

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2016

N°:

THESE

POUR LE

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 20 JUIN 2016

Par Anne-Sophie JANSSENS

Née le 23 Novembre 1990 à CROIX

Evolution de l'ergothérapie et sa contribution à la prise en charge bucco-dentaire chez les patients en situation de handicap.

JURY

Président : Monsieur le Pr E. DEVEAUX

Assesseurs : Madame le Pr E. DELCOURT-DEBRUYNE

Madame le Dr C. OLEJNIK

Monsieur le Dr A. PANCHOO

Président de l'Université	:	X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr E. DEVEAUX
Assesseurs	:	Dr E. BOCQUET, Dr L. NAWROCKI et Pr G. PENEL
Chef des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
H. BOUTIGNY	Parodontologie
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Responsable de la sous-section de Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques
M.M Rousset	Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. BOSCHIN	Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous- Section d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Responsable de la Sous-Section de Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Étienne DEVEAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Conservatrice – Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Habilité à Diriger des Recherches

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Vice-Président de la Conférence des Doyens

Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Personne Compétente en Radioprotection

Ancien Président de la Société Française d'Endodontie

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, et je vous en remercie.

Veillez trouver dans cet ouvrage l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Professeur des Universités –Praticien hospitalier des CSERD

Sous-section de Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques

Maîtrise libre de Biologie Humaine

Docteur d'Etat en Odontologie

Habilité à diriger des recherches

Membre titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable de la sous-section de Parodontologie

Officier dans l'ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie sincèrement de l'honneur que vous me faites de siéger au sein de ce jury en tant que directeur de thèse.

Merci également pour votre enseignement au cours de ces années d'études, soyez assurée de mes sentiments les plus reconnaissants et respectueux.

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section de Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Vous avez accepté, avec beaucoup de gentillesse de siéger dans ce jury.

Veillez trouver ici l'assurance de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Ajmal PANCHOO

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancien référent du Secteur Handicap Adulte du service d'odontologie du CHRU de Lille

Praticien attaché universitaire en Parodontologie

Praticien odontologiste référent des Papillons Blancs

Lauréat du prix «Nordiste de l'année 2014 « catégorie société civile »

Je vous remercie chaleureusement de m'avoir proposé ce sujet, et de m'avoir guidé lors de la rédaction de ce travail.

Je n'ai pas assez de mots pour vous exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude. Grâce à vous j'ai découvert un « monde » que je méconnaissais, j'ai eu énormément de chance de vous connaître et j'espère que cet ouvrage ne vous décevra pas.

Merci pour votre enseignement, votre humeur toujours positive, et votre soutien sans faille

Il ne me reste plus qu'à suivre votre parcours, et j'espère un jour être à votre niveau.

Je dédie cette thèse...

Introduction	13
1 L'évolution de l'ergothérapie	14
1.1 Définition des notions	14
1.1.1 L'ergothérapie	14
1.1.2 L'ergothérapeute	15
1.2 Naissance de l'ergothérapie	16
1.2.1 Repères historiques	17
1.2.2 Fondements et concepts	19
1.3 Devenir ergothérapeute	20
1.3.1 Accès et Conditions d'admission.....	21
1.3.2 Durée contenu et coût des études.....	21
1.3.3 Diplôme et perspectives	22
1.4 Différents modes d'exercice.....	23
1.4.1 Exercice salarié	23
1.4.2 Exercice libéral.....	24
1.4.3 Autres types d'exercice	25
1.4.4 Démographie.....	25
1.4.4.1 En France	25
1.4.4.2 En Europe	26
1.4.4.3 Exercice à l'étranger.....	27
1.5 Rôle de l'exercice d'un ergothérapeute, dans l'équipe pluridisciplinaire	27
1.5.1 La maison d'accueil spécialisé (MAS).....	27
1.5.2 Journée type d'un ergothérapeute dans une MAS	28
1.5.3 Témoignages d'ergothérapeutes.....	29
1.6 Autres métiers entourant la personne en MAS	31
1.6.1 Le médecin.....	32
1.6.2 Le kinésithérapeute	32
1.6.3 Le psychomotricien	33
1.6.4 L'orthophoniste	33
1.6.5 L'éducateur spécialisé	33
1.6.6 Le psychologue	33
1.6.7 L'infirmier.....	34
1.6.8 L'aide-soignant, l'aide médico-psychologique	34
1.6.9 Récapitulatif des intervenants associés à l'odontologiste.....	35
2 Rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge bucco-dentaire.....	36
2.1 Aide à l'alimentation.....	36
2.1.1 Installation	36
2.1.2 Adaptation du matériel	38
2.1.2.1 Set antidérapant	38
2.1.2.2 Ustensiles adaptés	39
2.1.2.3 Fauteuil.....	41
2.1.3 Rôle du tiers	43
2.2 Aide à l'hygiène bucco-dentaire.....	43
2.2.1 Démarche adaptée à la personne autonome	44
2.2.1.1 Aide technique au brossage	44
2.2.1.1.1 Généralités.....	44
2.2.1.1.2 Mise en place d'un atelier bucco-dentaire.....	44
2.2.1.2 Adaptation du matériel.....	47
2.2.1.2.1 Matériel de brossage.....	47

2.2.1.2.2	Adaptation de l'environnement.....	49
2.2.2	Démarche adaptée à la personne dépendante	50
2.2.2.1	Aide ergonomique aux personnes	51
2.2.2.1.1	Astuces techniques	51
2.2.2.1.2	Matériels utiles	53
2.2.2.2	Conception d'une brosse à dents adaptée au brossage d'un tiers ..	54
2.3	Aide aux soins bucco-dentaires.....	56
2.3.1	Dispositifs aidant aux soins chez le dentiste	56
2.3.1.1	Dispositifs de maintien.....	56
2.3.1.2	Autres dispositifs	57
2.3.2	Accompagnement au brossage.....	59
2.4	Aide de l'ergothérapeute au chirurgien-dentiste	61
2.4.1	Position de travail, et posture du dentiste.....	61
2.4.2	Ergothérapie et ergonomie	63
2.4.3	Accessibilité au cabinet dentaire	64
2.5	Autres participants à la prise en charge ergonomique au cabinet dentaire ..	67
2.5.1	L'hygiéniste dentaire.....	67
2.5.2	L'assistante dentaire.....	68
	Conclusion.....	70
	Références bibliographiques	71
	Table des illustrations.....	75
	Listes des tableaux	75
	Listes des figures	75
	Annexe	77

Introduction

Depuis les années 2000, un changement de mentalité à propos du « handicap » a émergé. La personne n'est plus uniquement définie par son handicap, mais dans sa globalité. De nouvelles approches thérapeutiques se sont développées et une prise en charge plus spécifique s'est mise en place. Celle-ci tend vers une approche pluridisciplinaire. Cette approche suppose un dialogue, un échange de connaissances, d'analyses et de méthodes entre plusieurs disciplines.

L'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap est pourtant toujours plus difficile que pour la population générale. Sensibilisée par les actions de prévention que réalise le Dr A.Panchoo dans les institutions, mais aussi dans le cadre de l'activité hospitalière dont il a été référent, il a semblé important de montrer que le chirurgien-dentiste n'est pas le seul acteur de la santé bucco-dentaire.

Lors de la prise en charge d'une personne polyhandicapée, de multiples acteurs vont intervenir, de l'infirmière à l'assistance médico-administrative. Et parmi ces personnes, il est fait appel à de nombreux personnels de santé notamment à des masseurs-kinésithérapeutes, des psychomotriciens ou encore à des ergothérapeutes. Ce métier est hélas assez méconnu en France. Après une présentation de l'évolution et des modalités d'exercice d'un ergothérapeute ; les différents champs d'action que peut avoir celui-ci dans la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap auprès du chirurgien-dentiste seront détaillés.

1 L'évolution de l'ergothérapie

1.1 Définition des notions

1.1.1 L'ergothérapie

Étymologiquement, ergothérapie vient du mot grec « ergo » qui signifie « travail » et du mot « thérapie » signifiant « cure ».

L'ergothérapie est une profession de santé qui s'adresse à des personnes atteintes de maladies ou de déficiences de nature somatique, psychique ; ainsi qu'à des personnes qui présentent des incapacités, des situations de handicap temporaire ou définitif.

L'objectif de l'ergothérapie est **de permettre à ces personnes de maintenir et de développer leur capacité d'autonomie et d'indépendance**. Elle se définit comme une thérapie par l'activité. Elle va évaluer et traiter les personnes tout en préservant et développant leur autonomie dans leur environnement quotidien.[47] Dans la majorité des cas, les ergothérapeutes travaillent en concomitance avec des kinésithérapeutes, des infirmiers, des psychomotriciens, des orthophonistes.

L'ergothérapie est donc une profession de santé qui va intervenir dans plusieurs domaines : la rééducation, la réinsertion, et la réadaptation. Ces trois termes évoquent le champ des 3 R développés par l'OMS.[21] Elle se réfère aux sciences humaines, médicales, psychologiques et sociales, et s'inscrit dans un contexte médical et médico-social en constante évolution.

Le champ des 3 R définis par l'OMS fait référence à trois termes, qui visent à définir le domaine de compétence de chacun. On parlera ainsi de :

- La **rééducation** comme une technique qui vise à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient.
- La **réadaptation** comme l'ensemble de moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ces incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes.
- La **réinsertion** comme l'ensemble des mesures médico-sociales visant à optimiser le retour dans la société en évitant le processus d'exclusion.

L'art de l'ergothérapie est une technique qui semble assez novatrice et qui se pratique avec l'aide d'un professionnel de santé.

1.1.2 L'ergothérapeute

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique.[21]

Les actions de l'ergothérapeute peuvent être regroupées en quatre actions :[48]

- Bilans (ostéo-articulaires, neurologiques, trophiques...)
- Traitements des déficiences
- Traitements des incapacités et désavantages
- Conseil et formation

Il va dans un premier temps évaluer les incapacités, les déficiences ainsi que leurs conséquences physiques et somatiques. Puis il va utiliser des activités spécifiquement choisies et les mettre en situation dans la vie quotidienne.

Il va accompagner la personne dans sa thérapie en proposant un cadre de prise en charge spécifique, ce qui va lui permettre de réaliser des outils répondant aux demandes du patient. Il va ainsi concevoir des appareillages, des dispositifs de positionnement et d'installation destinés à améliorer le confort du patient, à prévenir l'apparition ou l'aggravation de complications.

L'ergothérapeute va accompagner la personne dans son projet de vie en analysant les besoins de celle-ci afin d'étudier les aménagements environnementaux nécessaires. Il va rechercher et conseiller les aides techniques mises en place, et va les concevoir si besoin ; il va également apporter son avis de technicien en intervenant auprès de la personne, de son entourage, ou d'associations et de collectivités.



Figure 1 : Bureau d'un ergothérapeute dans un Foyer d'Accueil Médicalisé¹

Il participe également à des actions de prévention et de promotion de la santé en intervenant sur les populations à risque.

L'ergothérapie pourrait s'apparenter à une sorte d'art, au cours de son histoire elle s'est adaptée à de nouvelles conceptions de la santé.

1.2 Naissance de l'ergothérapie

Bien qu'en France elle soit présente depuis soixante ans, ce n'est que depuis une quarantaine d'années qu'elle est réglementée. En juillet 2010, suite à un arrêté ministériel [4], l'activité d'ergothérapeute va prendre un nouvel élan : le programme de formation datant de 1990 est totalement rénové, la définition du métier, son champ d'intervention sont précisés, ainsi que les activités et les compétences attendues pour l'exercice professionnel.

L'évolution de l'ergothérapie en France est liée aux événements historiques, à l'évolution de l'aide sociale, aux changements de l'organisation du système de soins, et ainsi qu'à la représentation du handicap.

¹ Toutes les photographies sont originales et de l'auteur de la thèse, sauf indication contraire.

1.2.1 Repères historiques

Depuis toujours, les notions de l'activité sont reconnues. Dans l'Antiquité, que ce soit en Chine ou en Égypte, il est considéré que « la maladie est causée par l'inactivité » et que « l'occupation est bienfaisante pour les malades mentaux, notamment pour les malades atteints de mélancolie » (Hopkins 1983 in [19]). De la même manière Hippocrate (460-377 av JC), père de la médecine, souligne le lien entre le « corps et l'esprit » traite des malades et non des maladies, décrit les vertus de l'exercice qui maintient la mobilité articulaire, redonne la puissance au muscle affaibli, accélère la convalescence et améliore le psychisme. [19]



Figure 2 : Rééducation et gymnastique professionnelles [22]

Pour la première fois en 1780, Tissot, chirurgien de Louis XIV, écrit dans son Manuel de gymnastique médicale et chirurgicale que « les déficiences de l'appareil locomoteur sont mille jeux, occupations ou métiers ». [43] En 1809, Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière, condamne tout d'abord les pratiques de maltraitance sur les malades dans les hospices et préconise, dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, « des exercices de corps variés ou l'application de travail mécanique ». Ce qui va se traduire par le désenchaînement des aliénés et par la participation des malades aux travaux d'intérêt général. [32]



Figure 3 : Création d'une première chaise roulante de Daniel Bovy vers 1850



Figure 4 : Atelier d'ergothérapie et atelier professionnel en 1954 (centre de Gondreville) (6)

Ce n'est ensuite que vers le début du XXe siècle que l'ergothérapie trouve son fondement en Amérique du Nord grâce à des médecins psychiatres qui vont développer l'activité comme une thérapie.

Elle s'étend progressivement à la réadaptation du travail, et l'activité est utilisée pour son utilité dans la restauration des capacités physiques. Aux États-Unis l'ergothérapie va émerger vers les années 1900, ce n'est qu'entre les deux guerres qu'elle aura l'occasion d'accroître son existence. [16]

L'implantation de l'ergothérapie en France, quant à elle, ne peut pas être dissociée de l'histoire de la France et de son développement mondial. Les gouvernements français successifs accordent peu d'importance aux ergothérapeutes, ce n'est que l'influence des conséquences des guerres mondiales couplée à un programme de développement de l'OMS qui favorisera l'émergence de la profession vers les années 1950. En 1954 les deux premières écoles d'ergothérapie sont créées (Nancy et Paris), puis l'association nationale des ergothérapeutes (ANFE) est fondée en 1961, Jacqueline Roux sa première présidente en fut l'instigatrice. Cette structure organisée en « comités » et en « instances » va permettre aux ergothérapeutes d'être à l'initiative de nombreux progrès : Création du journal d'ergothérapie en 1961, création de nouvelles écoles (Lyon, Montpellier, Bordeaux) création d'un service de formation continue. (cf. tableau ci-dessous) [9]

Tableau 1 : L'ergothérapie en quelques dates [9]

1954	Création des deux premières écoles d'ergothérapie (Nancy et Paris)
1961	Création ANFE
1962	Création du journal d'ergothérapie
1965	Création de l'école de Lyon
1970	Création de l'école à Montpellier
1971	Décret instituant le Diplôme d'État d'ergothérapeute accompagné d'un programme de formation officiel
1973-1974	Création des écoles de Créteil, Rennes, Berck et Bordeaux
1978	Création du service de Formation continue pour les ergothérapeutes
1995-1996	Inscription de l'ergothérapie au code de la Santé publique Initiation de publications à destination du grand public Création du Syndicat National des Directeurs d'Ecoles d'Ergothérapie (SNDEE)
2000	Organisation du congrès européen d'ergothérapie à Paris
2004	Réforme du programme de formation mise en place du mémoire de fin d'étude
2006	Création de l'UNAE, développement de nouveaux instituts de formation
2007-2008	Premières journées européennes et francophones d'ergothérapie Premières assises nationales de l'ergothérapie

C'est dans les années 1970 que le concept de handicap voit le jour et que le contexte environnemental et social de la personne comme facteur de santé, commence à être considéré. L'ergothérapie prend alors toute sa dimension en agissant sur les liens entre la personne, l'activité et le contexte dans lequel il est réalisé.

1.2.2 Fondements et concepts

Les modèles de pratique empruntent leurs sources à diverses disciplines universitaires : médicales (modèles biomedical, bio-psycho-social, biomécanique, neuro développemental, cognitif, comportemental, cognitivo comportemental, psycho-dynamique), philosophique et sociologique. [21] D'où l'émergence de différents modèles ergothérapeutiques.

1.3.1 Accès et Conditions d'admission

Pour pouvoir accéder à la formation d'ergothérapeute, il faut pouvoir satisfaire au concours d'entrée. Il est composé d'une épreuve de résumé de texte (1 h), d'une épreuve de tests psychotechniques (1 h) et d'une épreuve de biologie/physique. Le concours est réservé aux titulaires d'un baccalauréat de préférence scientifique ou d'un titre admis en équivalence. Le candidat doit être âgé de 17 ans au moins l'année des épreuves. La préparation aux concours d'entrée dans les écoles d'ergothérapie se déroule de Septembre à Avril. La plupart du temps il est réalisé par une formation privée. [4]

Selon le rang obtenu, un rang de classement des candidats recevables est établi par l'établissement formateur et se fait dans la limite des places disponibles. L'admission définitive en formation est subordonnée à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession et d'un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur.

Dans les Hauts De France, un centre de formation existe : « L'institut de formation en ergothérapie » à Berck sur Mer. Une antenne a également été créée à Loos.

Cependant d'autres voies d'accès existent ; les personnes ayant validé le premier cycle des études médicales peuvent se voir dispensées des épreuves d'admission et de la validation d'une partie des unités d'enseignement de la première année par le directeur de l'institut après avis du conseil pédagogique.

1.3.2 Durée contenu et coût des études

La durée de la formation est de 3 années, soit 6 semestres de 20 semaines. Les études s'organisent en deux cycles. Le premier est d'une durée d'un an, comprenant six modules d'enseignement et un mois de stage. Le deuxième cycle équivaut à la deuxième et troisième année, il comprend neuf modules et 9 mois de stages. Durant ces stages, les étudiants sont amenés à réaliser et à découvrir différentes facettes de leurs métiers.

En France le diplôme d'ergothérapeute est un diplôme d'état, à l'issue du concours d'entrée les candidats ont le choix entre plusieurs écoles. Les frais de scolarité sont assez variables d'une école à une autre, ils oscillent entre 2000 à 5000 euros par an en fonction de l'institut choisi.[34]

Tableau 3 : Récapitulatif de la formation [9]

Premier cycle		
Stage d'initiation	4 semaines	Objectifs : Découverte du patient Découverte du milieu de soin Découverte de la profession
Deuxième cycle		
Stage clinique de base	28 semaines	Objectifs : Application en situation réelle des savoirs et des connaissances théoriques
<i>Psychiatrie :</i> Stage à effectuer dans au moins deux services différents	12 semaines	
<i>Fonctionnel :</i> Stages à effectuer dans au moins deux services différents	16 semaines	
Optionnel Choix du secteur libre	8 semaines	Objectifs : Investissement dans un secteur qui intéresse l'étudiant afin de mieux préparer sa recherche professionnelle et son emploi.

1.3.3 Diplôme et perspectives

Les trois années d'études sont couronnées par l'obtention du Diplôme d'État d'ergothérapeute délivré par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, après l'obtention de 180 crédits de formation. Il donne lieu au grade de licence.

L'exercice de cette activité en France sous le statut indépendant (libéral) est limité, car les actes ne font pas l'objet d'une prise en charge par les organismes de la Sécurité sociale.

1.4 Différents modes d'exercice

Les ergothérapeutes travaillent principalement en établissement. Ils sont employés davantage dans les structures de statut public ou participant au service public hospitalier (PSPH), mais peu travaillent en centre hospitalier.

Les ergothérapeutes peuvent travailler auprès des enfants, adultes, personnes âgées présentant des troubles physiques, sensoriels, psychologiques et cognitifs.

Ils possèdent un champ d'exercice varié : ils peuvent exercer dans des structures à visée de rééducation-réadaptation (hôpital de jour) dans les lieux de vie et d'apprentissage/professionnel (services de soins spécialisés à domicile). Les ergothérapeutes travaillent soit dans des établissements soit en libéral.

1.4.1 Exercice salarié

La plupart du temps les ergothérapeutes exercent leurs métiers dans des établissements ou infrastructures et en sont employés comme salariés. Ils peuvent exercer en tant que salariés dans le privé ou dans le public.

Nombre d'ergothérapeutes

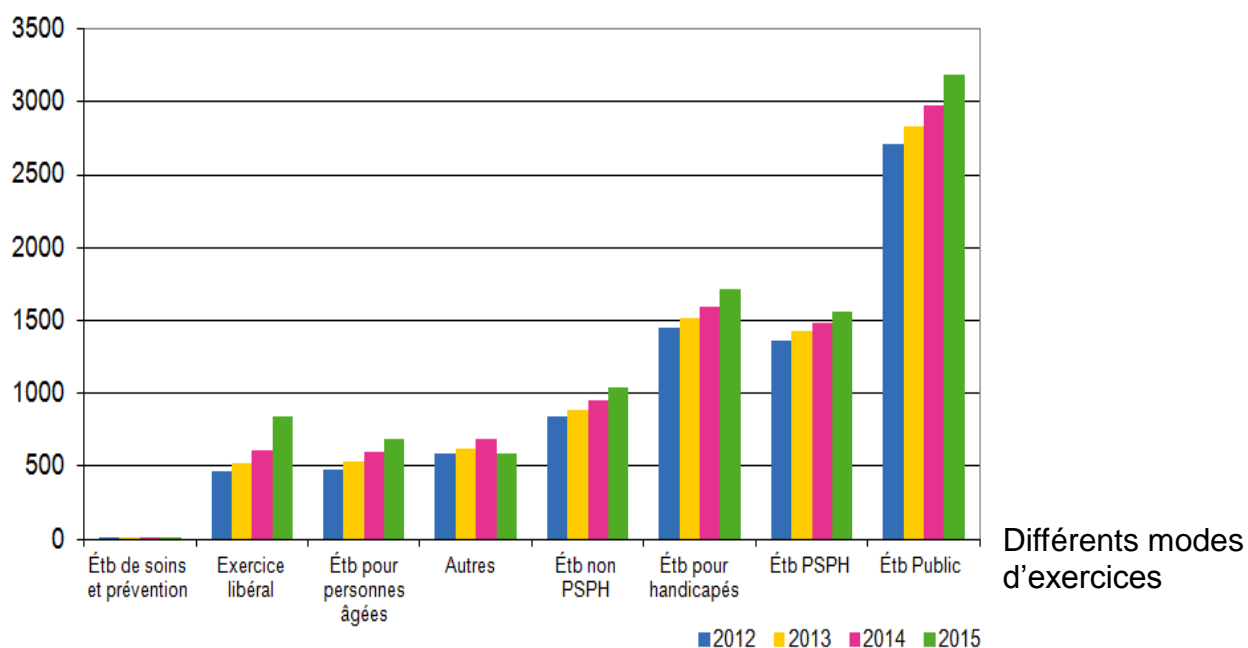


Figure 5 : Nombre d'ergothérapeutes selon les différents modes d'exercices [27]

1.4.2 Exercice libéral

Actuellement l'exercice en libéral dans la profession est peu répandu, car la sécurité sociale ne prend en charge aucun acte. L'exercice en libéral ne s'est développé qu'à partir des années deux mille, même si celui-ci avait commencé dans les années cinquante.[30]

La tarification des actes en vigueur n'est pas encore encadrée, elle varie selon les professionnels et selon le lieu d'exercice. Un devis devra être réalisé avant toute intervention de l'ergothérapeute, indiquant la nature de la prestation, son temps et le montant. Chaque professionnel doit afficher les tarifs en vigueur. [24]

L'Instance d'Exercice Libéral (IEL) explique le faible nombre d'ergothérapeutes libéraux par différentes raisons : « l'ancienneté de notre cadre administratif et juridique », un manque de connaissance du métier, un nombre faible de prescriptions médicales et un manque d'aides financières.[11] En effet l'ergothérapie libérale ne dispose pas de nomenclature d'actes permettant une prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Médicale.

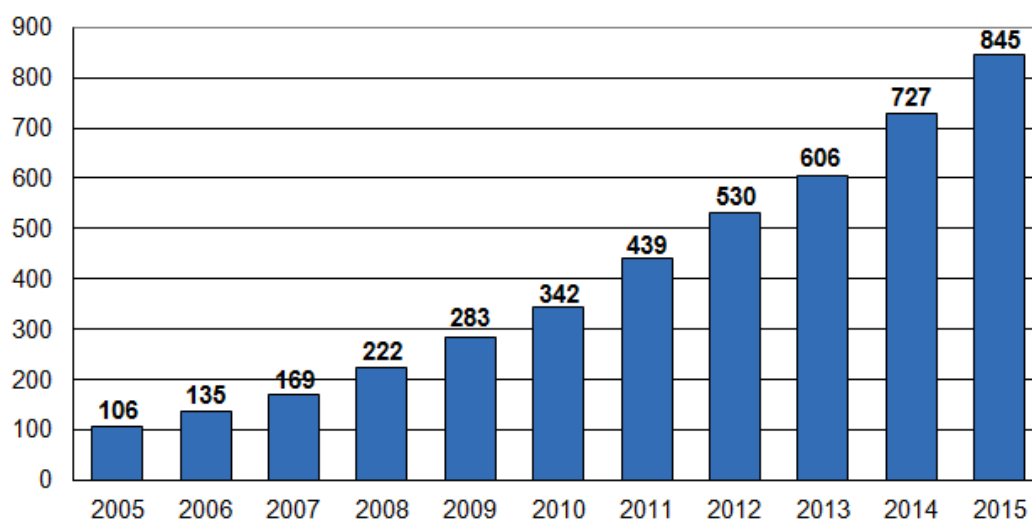


Figure 6 : Nombres d'ergothérapeutes inscrits en libéral au fur et à mesure des années [27]

1.4.3 Autres types d'exercice

L'ergothérapie est en pleine expansion dans le milieu de la santé en France. Les perspectives de développement des actions de l'ergothérapeute peuvent permettre d'envisager d'autres pratiques, comme celle dans le domaine de l'expertise médicale, l'évaluation de l'incapacité ou encore l'expertise médico-légale.

L'expertise en ergothérapie est une « photographie du quotidien », elle consiste à évaluer la personne dans son environnement quotidien, ce qui va permettre de compléter la mesure des lésions et des déficiences déterminées par le médecin.

Il s'agit donc d'un examen complémentaire qui s'ajoutera à l'expertise médicale de médecin. Cependant celui-ci est le seul compétent pour diagnostiquer la pathologie (identifier la lésion, établir le lien de causalité entre la lésion et le fait traumatique), ainsi que de décrire le déficit ou les incapacités dérivant de cette lésion.

1.4.4 Démographie

1.4.4.1 En France

Les ergothérapeutes sont encore peu nombreux en France, à ce jour 9691 sont dénombrés. Soit environ 15 ergothérapeutes pour 100 000 habitants, pour autant ce chiffre n'a cessé d'augmenter avec les années.

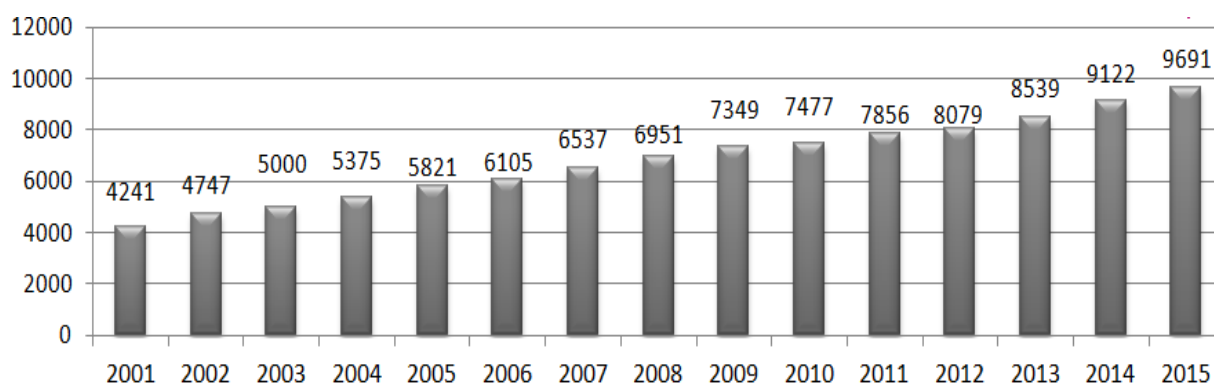


Figure 7 : Évolution du nombre d'ergothérapeutes français au cours des années [27]

1.4.4.2 En Europe

En anglais le mot « ergothérapie » est traduit par « occupational therapist ». La COTEC (Council of Occupational Therapist for the European Countries) a été créée en 1986 afin de coordonner les différentes associations nationales.

Le but est de travailler ensemble afin de développer, d'harmoniser et d'améliorer la pratique ergothérapique, mais également sa formation, ce qui sous-entend la partie théorique. Actuellement elle regroupe 27 pays, et représente donc plus de 100 000 ergothérapeutes. La COTEC établit un profil de la profession d'ergothérapeute pour chacun des pays membres de l'organisation. [12]

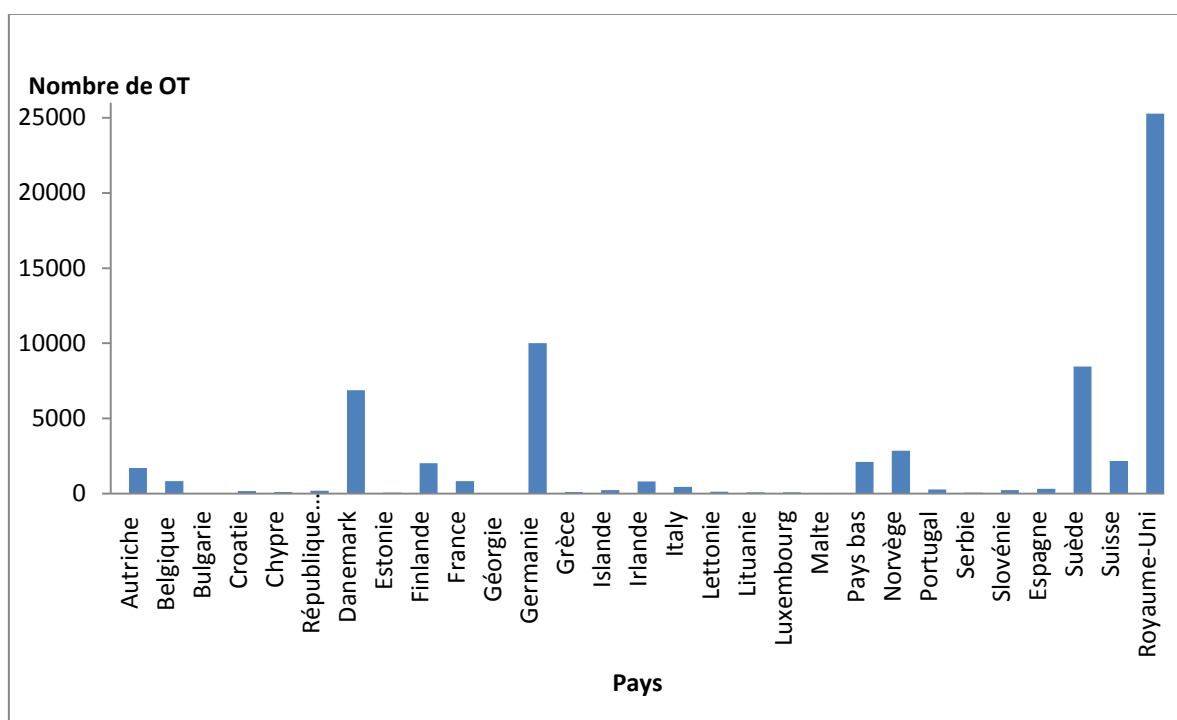


Figure 8 : Nombre de OT pour chaque pays selon les données 2015 de la COTEC[12]

Les pays tels que le Royaume-Uni, le Danemark, l'Allemagne, la Suède, la Norvège, les Pays-Bas, la Finlande et le Portugal ont une densité très importante, entre 24 et 100 ergothérapeutes pour 100 000 personnes. En revanche les pays latins sont plutôt en retard, entre 3 et 20 ergothérapeutes pour 100 000 personnes.

Quasiment tous les pays d'Europe du Nord présentent une ergothérapie plus développée, cela peut s'expliquer par une conception commune de la santé et du handicap très favorable au développement de l'ergothérapie.

1.4.4.3 Exercice à l'étranger

En France, l'exercice de l'ergothérapie est réglementé, un enregistrement est obligatoire (répertoire ADELI) pour l'exercice de la profession. Il en est de même dans certains pays comme le Portugal, la Suisse et le Royaume-Uni. Il existe une description officielle des actes en Belgique, France, Italie, Luxembourg, Portugal et Suisse, mais pas au Royaume-Uni. En Allemagne elle dépend de l'employeur.

Des grilles de salaire normées existent dans certains pays comme en France, Belgique, Luxembourg, Royaume-Uni, et Portugal, mais pas en Italie, Espagne et Suisse. En Allemagne cela dépend de l'employeur.

1.5 Rôle de l'exercice d'un ergothérapeute, dans l'équipe pluridisciplinaire

La mission d'un ergothérapeute est assez variée et fait appel à des connaissances multiples, il va mettre en place des outils techniques pour permettre une meilleure prise en charge de la personne.

1.5.1 La maison d'accueil spécialisé (MAS)

La maison d'accueil spécialisé reçoit des adultes atteints d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre le recours à un tiers pour les gestes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

Les MAS, privées ou publiques, sont des établissements médico-sociaux sous la compétence de l'état et financés par la sécurité sociale, ce qui les différencie des autres types de structures existantes. [2]

Les MAS assurent un hébergement à temps complet, cependant un hébergement à temps partiel ou temporaire peut être envisagé pour diminuer la charge qui pèse sur les familles. Il s'agit de lieux d'accueil, avec une organisation architecturale conçue spécifiquement, permettant une animation collective avec des activités occupationnelles.

1.5.2 Journée type d'un ergothérapeute dans une MAS

L'ergothérapeute va faire en sorte de faciliter le quotidien de la personne et de son entourage son quotidien. Avec l'aide d'outils, d'une certaine dose de créativité et aussi d'empathie il s'adapte dans le monde de ses patients et appréhende au mieux la manière d'améliorer le quotidien.

Dans les MAS, beaucoup de résidents nécessitent un accompagnement constant. En effet par leurs pathologies à caractère polymorphe (troubles moteurs, sensoriels et psychologiques) il est nécessaire de procurer des soins de rééducation et de réadaptation.

L'activité de l'ergothérapeute dans une MAS consiste à :

- Installer les résidents avec un maximum de confort et de sécurité, tout en optimisant leurs capacités gestuelles.
- Éveiller leurs fonctions à travers le jeu, des activités créatrices, des ateliers psychopédagogiques.
- Apporter un maximum d'autonomie et d'une indépendance dans les gestes du quotidien (repas, déplacement, habillage, toilette), cela va passer par la création d'astuces pour permettre aux résidents de réaliser de nouvelles choses (ex. : cuillère avec un manche incliné).

L'ergothérapeute de par son savoir-faire va pouvoir également conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement. Il va concevoir, réaliser et adapter des orthèses dans un but fonctionnel ou à visée d'aide technique, en concomitance avec les autres intervenants.

Il va également participer à la réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale, ainsi qu'à l'organisation des activités. L'ergothérapeute participe aux projets de vie des personnes soignées dans la MAS, en recueillant des informations, en effectuant des entretiens et des évaluations à visée ergothérapique.

Toutes ces activités ont un but principal : le maintien de l'indépendance et l'amélioration de la qualité de vie de la personne accompagnée.

1.5.3 Témoignages d'ergothérapeutes

Le rôle et à la fonction que pouvait avoir un ergothérapeute dans une maison d'accueil spécialisé est particulièrement intéressant. En effet il semblait important de mettre en exergue ce métier méconnu d'un certain nombre de personnes. Pour cela un questionnaire a été réalisé et distribué à plusieurs ergothérapeutes.

Ce **questionnaire** était composé de questions simples, et compréhensibles de tous. Il avait pour but d'apprécier et d'évaluer le rôle et l'activité précis d'un ergothérapeute, et également de savoir si ceux-ci avaient déjà été sensibilisés aux problèmes bucco-dentaires des patients (cf. Questionnaire en annexe). Une quinzaine de questionnaires ont été distribués, et une dizaine de témoignages ont été recueillis et analysés.

Les ergothérapeutes interrogées se sont trouvées être toutes des femmes. Elles travaillent dans des MAS et pour la plupart ont déjà travaillé dans d'autres établissements publics, comme des FAM (foyer d'accueil médicalisé).

Il a été également noté que, la plupart du temps, il n'y avait qu'un **seul ergothérapeute** pour une structure. Pour autant il ne travaille pas seul, mais en équipe. En effet pour l'installation ou le changement d'un équipement c'est toute l'équipe médicale qui est concernée. Les ASH vont transmettre à leurs collègues, psychomotricien, ergothérapeute le problème qu'ils peuvent rencontrer lors de la toilette ou du repas par exemple. Ceux-ci vont se réunir et observer le patient pour voir les difficultés rencontrées. L'information remontera jusqu'au médecin qui jugera s'il faut ou non prévoir l'amélioration ou le changement d'un équipement.

De plus pour **faciliter la communication**, une réunion avec toute l'équipe médicale est programmée plus d'une fois par mois. Et au-delà de ces réunions, l'équipe médicale communique avec des cahiers ou directement sur le fichier informatisé du patient.

Au niveau du déroulement du quotidien, les ergothérapeutes commencent leurs journées, la plupart du temps vers 9h, en séance individuelle avec des résidents. Le but étant de les stimuler et d'augmenter leurs capacités motrices. La matinée commence vers 9h afin que le résident ait fini sa toilette et son petit déjeuner.

Dans la majeure partie, la matinée est consacrée à des séances individuelles, mais également parfois à des temps de conception d'équipement, par exemple lors des renouvellements de fauteuils, de têtère, ou encore de matelas en mousse.

Puis arrive le moment du repas. L'ergothérapeute va en profiter pour passer dans les différentes unités. Il va ainsi pouvoir observer si les dispositifs mis en place sont adaptés, la majeure partie du temps ce sont les soignants eux-mêmes qui interpellent l'ergothérapeute pour lui faire part d'un problème rencontré.

En effet étant seul pour toute une structure il est difficile pour lui d'être au courant de toutes ces petites difficultés. Pour le reste de la journée des ateliers vont être mis en place, prise en charge en balnéothérapie, atelier de relaxation, temps d'accompagnement à la marche.

Deux versants de la profession sont à distinguer. Une **partie rééducation** : prise en charge en balnéothérapie ou séance individuelle, temps d'accompagnement à la marche. Et une partie **réadaptation** : collaboration avec des vendeurs de matériel médical pour la préconisation de matériels adaptés, fabrication d'aides techniques visant à une meilleure autonomie pour les résidents, collaboration avec des orthoprothésistes pour la confection d'assise ou de matelas personnalisés et moulés à la personne. Il est donc important pour un ergothérapeute de **collaborer** avec toute l'équipe médicale.

Au niveau du questionnaire, la question avait été posée, à savoir si les ergothérapeutes étaient sensibilisés aux problèmes bucco-dentaires au cours de leur formation ou même de leur activité, et s'ils avaient déjà eu des contacts avec des chirurgiens- dentistes. **Aucune formation** n'est proposée concernant la **prise en charge bucco-dentaire** et que rares sont les ergothérapeutes ayant été sensibilisés à ce problème. Cependant deux ergothérapeutes ont rapporté avoir été alertés à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire, en participant notamment aux journées sur le polyhandicap qui ont lieu tous les ans à Paris[10]. Ce sont, eux, par leur propre initiative, qui ont mis en place des adaptations d'outils : adaptation de brosses à dents, distributeur de dentifrice à poussoir et adaptation du lavabo et de la salle de bain.

Au niveau du **brossage** il est réalisé par les **ASH ou les AMP**. Il ne serait pas réalisé tous les jours par manque de temps. Il faudrait pouvoir mettre en route une action simple de sensibilisation en mettant en place des ateliers ludiques par exemple. Le bienfait du brossage aux personnels soignants pourrait être montré, en faisant une démonstration lors de la toilette, ou en mettant en place des fiches explicatives. L'important est de montrer, et d'expliquer avec des gestes simples, le but n'étant pas de faire un exposé technique, où l'attention du public pourrait être perdue.

Un **manque de formation des ergothérapeutes** au niveau de l'hygiène bucco-dentaire durant leurs cursus est à noter. Une formation pourrait être à envisager par des chirurgiens-dentistes durant leurs études, mais également après celles-ci. Il est important de sensibiliser le personnel soignant, car l'apprentissage d'une bonne hygiène bucco-dentaire ne commence et ne s'arrête pas à une visite annuelle chez un dentiste.

1.6 Autres métiers entourant la personne en MAS

Dans les structures encadrant les personnes en situation de handicap, l'ergothérapeute n'agit pas seul, mais en équipe.[28] De nombreux professionnels interviennent dans la prise en charge bucco-dentaire. À l'heure actuelle, le suivi bucco-dentaire, lui, est limité à un professionnel consultable à l'extérieur de l'établissement.[31] [38]

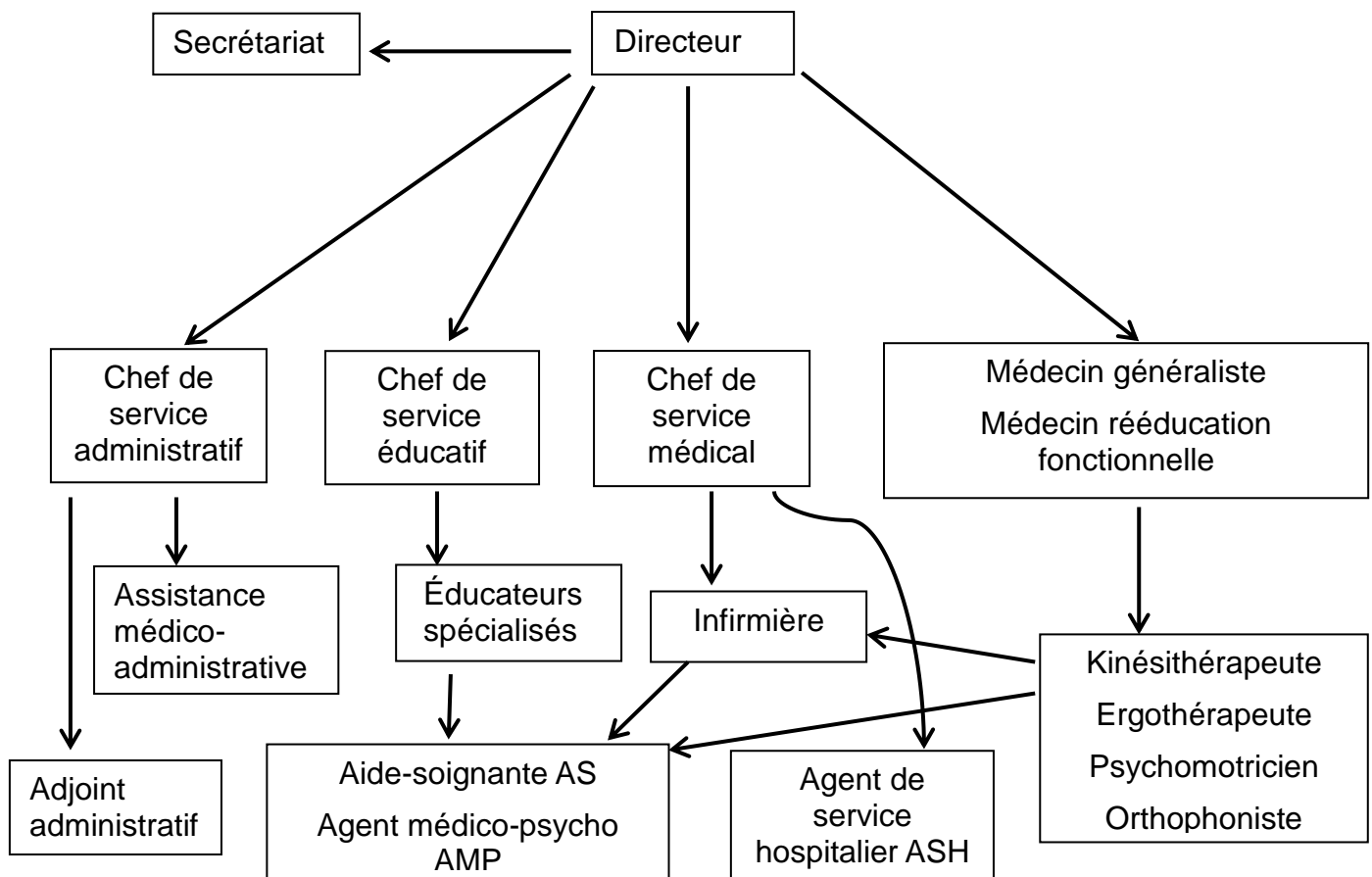


Figure 9 : Exemple d'organisation d'une structure spécialisée

1.6.1 Le médecin

Il est le médecin traitant de tous les résidents. Il est en lien avec l'équipe et à un rapport privilégié avec le personnel de l'établissement, c'est le relais entre toutes les personnes concernées.

1.6.2 Le kinésithérapeute

Il applique les prescriptions du médecin, il établit le bilan et le plan de traitement, puis il va mettre en œuvre les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs. Il prend en charge le résident et est en relation avec le médecin de médecine physique et de réadaptation, notamment pour les prescriptions de petits ou grands appareillages ou encore pour des chaussures orthopédiques.

1.6.3 Le psychomotricien

Il travaille sur prescription médicale et réalise en premier lieu un bilan. Il prend en compte ses capacités corporelles, psychiques, ses émotions, son rapport à l'environnement. Après avoir réalisé un bilan, il définit les objectifs de travail et les moyens de mises en œuvre pour y concourir : techniques, médiation. Il travaille avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire afin de favoriser l'autonomie et développer les compétences du résident dans les actes de la vie courante.

1.6.4 L'orthophoniste

L'orthophoniste dans une MAS va intervenir en cas de troubles de la communication et de trouble du langage.[5] Cependant son rôle ne s'arrête pas là, il va s'avérer être capital lors de la prise des repas. En effet, chez les personnes handicapées il y a un fort risque de fausses routes qui peuvent s'avérer dangereuses. Du fait du risque très important de fausses routes, le rôle de l'orthophoniste est primordial, il pourra mettre en place un matériel spécial (en collaboration avec l'ergothérapeute) adapter l'alimentation (mixée ou non, alimentation par voie entérale.)

1.6.5 L'éducateur spécialisé

Il a un rôle de coordinateur auprès de l'équipe, entre l'équipe et la direction. C'est lui qui est en grande partie chargé du projet individuel de chaque résident. Il met en place avec le reste de l'équipe des activités adaptées à chaque résident et même si son rôle est purement éducatif il effectue des soins de « nursing ». De plus il assure le suivi des liens sociaux et notamment avec ceux de la famille.

1.6.6 Le psychologue

Il est à l'écoute du résident, et de ses problématiques, il participe à leurs suivis psychologiques. Il entoure et aide les familles dans les difficultés qu'elles rencontrent dans l'accueil et l'accompagnement de leurs proches.

1.6.7 L'infirmier

Il est le responsable de la réalisation des soins infirmiers aux résidents afin de maintenir ou de restaurer leur état de santé. Ils interviennent dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, et accompagnent les personnes dans leurs parcours de soins en lien avec leur projet de vie.

1.6.8 L'aide-soignant, l'aide médico-psychologique

Sous la responsabilité de l'infirmier, il va assurer les aides et les soins quotidiens, notamment l'aide au brossage. Il va également apporter son soutien aux personnes dépendantes pour toutes les tâches quotidiennes, ainsi qu'assurer les soins de nursing. Les soins de nursing comprennent l'ensemble des soins infirmiers dispensés à des malades souvent dépendants, handicapés, ou en fin de vie. Ils englobent les soins d'hygiène, l'aide à la toilette et le fait de donner ou préparer les médicaments. En plus de ces divers soins d'hygiène, le nursing comprend divers autres soins comme des massages pour favoriser la circulation sanguine, ou des mobilisations pour éviter la survenue d'évènement indésirable comme les thromboses ou encore les escarres.

1.6.9 Récapitulatif des intervenants associés à l'odontologiste

Beaucoup de personnes interviennent autour d'une personne, c'est pourquoi il a semblé important de récapituler le rôle spécifique de chaque intervenant.

Tableau 4 : Tableau récapitulatif de tâches effectuées par chacun (Tableau personnel)

Métiers	Rôle dans la prise en charge bucco-dentaire	Relation avec les différents intervenants
Médecin	Il va diagnostiquer les besoins en soins dentaires des patients, et réalise le suivi, les courriers envers tous les autres intervenants	Il est en relation avec le chirurgien-dentiste, ainsi qu'avec les autres intervenants
Kinésithérapeute	Agit sur la spasticité des patients en effectuant des exercices d'assouplissement, peut faire des massages buccaux faciaux pour détendre le patient	réalise les séances en relation avec le médecin, le chirurgien-dentiste et les soignants
Ergothérapeute	Se met en charge de créer des outils pour faciliter une bonne hygiène bucco-dentaire	Explique aux personnels soignants l'intérêt de ces équipements et leur utilisation au quotidien
Orthophoniste	Agit sur la phonation, peut aider à une bonne ouverture de la cavité buccale et faciliter le brossage	Réalise les séances en relation avec l'équipe médicale
Psychomotricien	Développe les compétences de chaque résident dans le but de favoriser leur autonomie, par exemple lors du brossage. Il peut aussi réaliser des massages	Aide le patient à utiliser les outils mis en œuvre par l'ergothérapeute
Éducateur spécialisé	Il va veiller à l'éducation d'une bonne hygiène bucco-dentaire à l'aide d'atelier ludique	Va demander aux personnels soignants (infirmier, ASH...) de faire attention s'il n'y a pas un problème bucco-dentaire, et en alerte le médecin si besoin
Infirmier	C'est le responsable des soins, il va assurer la planification des soins, et leurs bons suivis	Va alerter le médecin s'il détecte un problème dentaire (œdème, dent en mauvais état...) afin de fixer un RV avec un médecin spécialiste
Aide-soignant Aide médico-psychologique	Il réalise la toilette, et va accompagner les patients à leurs rendez-vous. Il réalise le brossage à l'aide des outils proposés par les autres intervenants	En concomitance avec l'infirmier, alerte le médecin s'il perçoit que le patient a un problème bucco-dentaire

2 Rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge bucco-dentaire

2.1 Aide à l'alimentation

2.1.1 Installation

Un des rôles de l'ergothérapeute est l'installation des personnes au lit ou au fauteuil avec un maximum de confort et de sécurité, en prévenant l'apparition de chutes, d'escarres (utilisation de matelas en mousse par exemple).

Le repas est un moment important pendant la journée, c'est un moment d'échange et de convivialité, mais pour certaines personnes en situation de handicap il peut s'avérer stressant.

Idéalement le patient doit être assis à 90° sur une chaise ou un fauteuil, le tronc doit être stable, les pieds posés au sol. La tête légèrement inclinée vers l'avant, les bras en appui sur la table afin d'avoir une position la plus stable possible. Lorsqu'une personne est en situation de handicap, il faudra s'adapter, le but étant d'avoir une position confortable non douloureuse et le plus tolérable dans la durée.[14]

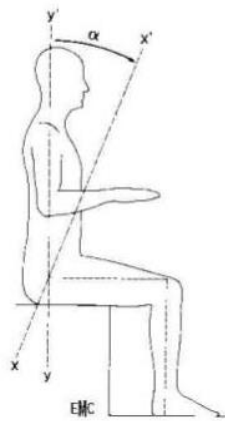


Figure 10 : Schéma montrant le positionnement assis. [14]

En premier lieu, le dos peut être calé avec un coussin ergonomique afin de maintenir le tronc dans une bonne position. Le fait d'incliner légèrement le fauteuil en arrière permet d'éviter des chutes latérales. Au niveau du bassin, les fesses sont positionnées au milieu du fauteuil. En cas d'escarre il faudra prévoir un coussin anti-escarre.



Figure 11 : Plastron et ceinture de contention



Figure 12 : Coussin ergonomique

Une ceinture de contention pourra être utilisée lorsque le médecin le jugera nécessaire. Cette ceinture va permettre un maintien de la colonne vertébrale, et une position plus « verticale » de la personne. Pour cela l'ergothérapeute peut adapter sur les fauteuils des résidents un plastron et ainsi éviter une bascule en avant du résident.

Il faudra également veiller à maintenir le bras ainsi que les épaules à la même hauteur. Le but étant d'éviter qu'il y ait une partie du membre supérieur dans le vide, les bras devant être positionnés dans le champ visuel du patient. Pour cela la table et la chaise du résident peuvent être adaptées, de manière à ce que le haut du corps soit stable.

Au niveau des membres inférieurs, il faut veiller à ce que l'angulation hanche/cuisse soit de 90° afin de ne pas avoir de compression au niveau de la cuisse. De plus il faudra éviter au patient d'avoir les pieds dans le vide, grâce aux repose-pieds ou aux cales pieds du fauteuil roulant.



Figure 13 : Chaise ayant été totalement adaptée pour un meilleur positionnement du patient lors de la prise des repas

2.1.2 Adaptation du matériel

Par ailleurs l'ergothérapeute pourra proposer des solutions techniques afin d'améliorer l'installation au fauteuil ou au lit, pour la prise de repas. Le but étant de conserver l'autonomie du résident. Il veillera à l'utilisation et à la pérennisation du matériel et des aides techniques proposées.[36]

2.1.2.1 Set antidérapant

Pour faciliter la prise de repas, un set antidérapant pourra être utilisé. Ce set va permettre de maintenir les objets afin d'éviter qu'ils ne tombent ou qu'ils glissent. Cet accessoire pratique antichute va permettre de sécuriser à la fois l'assiette et les couverts pour un confort optimal au moment du repas.



Figure 14 : Sets antidérapants

2.1.2.2 Ustensiles adaptés

Les ustensiles du repas peuvent être ajustés. L'assiette, peut être modifiée, un rebord incurvé peut être ajusté (se fixe avec l'aide de trois clips, sur une assiette standard). Cela est idéal pour les personnes qui ne se nourrissent que d'une seule main et va empêcher les aliments de tomber de l'assiette.



Figure 15 : Assiette présentant un bord surélevé

En cas de difficultés de préhension, les couverts peuvent être adaptés afin d'apporter un maximum d'autonomie aux résidents. Le manche de l'ustensile peut être augmenté, courbé pour les patients gauchers ou droitiers.

De plus si le patient a des tremblements, la cuillère peut être légèrement lestée afin que les résidents puissent manger sans risque de renversement du bol alimentaire.



Figure 16 : Couverts adaptés à la préhension du résident

Les couverts sont adaptés en fonction de chaque résident : manche de préhension augmenté, inclinaison de la tête du couvert, tête de la cuillère en caoutchouc lorsque le patient mord trop fort. Le manche de la cuillère peut être également modelé à la main du patient, à l'aide de plaques thermoformable.



Figure 17 : Cuillère avec manche thermo formé

Les verres et les bols peuvent être adaptés pour boire en toute autonomie, quel que soit le niveau de handicap. L'utilisation d'un gobelet transparent avec deux poignées ergonomiques peut faciliter la prise en main, la base est large pour une meilleure stabilité. Le verre peut être modifié, y ajouter des cannelures facilitera sa préhension (emplacement pour les doigts).

De plus des couvercles avec un bec à angle peuvent être ajoutés sur des verres, le but étant de favoriser au maximum l'autonomie du patient.



Figure 18 : Bol présentant un rebord surélevé



Figure 19 : Exemple de verres adaptés, présentant des anses, un bec

Le plateau du résident peut être également adapté. Pour des patients ayant des difficultés visuelles il est important de limiter la zone du repas. Cela va leur faciliter la préhension des aliments et ainsi maintenir leur autonomie.

2.1.2.3 Fauteuil

Il existe différents types de fauteuils conçus pour les personnes atteintes de handicap : fauteuil roulant, coque. Le fauteuil escargot lui est conçu pour des personnes assises plusieurs heures et qui nécessitent un soutien efficace.

La forme est conçue pour maintenir au mieux la personne en s'efforçant d'atténuer et d'éviter les douleurs de positionnement. Le patient se positionne dans un état de repos, un état neutre, les soignants ont alors plus de facilité à effectuer les gestes de soins.



Figure 20 : Un fauteuil escargot

Le collier cervical ou minerve pourra aider les résidents ayant des troubles de maintien. Lors de la prise des repas, cela va aider à maintenir une position adéquate de la tête, afin de faciliter une meilleure absorption, la tête de la personne droite ou légèrement inclinée vers l'avant, mais jamais vers le haut.



Figure 21 : Têtière adaptée au patient

Ici l'ergothérapeute s'est servi de mousse thermoformable pour ainsi adapter la têtière du fauteuil du patient, cela va servir à un meilleur maintien de la tête.

En effet la patiente avait tendance à avoir la tête en hyper extension, et par ce moyen les soignants ont noté une augmentation de la prise du bol alimentaire ainsi qu'une diminution des fausses routes.

2.1.3 Rôle du tiers

La tierce personne aura pour rôle d'accompagner et de stimuler le patient pendant le repas. Il faudra également favoriser un environnement calme, éteindre la télévision par exemple. Le tiers doit se positionner à hauteur, dans le champ de vision du résidant. Il communique avec le résidant pour le rassurer, mais il ne faudra pas lui poser de questions lorsqu'il déglutit.

Il peut annoncer le menu et proposer des bouchées de petits volumes, il faudra marquer des pauses entre les bouchées. Afin de prévenir les fausses routes, la durée optimale du repas est de 30 minutes. Si la durée est plus rapide, il y aura une déglutition à risque, à l'inverse si la durée est trop longue cela sera trop fatigant pour les résidents.

Lors des repas la tierce personne pourra annoncer le menu en montrant chaque plat, le fait d'excentrer le plateau peut aider le patient à percevoir la totalité. Le tiers devra s'assurer également qu'aucun plat n'ait été laissé involontairement.

La tierce personne aura également adapté le menu aux résidents dont il s'occupe. Le repas devra s'adapter aux goûts de chacun et le régime de la personne (texture des aliments : mixé ou non). La présentation du repas devra être agréable et pratique, les opercules enlevés et les aliments pourront être découpés, la température des aliments pourra être au préalable vérifiée par un tiers.

2.2 Aide à l'hygiène bucco-dentaire

Le brossage des dents est un geste technique, mais pourtant une formation à l'hygiène bucco-dentaire n'est pas proposée dans la formation des aidants. C'est un sujet sur lequel les professionnels de santé doivent obligatoirement être sensibilisés. En effet beaucoup de problèmes peuvent arriver aux patients si le geste n'est pas ou mal effectué. Un professionnel de santé sensibilisé aux problèmes qu'engendrent un mauvais brossage de dents sera plus vigilant et ses gestes seront plus surs.

Deux types de patients sont à distinguer: des personnes ayant des difficultés motrices, mais étant toujours autonomes, et des personnes ayant trop de difficultés engendrant une dépendance. [29]

L'ergothérapeute peut et doit intervenir pour atteindre une prise en charge bucco-dentaire optimale.

2.2.1 Démarche adaptée à la personne autonome

Lorsqu'une personne présente des difficultés motrices il est primordial pour elle de conserver un maximum d'autonomie malgré le handicap, pour cela il est important de proposer des adaptations. Dans ce type de situation, il peut s'avérer intéressant de prendre un rendez-vous avec un ergothérapeute. Celui-ci pourra se déplacer dans la salle de bain du patient afin d'évaluer les difficultés rencontrées et faire le point sur les améliorations possibles.

2.2.1.1 Aide technique au brossage

2.2.1.1.1 Généralités

Avant de commencer le brossage, il faut s'assurer que la personne est bien installée. Le patient doit être dans une position stable et confortable. Le patient doit être à son aise, pour cela il faut veiller à protéger ses vêtements des éventuelles bavures.

De plus, pour assurer un bon brossage il est indispensable que le patient puisse se voir, il doit être face à un miroir. Le fait qu'il se voit effectuer les gestes augmente l'efficacité du brossage. Pour le patient, le fait de se savoir bien positionné et protégé le rend plus coopératif et donc plus concerné par son hygiène bucco-dentaire.

Après le brossage des dents de la personne, il ne faut pas oublier de regarder en bouche et de vérifier si celui-ci est correct. Le fait de visualiser la bouche du patient permet de vérifier son état bucco-dentaire et d'éventuellement de noter toutes suspicions de problèmes dentaires, gingivaux. C'est en agissant ainsi qu'une dégradation de la sphère orale est ainsi évitée, et une prise en charge rapide et simple par un chirurgien-dentiste peut être effectuée.

2.2.1.1.2 Mise en place d'un atelier bucco-dentaire

Le but de cet atelier est de prendre conscience de l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire.

Cela va passer par l'apprentissage en autonomie partielle ou totale pour des personnes ayant des capacités motrices et intellectuelles ; si besoin une adaptation du matériel ainsi que de la salle de bain pourra être effectuée. L'objectif visé étant une possible autonomie totale.

Lors de l'atelier, les participants sont formés afin de leur permettre de prendre conscience de l'importance d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire, c'est également un moyen de valorisation pour eux. Il vaut mieux travailler en petits groupes de cinq à six personnes afin d'utiliser la dynamique du groupe.

Au niveau de l'apprentissage il faut être visuel « tell, show, do », l'outil pédagogique est important. L'utilisation d'une maxi-mâchoire et d'une maxi brosse à dents peuvent faciliter l'apprentissage du brossage. Des modèles de dents en plâtre peuvent être utilisés pour leur apprendre le mouvement du brossage avant de le réaliser sur eux-mêmes. Du révélateur de plaque peut également être utilisé pour les aider à visualiser les endroits où la brosse à dents ne passe pas. Il faudra veiller à être très ludique, et ne pas perdre l'attention du public. Il faut donc les faire participer un maximum en les interpellant par leurs prénoms dans le but de les faire réagir.

La réalisation de fiches pratiques avec des schémas est également très utile. Celles-ci peuvent être trouvés de manière assez simple sur le site internet de l' « UFSBD » pour aider à faire passer le message.[41] Enfin cet atelier doit être adapté en matière de temps, une heure pas plus, car les patients vont commencer à montrer des signes de fatigue.

Concernant le déroulement de cet atelier, le début pourra être assez théorique, mais adapté à l'auditoire. L'animateur commencera par se présenter puis par leur poser des questions :

- Qui est déjà allé chez un dentiste ?
- Combien a-t-on de dents ?
- À quel moment de la journée se brosse-t-on les dents ? Combien de temps ?
- Est-ce vous avez peur du dentiste ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qu'une carie ?

Puis une partie un peu plus ludique est abordée, en leur faisant dessiner une dent, puis en leur montrant le mouvement à réaliser lors du brossage des dents sur des modèles en plâtre par exemple. La séance se termine par une partie plus pratique, ce que les participants préfèrent. Tout le matériel nécessaire est distribué : un miroir, une bassine, une brosse à dents et du dentifrice. Avant d'effectuer le brossage il est proposé aux participants d'appliquer du révélateur de plaque avec un coton-tige sursaturé en produit par exemple ; le but étant pour eux de bien visualiser où doit passer la brosse à dents.

À l'issue de l'atelier, une fiche d'évaluation peut être élaborée, cette fiche sera ensuite très utile pour le travail des aidants au quotidien (appréhension, difficulté rencontrée...), les problèmes rencontrés sont relevés pour essayer de modifier le matériel du patient en fonction de ses aptitudes. Il peut être également demandé aux participants si l'atelier leur a plu et faire un avec eux de ce qu'ils ont appris, le but étant de les stimuler et de se rappeler de ce qu'ils ont fait lors de cette activité.



Figure 22 : Matériel nécessaire lors de l'atelier



Figure 23 : Participants à un atelier

2.2.1.2 Adaptation du matériel

2.2.1.2.1 Matériel de brossage

Au niveau de la **brosse à dents**, celle-ci doit être **souple** et présenter une **petite tête**, l'utilisation d'une brosse à dents souple permet de respecter les gencives, il y a moins de risques de blessure. Le fait de choisir une brosse à dents à petite tête permet de passer partout même si l'ouverture buccale est étroite.

La **brosse à dents électrique** peut être utile pour des personnes qui présentent des troubles de la motricité, mais qui **restent autonomes**. Le premier danger avec cette brosse à dents c'est d'appuyer trop fort et qu'elle blesse les gencives, le second danger c'est d'oublier des dents. En effet avec ce type de brosse à dents, il faut veiller à passer dent par dent. Il faudra au préalable mettre en place un atelier où la personne pourra s'habituer à ce type de brosse à dents et à sa manipulation.[20]

De plus si le patient a des difficultés de préhension le **matériel pourra être adapté**. En effet on peut **clipper sur le manche** de la brosse à dents deux demi-coquilles en plastique ayant des encoches, permettant un excellent maintien. Son diamètre et sa forme ergonomique avec empreinte des doigts permettent une bonne prise en main, et sa légèreté la rend facile d'utilisation.

D'autres systèmes de manches adaptables existent, des manches en mousse « Inava » adaptables sur différentes brosses à dents. De la pâte modelable peut être utilisée pour réaliser différents types de manches (par exemple angulé à 90°). Tout cela est adaptable aux difficultés que rencontrent les patients.[26]



Figure 24 : Brosse à dents Inava

Au niveau du tube de **dentifrice**, il est également possible de les adapter, en effet le fait de dévisser ou revisser un tube peut poser des problèmes à de nombreux patients. Il existe plusieurs types de tubes : à **poussoir** ou encore avec un bouchon à **clipper**. Le tube à poussoir n'est peut-être pas une solution idéale, car elle demande pas mal de force aux patients, et parfois ceux-ci n'en possèdent pas assez pour pousser le dentifrice.

Les patients peuvent **manquer** également de **finesse** dans les gestes, le fait d'appliquer le dentifrice sur les poils de la brosse demande de l'adresse. Cela suppose d'être capable de tenir la brosse à dents d'une main et de mettre le dentifrice sur cette brosse de l'autre main. Ce problème peut être compensé en positionnant la **brosse à dents sur un support** (par exemple en appliquant sur le bout du manche de la brosse une ventouse) afin que le patient puisse plus facilement appliquer le dentifrice. Le fait de **ventouser, clipper la brosse à dents** sur le lavabo ou sur un support, permet aux patients d'être plus autonomes.

Il faut donc adapter les outils, mais également l'environnement du résident.

2.2.1.2.2 Adaptation de l'environnement

L'environnement d'une salle de bain peut vite s'avérer piégeuse pour les patients. Le patient à la capacité physique d'atteindre le lavabo, mais à cause de son fauteuil trop imposant ou de sa tablette il n'a pas la possibilité de se pencher pour ouvrir celui-ci ou encore de l'utiliser pour se rincer la bouche.

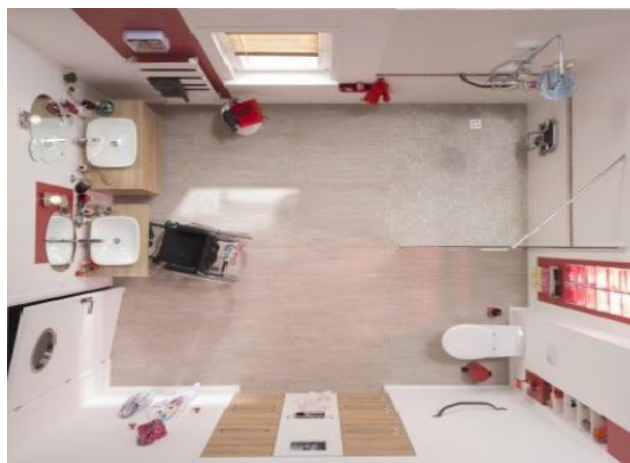


Figure 25 : Salle de bain aménagée [46]

Pour circuler plus facilement il vaut mieux privilégier des espaces larges et mettre des équipements plus accessibles.

Avec l'aide d'un ergothérapeute, des solutions concrètes sont trouvées. Au niveau de l'actionnement du robinet, le mitigeur de la robinetterie peut être changé par un capteur optique, ainsi le patient n'a pas d'effort physique à fournir.

Le patient ne peut pas, malgré les aménagements, utiliser son lavabo, il pourra dans ce cas utiliser une petite bassine pour qu'il crache dedans. Cette bassine ne devra être utilisée que pour le brossage des dents et non pour d'autres utilisations comme la toilette par exemple. Par ailleurs le patient devra utiliser un gobelet pour se rincer la bouche, celui-ci peut être également adapté. En effet quel dommage si le patient a une possibilité physique d'utiliser le gobelet et que celui-ci lui échappe des mains. Le gobelet avec une anse peut être une solution, et sans ce problème le patient arrive à une autonomie qui est très valorisante pour lui.

2.2.2 Démarche adaptée à la personne dépendante

Brosser les dents d'une personne handicapée est souvent un défi, d'autant plus que la personne accompagnée présente un ou plusieurs handicaps. La tierce personne est souvent confrontée à des difficultés lors du brossage des dents pour différentes raisons : des mouvements incontrôlés, des comportements d'opposition, une contraction des joues, lèvres ; une ouverture étroite de la cavité buccale. [18]

Le fait de se brosser les dents depuis son enfance n'implique pas le fait de savoir le faire pour autrui. Des outils peuvent être mis en place pour aider le personnel accompagnant.

La personne handicapée, privée d'une partie de ses capacités physiques et intellectuelles peut devenir assez facilement un « objet ». En effet le personnel accompagnant est très sollicité dans les gestes de la vie quotidienne, et peut parfois par un manque de temps, par lassitude oublier la partie humaine de leur travail. De plus il faut savoir qu'au niveau bucco-dentaire il n'existe pas de formation du personnel, c'est pourquoi il peut s'avérer assez compliqué pour le personnel soignant de réaliser les soins bucco-dentaires.

En effet même s'ils sont sensibilisés par l'intérêt d'une bonne hygiène bucco-dentaire, ils peuvent se sentir démunis et prétexter que cela dépasse leurs champs de compétences, et déléguer cette tâche.

L'aide-soignante peut se sentir dépassée et ne pas effectuer cette tâche à cause de possible survenue de fausse route. Il faut donc expliquer le rôle de chacun, le définir clairement et mettre dans un premier lieu une formation disponible à tout le personnel d'une structure. Par la suite il faut évaluer au fur et à mesure du temps l'impact de cette formation, ses bénéfices et ses limites, pour, dans un second temps, l'améliorer et pourquoi ne pas mettre en place des modules complémentaires (ex. : atelier de brossage avec les patients)

Il peut être noté également le manque d'équipement dans les structures spécialisées. Il n'y a pas forcément de mise à disposition du matériel de brossage au patient, mais dans un local commun où un mélange pourrait se produire, pas de miroir portatif dans chaque chambre qui pourrait aider le patient à se voir.

Dans certains établissements, les soignants ont regroupé le matériel de brossage des résidents dans la salle de toilette. Ils ont étiqueté les brosses à dents et les gobelets de chaque résident afin qu'il n'y ait aucun mélange possible.

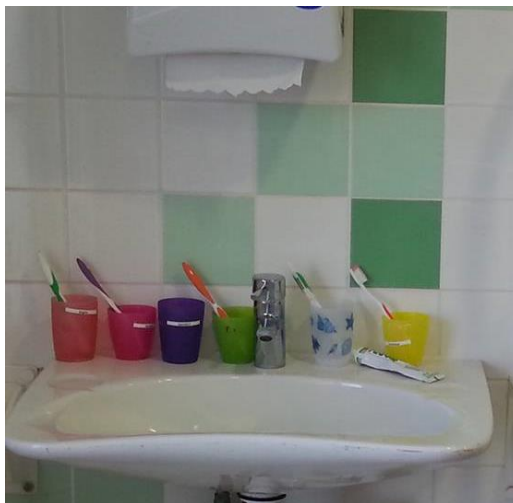


Figure 26 : Matériels de brossage

Ainsi, dans la vie quotidienne, de petites astuces concrètes peuvent être mises en place pour aider le personnel accompagnant.

2.2.2.1 Aide ergonomique aux personnes

Comme il a été dit précédemment, brosser les dents d'autrui n'est pas chose facile. D'où la possibilité de faire intervenir des personnes compétentes pour aider à un bon maintien de l'hygiène bucco-dentaire de chaque résident.

Un bilan ergothérapeutique pourrait être proposé à chaque nouvelle entrée de résident, pour ainsi proposer une prise en charge spécifique à chaque personne.

2.2.2.1.1 Astuces techniques

Tout d'abord cela peut passer par essayer de faire **participer un maximum** le patient. Pour cela il faut verbaliser les gestes et essayer de solliciter la personne, même s'il ne s'agit que d'une participation minimale elle sera valorisante pour elle. En effet la participation, même minimale, du patient est indispensable, pour le soignant comme pour le patient. La personne doit se sentir concernée par ce qui lui arrive et ne pas vivre par procuration son hygiène bucco-dentaire.

La **verbalisation** du geste évite au patient d'être surpris, il ne subit plus et il peut donc anticiper l'action qui va être faite ce qui va lui permettre de participer. Le fait d'anticiper peut lui permettre d'éviter des sursauts, ou des mouvements brusques. Cette action ne demande pas d'effort particulier, mais apporte pourtant un confort à la personne.

De plus **l'accompagnant** doit être à son **aise** pour cela il faut qu'il se **protège** : porter des gants, une sur blouse et éventuellement un masque. Ainsi protéger le personnel accompagnant sera d'autant plus à l'aise pour brosser les dents du patient. C'est d'autant plus vrai si le patient saigne ou s'il y a des éclaboussures. En effet lors du brossage l'accompagnant sera amené à mettre ses doigts dans la bouche de son patient pour écarter la langue afin que la brosse à dents puisse passer. C'est un geste vraiment important à réaliser, car cela évite des blessures de la gencive.

La **force du brossage doit être dosée**, une personne a toujours tendance à appuyer trop fort sur la brosse à dents, et c'est d'autant plus vrai pour le brossage d'autrui.

Il vaut mieux privilégier un **brossage plus long, mais plus doux**, il faut le voir comme un massage et non comme un « récurage ». De plus le fait d'appuyer trop fort va rendre le moment du brossage douloureux et donc angoissant pour le patient, qui risque de se mettre en opposition lors de la toilette suivante. Le brossage deviendra dangereux et encore plus traumatisant pour les gencives.

Si le **patient est spastique**, et qu'il a des mouvements incontrôlés, une **cale bouche** peut être utilisée pour aider le personnel soignant. De plus des cales bouches adaptables à chaque cas existent dans le commerce. Cela va permettre d'accéder plus facilement à la cavité buccale sans appréhension pour le personnel soignant.

Brosser les dents d'autrui n'est donc **pas chose facile**, d'autant plus que les brosses à dents en vente actuellement sont adaptées à un brossage autonome et non par un tiers.[7]

2.2.2.1.2 Matériels utiles

Lorsque la personne est dépendante, les difficultés se multiplient : le positionnement du patient devient plus complexe, entraînant un brossage plus difficile.

Les problèmes peuvent être résolus en adaptant les techniques et les outils utiles au brossage. Premièrement au niveau du positionnement du patient il faut que celui-ci soit dans **une position confortable pour lui**, par exemple les soins bucco-dentaires peuvent être réalisés dans **un fauteuil type « coquille »**. Le patient a ainsi un **bon positionnement et un bon maintien** de sa colonne vertébrale, conférant ainsi une bonne stabilité des appuis pour réaliser un bon brossage. Il n'est pas obligatoire d'avoir une position dite « standard » (assis, buste droit...) qui ne serait de toute façon pas réalisable. Le brossage peut encore se réaliser sur la table de lavage, ou encore sur une table de massage. L'important est de préférer une position où le patient se sent bien. En effet pour les personnes dépendantes le brossage des dents n'est pas toujours bien vécu (acte envahissant, peur) et il est important que ceux-ci éprouvent une sensation de bien-être.

Lorsque le patient adopte un **comportement d'opposition**, qu'il a de plus en plus de spasticités, il faut en parler avec le personnel soignant. Il peut parfois arriver au personnel soignant, d'y répondre par une approche un peu plus ludique, ils vont être menés sous forme de jeux et le geste deviendra plus facile à accepter lors du brossage des dents. Des thérapeutiques peuvent être mises en place comme des séances chez l'orthophoniste, ou chez le psychologue ; en parallèle des **ateliers de relaxation** ou de musicothérapie peuvent être prescrits. Cela sera toujours bénéfique pour le patient, et pourra faciliter par la suite le brossage

À propos des **personnes dépendantes**, ceux-ci n'ont pas forcément la capacité de cracher, de tousser et/ou de prendre d'eau liquide. Il faut donc **éviter le dentifrice** qui, **mal rincé**, pourra être irritant en bouche. De plus les fabricants déconseillent fortement d'avaler régulièrement le dentifrice, ce qui est ici assez souvent le cas. Il faudra donc préférer une **lotion de bouche à diluer dans de l'eau**.

Quelques gouttes de lotion sont déposées dans un gobelet avec de l'eau, la brosse à dents est trempée dans le gobelet, puis plusieurs brossages sont effectués en rinçant la brosse à dents sous l'eau et en retremnant celle-ci dans le gobelet.

C'est le **geste mécanique de la brosse à dents** qui fait un **brossage efficace et non le dentifrice**. Des brosses à dents plus adaptées aux résidents peuvent être fabriquées.

2.2.2.2 Conception d'une brosse à dents adaptée au brossage d'un tiers

Au sein des établissements, un bilan ergothérapeutique peut être déjà proposé aux résidents, ce bilan est une phase importante. Cela passe par un recueil d'informations auprès de l'entourage, du personnel soignant ainsi que différents tests. [39] À l'issue de ce bilan, qui peut être corrélé avec d'autres bilans médicaux, le praticien est en mesure d'évaluer les déficiences exactes de chaque patient, et de pallier à ceux-ci. Pourquoi ne pas s'aider des nouvelles technologies pour l'hygiène bucco-dentaire ?

À la veille d'une nouvelle révolution numérique, tout devient plus facile lors de la pratique quotidienne, empreinte optique, reconstruction imagerie 3D (cône beam). Pourquoi ne pas intégrer ces nouvelles données afin d'offrir une meilleure prise en charge bucco-dentaire aux personnes souffrant de handicap ? En effet les prothèses conjointes et adjointes sont toutes adaptées à la morphologie des patients, pourquoi ne pas faire la même chose avec les brosses à dents.

Dans un premier temps **une caméra** (du même type que celle utilisée lors des empreintes optiques) balayerait les surfaces dentaires avant le brossage et après le brossage, pour voir avec précision la difficulté du patient à réaliser le brossage. Cela présenterait un avantage par rapport au révélateur de plaque, chez les personnes handicapées chez lesquelles il y a un risque de l'avalier. Le type de brosse à dents pourrait être changé pour mesurer l'efficacité de chacune, et par la suite l'adapter au maximum au patient.

De plus une autre caméra en forme de stylo (type Wii) avec un manche sensible à la force de préhension (sorte de pâte à modeler, sensible à la préhension) pourrait être utilisée. La tête, une caméra optique permettrait de voir comment le patient balaye ses dents et ainsi adapter la position des poils de la brosse à dents. Un logiciel analyserait la manière de préhension, d'utilisation de « cette brosse à dents fictive » et fabriquerait ainsi une brosse à dents unique à chaque patient.

Le référentiel serait composé de personnes n'ayant aucune déficience, par la suite cette brosse à dents serait fabriquée par une imprimante 3D, afin de réduire les coûts de production, il n'y aura ensuite qu'à implanter les poils, en fonction de la dextérité du patient.

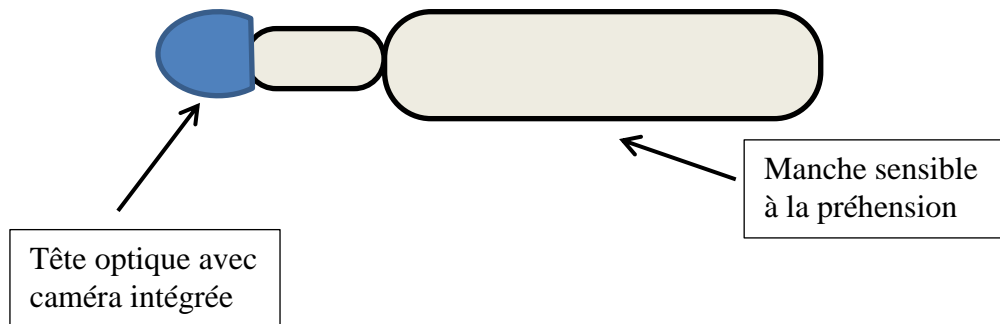


Figure 27 : Exemple possible d'une caméra

L'utilisation d'une brosse à dents adaptée pourrait donc faciliter le brossage. Actuellement une brosse à dents qui permet de brosser les trois faces (brosse à dents triface) de la dent en même temps, pourrait améliorer la technique.



Figure 28 : Tête de brosse à dents triface

Si le patient n'a plus de dents, il est même possible de se préoccuper de son hygiène buccale. Cela pourra procurer au patient une sensation de fraîcheur, et augmentera son bien-être. Il s'agit de nettoyer le biofilm de la cavité buccale à l'aide de compresses imbibées d'un bain de bouche doux. De plus le patient se sentira forcément mieux, car la bouche est le lieu de multiples interactions (lieu de la communication avec l'autre, de l'élocution).

Par ailleurs, comme brosser les dents d'une tierce personne n'est pas chose facile, le brossage peut être systématisé et une fiche explicative peut être créée pour le personnel soignant, afin de les inciter à ne pas négliger cette partie du soin. Une formation, ainsi qu'une explication ludique dans la salle de bain serait à envisager.

2.3 Aide aux soins bucco-dentaires

La prise en charge des personnes en situation de handicap est spécifique, et ne ressemble à aucune autre prise en charge. L'existence de multiples difficultés comme le manque de coopération du patient, les obstacles techniques n'améliorent pas cette prise en charge. Il est donc indispensable qu'en amont un bon brossage soit réalisé par un tiers ou le patient lui-même, afin d'éviter des soins trop longs et trop lourds.

2.3.1 Dispositifs aidant aux soins chez le dentiste

Lorsqu'une personne handicapée arrive au cabinet, de nombreuses interrogations peuvent intervenir: Comment faire avec le fauteuil ? Mon matériel est-il adapté pour une telle pathologie ?

L'ergothérapeute peut aider le dentiste dans la prise en charge de ces patients, en réalisant des dispositifs de positionnement et d'installation destinés à améliorer le confort et la stabilité du patient.

2.3.1.1 Dispositifs de maintien

De nombreux patients ont des mouvements incontrôlés, une spasticité importante entraînant une instabilité de la posture, qui complique le travail lors des soins.

L'ergothérapeute pourrait évaluer les installations et apporter son aide en créant un dispositif pour stabiliser la tête. Une minerve pourrait dans un premier temps stabiliser la partie haute de la colonne vertébrale, mais cela peut n'être suffisant. Une tête pourrait être positionnée sur le fauteuil, avec un « bandeau » positionné sur le front du patient, celui-ci n'aurait plus de mouvements incontrôlés et cela faciliterait le travail.

Il s'agirait d'un dispositif adaptable à tous les fauteuils dentaires : la tête adaptable aurait une housse (derrière) à enfiler sur la tête du fauteuil (elle serait attachée à celui-ci par des sangles velcro) et pourrait, dans le cas où le patient a des mouvements incontrôlés, servir également de contention.

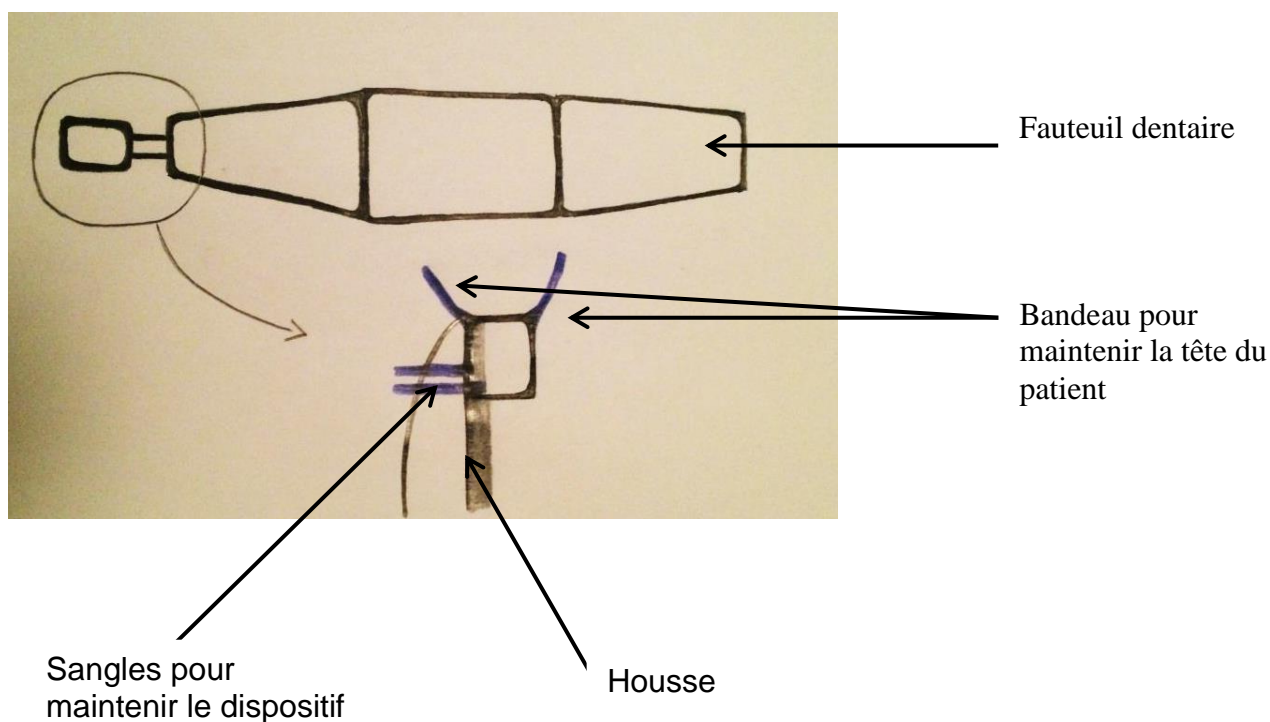


Figure 29 : Schéma d'une tête adaptable

De plus le travail devient encore plus compliqué lorsque le patient présente des mouvements involontaires, ou une spasticité trop importante. Ces bandeaux permettraient d'éviter tout geste maladroit du patient.

Le fait de se servir de dispositif facilite le travail du praticien dans les gestes de soins, mais peut également contribuer à diminuer l'anxiété du patient, qui n'a plus peur de « faire mal » au dentiste.

2.3.1.2 Autres dispositifs

Au niveau de la radiographie panoramique, une sorte de « fauteuil élévateur », comparable aux dispositifs retrouvés dans la vie quotidienne, (dans les bus il existe des plateformes élévatrices pour faciliter l'accès des personnes en fauteuils) pourrait être installée.

Il s'agirait d'une sorte de plancher élévateur qui pourrait supporter le poids d'une personne ainsi que de son fauteuil. De plus cela pourrait être applicable à d'autres types de patients comme les enfants par exemple.

Au lieu de les faire monter sur un tabouret, l'utilisation d'un dispositif un peu plus fiable et sans danger (contrairement au tabouret qui peut tomber) pourrait être à envisager.



Figure 30 : Exemple d'un monte-charge ergonomique [22]

Une autre solution existe, plus onéreuse et un peu plus complexe à mettre en place, dans les institutions spécialisées des dispositifs de « positionnement debout » sont adaptés pour chaque patient afin de les verticaliser. Cette solution est plus coûteuse et difficile à mettre en œuvre.

Dans des cas plus complexes où le patient ne possède plus aucune mobilité, il peut être installé dans une sorte de fauteuil en mousse type « escargot ». Le patient est dans une position stable et confortable pour lui, ce qui peut conférer une certaine tranquillité dans le travail du praticien.

Mais bien sûr, pour cela, il faut adapter les équipements. Tout d'abord il faut privilégier un « kart » pour avoir une plus grande facilité dans le travail. En effet celui-ci a la capacité de se déplacer partout dans la pièce de soins, et rend les instruments tels que les turbines, contre-angles et système d'aspirations parfaitement accessibles. De plus il faut avoir de la place dans la salle de soins, il faut savoir qu'un fauteuil type escargot prend de la place, et ce n'est pas si facile de l'imposer dans les cabinets dentaires. Pourtant ce dispositif pourrait être adaptable à d'autres types de patients : les enfants, les patients phobiques. Cela permettrait de « dédramatiser le fauteuil du dentiste » et pourrait diminuer les refus de soins.

2.3.2 Accompagnement au brossage

Comme il a été vu précédemment, il est nécessaire d'avoir une brosse à dents adaptée à chaque type de patient. Cela est encore plus vrai lorsque le brossage est réalisé par une tierce personne. Des techniques peuvent aider à réaliser ce brossage dans les meilleures conditions possibles.

Comme le dit l'adage « la musique adoucit les mœurs », pourquoi ne pas réaliser les soins dans une ambiance musicale douce et apaisante ?

Le patient en ressentirait directement les effets, et serait plus apaisé, plus calme. **Des ateliers de relaxation** (musique douce, aromathérapie) pourraient être proposés aux patients réfractaires aux soins, et augmenteraient leur bien-être. D'ailleurs des berceuses sont chantées aux jeunes enfants pour les apaiser, les bercer. Ce qui est vrai chez les enfants peut bien s'appliquer chez les personnes handicapées.

Il peut être également intéressant de se mettre en rapport avec **le masseur-kinésithérapeute** du patient qui pourra effectuer des exercices pendant ces séances. Il pourra donner aux patients des exercices à faire afin qu'il se détende le plus possible. Des ateliers de type expression corporelle peuvent être également bénéfiques pour le patient.

L'important est de mettre le patient en bonne condition psychologique, et éviter qu'il soit stressé ou angoissé, afin d'éviter que les séances semblent longues et douloureuses. Pour cela des massages du cuir chevelu ou des **massages faciaux** peuvent être réalisés, des coussins massant peuvent être positionnés sous la tête du patient pour que celui-ci reste relaxé pendant le soin.



Figure 31 : Coussin massant

Dans certaines structures, l'ergothérapeute avait mis en place des ateliers pour aider les résidents à se sentir plus relaxés. Un atelier de **balnéothérapie** a été mis en place notamment pour les patients étant réfractaires aux soins.

Il s'agit d'une activité largement prescrite en compléments des techniques de rééducation classiques.[8]

Une autre activité a également été proposée : le « **snoezelen** ». Il s'agit d'une pratique visant à éveiller la sensorialité de la personne stimulée. Le « snoezelen » est apparu dans les années 1970 au Pays Bas et dans les années 1990 en France. C'est un concept qui s'appuie sur le fait qu'à la base de toute acquisition cognitive il y a une perception sensorielle. Cet espace est à la fois stimulant (diverses textures, instruments) et relaxant (lumières douces, matelas), il s'agit d'un espace d'autostimulation. Le patient évolue librement dans la salle et le personnel soignant est disponible si besoin.[40] Un changement de comportement est observé durant les séances : échanges relationnels, relâchement musculaire, baisse de la tension et de l'anxiété. L'intérêt du « snoezelen » est double, car il change le regard des soignants, sur le regard de la personne et oblige à accepter l'autre avec sa différence.[15]



Figure 33 : Balnéothérapie

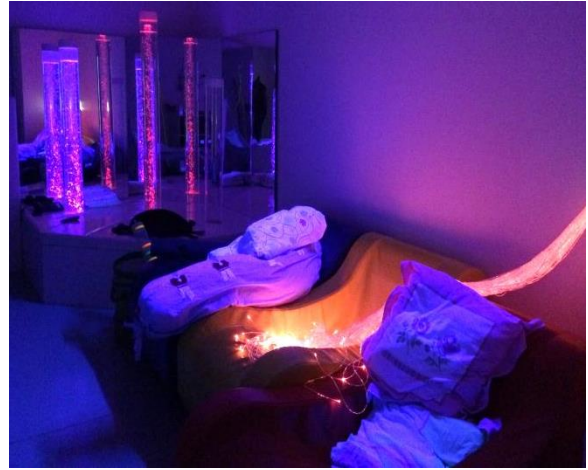


Figure 32 : Espace snoezelen

Toutes ces techniques et astuces ont un but final : une meilleure acceptation des soins bucco-dentaires par les personnes handicapées. Le but étant de faire comprendre aux personnes aidantes l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire même si au départ le patient se montre très réticent.

2.4 Aide de l'ergothérapeute au chirurgien-dentiste

Dans la pratique du chirurgien-dentiste, de multiples difficultés surviennent.. Un ergothérapeute pourrait intervenir, et faire un bilan des installations et analyser la manière de pratiquer l'art dentaire, mais d'autres intervenants peuvent également aider le chirurgien-dentiste dans la pratique quotidienne.

2.4.1 Position de travail, et posture du dentiste

À l'heure actuelle les chirurgiens-dentistes sont une profession la plus touchée par les **troubles musculo-squelettiques** (TMS).(9) Tout au long de la formation, l'enseignement initial est concentré sur l'indication de l'acte thérapeutique, sur la technicité, sur le résultat. La manière de les réaliser, le positionnement pendant l'acte, ou la préhension des instruments ne s'est souvent construit que pendant la pratique quotidienne. L'enseignement des **positions de travail** est souvent théorique et n'est que peu souvent appliqué.

Lors de la pratique quotidienne, des attitudes néfastes de posture sont adaptées, d'où l'intérêt de faire appel à un ergothérapeute pour aider à améliorer la pratique dentaire. L'**ergothérapeute** pourrait venir dans le cabinet et réaliser un **bilan ergothérapique** pour aider à améliorer la pratique quotidienne. Il ne s'intéressera pas seulement à tout l'environnement, mais également aux positions de travail.

Actuellement la plupart des chirurgiens-dentistes travaillent assis, se pose alors le problème de la compensation lombaire, de la répartition du poids du corps entre les pieds, les cuisses. Il est alors recommandé de maintenir un angle de 110° entre les cuisses et le tronc, mais cela peut évoluer en fonction de la flexion du tronc, et des différences d'amplitude des articulations. Le maintien des différentes positions de travail se fait par la contraction de différents muscles. Et le fait de maintenir trop longtemps ces positions entraîne des douleurs au niveau du rachis ou encore au niveau des membres supérieures. Ceux-ci sont encore davantage stimulés pour la préhension d'instruments manuels ou rotationnels (turbines, contre-angles), pouvant générer en plus des vibrations. [13]

L'**acuité visuelle** est différente en fonction de l'âge, du sexe ; et le champ et la distance de vision sont différents. Il va s'agir d'adapter la distance œil et cavité buccale du patient, ce qui va conditionner la position du praticien. Il est donc impératif d'avoir un fauteuil ergonomique, c'est-à-dire un fauteuil qui s'adapte à la morphologie, avec une hauteur et une assise adaptable, ainsi qu'un appui pour le dos.

Cependant, il n'est **pas toujours possible de respecter ces attitudes idéales** lorsque les soins sont dispensés à des personnes souffrant de handicap. En effet, chez certaines personnes, il est indispensable d'adapter les positions par rapport au handicap : celles qu'il faut soigner en dehors du fauteuil dentaire et donc sur le fauteuil roulant, ou encore les personnes ayant des troubles mentaux. Dans ce cas le chirurgien-dentiste sera la plupart du temps debout, pour se mettre à la hauteur de la personne, celles-ci auront, par ailleurs, tendance à se replier et se recroqueviller sur elles-mêmes.

L'**ergothérapeute** est là pour guider le praticien dans le choix de ses outils de travail, et si possible les adapter au mieux à la morphologie et aux problèmes rencontrés.

2.4.2 Ergothérapie et ergonomie

Comme souligné tout à l'heure, l'**ergothérapeute** ne va pas seulement s'intéresser aux **positions de travail**, mais également à l'**environnement**. La salle de soins n'est pas seulement constituée du fauteuil dentaire, mais également des meubles dentaires, de la radiographie, du bureau, de l'éclairage. L'ergothérapeute peut aider lors de la construction du projet d'installation d'un cabinet dentaire. Il aura une **autre expertise**, un autre point de vue que le praticien, et éviter des maladresses lors de l'aménagement.

Il faut penser dans un premier lieu à la circulation dans la salle de soins, il y a plusieurs types de personnes : le praticien, l'assistante, le patient et parfois même un accompagnant. Cette circulation dans les locaux doit être pensée, il faut éviter tout croisement indésirable ou gênant dans cette pièce. Le choix de l'implantation du mobilier et des équipements doit être choisi pour avoir un véritable espace de travail ergonomique.

L'espace de préhension du praticien est limité autour de lui, il faut bien choisir le lieu d'implantation des meubles. La notion de zone de travail est importante, c'est la portion d'espace dans laquelle doit s'effectuer le travail pour éviter à l'opérateur de se pencher, de se baisser ou de s'étendre. La zone de préhension est en avant du praticien et non derrière. Il faut donc avoir ses instruments à portée de main, en avant de soi et à droite si le praticien est droitier. Au besoin un chariot mobile, ou des plateaux fixés au mur avec un bras télescopique peuvent être ajoutés.

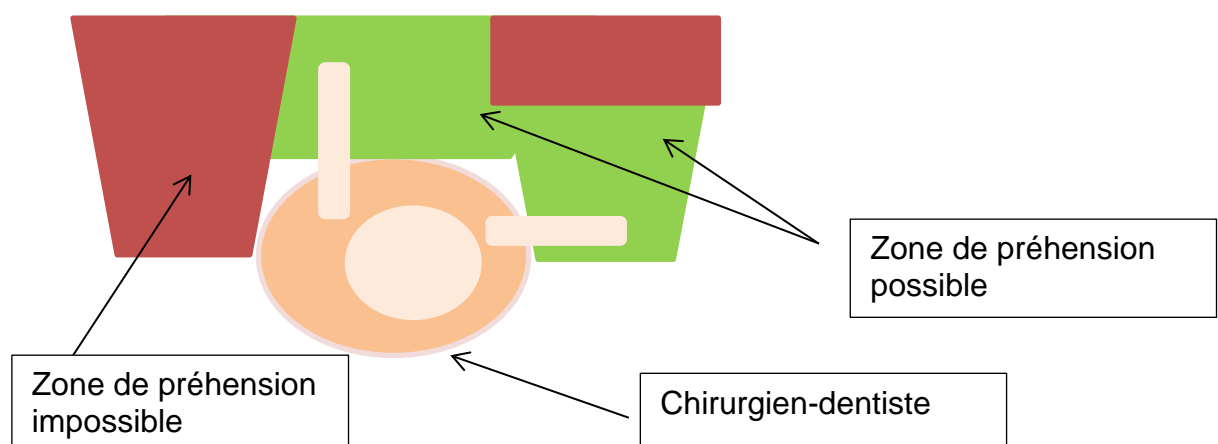


Figure 34 : Schéma représentant un chirurgien-dentiste avec les zones de préhension les plus faciles

Grâce à ce schéma, les difficultés auxquelles sont confrontés les chirurgiens-dentistes sont aisément visibles. Même si une parfaite ergonomie est de rigueur dans le cabinet, il est parfois nécessaire de se faire aider. En effet les éléments de l'installation d'un cabinet dentaire ont une influence considérable sur la posture. Un bon agencement d'un matériel adapté permettra d'éviter certaines positions, certains mouvements, préjudiciables à la colonne vertébrale, et source par la suite d'algies.

Au niveau de la circulation dans le cabinet dentaire, il ne faut pas oublier la place que peut prendre un fauteuil roulant. La circulation doit être pensée pour permettre au fauteuil de circuler librement et ainsi permettre de réaliser plus facilement les transferts fauteuil roulant et fauteuil dentaire. Il ne faut pas oublier de ménager un espace entre le fauteuil dentaire et la porte ou le mur, pour pouvoir y passer un fauteuil roulant.

L'accessibilité au cabinet dentaire sera maximale et procurera du confort non seulement aux chirurgiens-dentistes, mais également aux personnes handicapées.

2.4.3 Accessibilité au cabinet dentaire

L'accessibilité des personnes handicapées est aujourd'hui un problème dont la société a pleinement conscience.[1]

De nombreuses lois et décrets et rapport ont été remis aux gouvernants successifs de notre pays depuis les années 2000.[33] **Le dernier rapport** en date réalisé par **Pascal Jacob** et remis au ministre de la santé aborde l'accès aux personnes ayant des déficiences mentales ou physiques. Ce rapport vise à mettre en exergue les **difficultés et les demandes des patients**, et à mettre en place des **mesures pour y remédier**.[42]

Les personnes handicapées ont besoin comme tous autres citoyens de soins bucco-dentaires de bonne qualité. Ce n'est pas parce qu'une personne est privée de certaines de ses capacités qu'elle ne peut pas bénéficier de soins de qualité.

Elles peuvent d'ailleurs être plus encore demandeuses du fait de la difficulté rencontrée de réaliser elle-même le brossage de leurs dents ; et rencontrent d'énormes difficultés pour trouver des cabinets dentaires accessibles en ville. [37]

Dans le rapport de Pascal Jacob remis à Marisol Touraine, **des pistes** pour augmenter les soins bucco-dentaires ont été abordées. Un parcours de santé spécifique pourrait être mis en place. C'est-à-dire que chaque établissement spécialisé disposera de **spécialistes référents** (médecin, chirurgien-dentiste, kinésithérapeute...) et réalisera des réunions trimestrielles pour discuter avec chaque spécialité afin d'arriver à une meilleure prise en charge bucco-dentaire. De plus les établissements devront intégrer des actions de dépistage et de prévention, qui seront décrites dans leur rapport d'activité.[42]

Au niveau de la prise en charge en cabinet dentaire de **nombreuses difficultés peuvent être rencontrées**. Des actions peuvent permettre de à ces problèmes, les locaux peuvent être adaptés et une formation pourrait être proposée aux praticiens.

En effet même si le cabinet dentaire est accessible la personne handicapée peut rencontrer un **refus d'être reçue** pour de multiples **raisons** : la salle de soins n'est pas adaptée, car le fauteuil du dentiste est inamovible ; le handicap est trop lourd à gérer, le praticien a une appréhension devant la pathologie de la personne et peut ne pas s'en sentir capable ; et enfin une raison pécuniaire, la consultation peut nécessiter plus de temps pour un tarif inchangé. À ce niveau, une compensation pécuniaire pourrait être demandée, le rapport préconise d'ailleurs une modification tarifaire. [42]

En effet suite au **changement de la nomenclature** des actes, le rapport préconise d'appliquer des modificateurs d'actes pour certains types de soins prodigués chez certaines personnes en situation de handicap.

Au niveau de la **formation**, des séances de sensibilisation et d'éducation à la santé buccodentaire pourront être proposées et réalisées par le personnel soignant ainsi que les aidants familiaux.

De plus une formation continue du personnel devrait à envisager ainsi que la mise en place d'un chirurgien-dentiste référant, pour une amélioration continue des soins.

À l'issue du vote de **la loi de 2005 sur le handicap**, le gouvernement avait fixé au 1^{er} janvier 2015 **l'obligation d'accessibilité des établissements** ou des transports recevant du public.

L'échéance n'étant pas respectée, le gouvernement par l'ordonnance du 26 septembre 2014 ratifié par le parlement en juillet 2015 fixe de nouveaux délais. De 3 ans, à 6 ans voire jusque 9 ans pour les établissements accueillant un grand nombre de personnes. Cependant des dérogations sont toujours possibles pour des établissements en difficulté financière. [45]

Quant à l'accessibilité au niveau des villes, elle demeure trop réduite. L'APF (l'Association des Paralysés de France) publie un classement des villes les plus accessibles en France. [3] Pour ce cinquième baromètre (paru en 2014, résultats de 2013) la ville de Grenoble ressort grande gagnante. Pour classer l'accessibilité des villes, l'APF se base sur trois critères : le cadre de vie offert aux personnes souffrant de handicap, l'accessibilité des équipements municipaux, et les actions menées en termes de politiques locales à ce sujet. Chacun des critères est ainsi noté sur 21 ou 20, puis une moyenne est réalisée.

Tableau 5 : Résultats et analyses du baromètre de l'accessibilité 2013 [3]

Classement	Ville	Un cadre de vie adapté (note sur 21)	Des équipements municipaux accessibles (note sur 20)	Une politique locale volontariste (note sur 21)	Note sur 20 en 2013	Note sur 20 en 2012
1	Grenoble (38)	19	18	21	18,7	18,4
2	Nantes (44)	17	17,9	21	18	17,4
3	Caen (14)	15	18,5	21	17,6	17,2
4	Lyon (69)	17	16,25	21	17,5	16,5
5	Poitiers (86)	18	15	21	17,4	12,9
	Belfort (90)	15	18	21	17,4	17,4
7	Rennes (35)	16	16,5	21	17,2	15,5
8	Épinal (88)	18	13,5	21	16,9	15,8
9	Foix (09)	16	15	21	16,8	13,5
	Le Puy (43)	13	18	21	16,8	14,8
	Lille (59)	16	18,2	18	16,8	16,5
12	Arras (62)	21	11	18	16,7	16,1
94	Chaumont (52)	12	8	12	10,3	7,7
	Alençon (61)	10	7	15	10,3	10
96	Digne-les-Bains (04)	12	13,5	6	10,2	9,8

Pour cette 5^e édition, une évolution significative est à noter au niveau de certaines villes, notamment Poitiers avec une augmentation de 4,5 points.

A contrario, certaines villes n'ont quasiment pas évolué comme Chaumont, Alençon et Digne-les-Bains, qui se retrouvent en tête de peloton. Les commerces de proximité ainsi que les cabinets médicaux et paramédicaux sont toujours aussi mal notés par les personnes en situation de handicap.

Même si des progrès sont notables, le constat reste accablant avec à peine plus de la moitié des écoles et seulement 42% des transports publics accessibles.

2.5 Autres participants à la prise en charge ergonomique au cabinet dentaire

2.5.1 L'hygiéniste dentaire

Dans les pays nordiques, notamment en Suède, les gouvernants ont mis en place des programmes spécialisés pour les personnes ayant des déficiences physiques ou intellectuelles.

Une évaluation de l'état de santé bucco-dentaire est effectuée par un hygiéniste chaque année, celui-ci se déplacera au domicile du patient et établira le besoin ou non de soins chez un chirurgien-dentiste.[25]

L'hygiéniste dentaire est à la fois éducateur et praticien en matière de santé buccale. Il va travailler en collaboration avec un chirurgien-dentiste et va agir en amont en effectuant des séances de prévention au niveau de l'ensemble de la population. Un hygiéniste dentaire va jouer un rôle important auprès des patients, car il va contribuer à la suite du chirurgien-dentiste, à l'informer sur l'état de sa dentition et va s'assurer du maintien des dents dans un bon état de santé dentaire général.

Le rôle de l'hygiéniste dentaire va consister à appliquer et à coordonner les différentes mesures préventives ainsi que les traitements prescrits par le chirurgien-dentiste. L'hygiéniste dentaire va enseigner au patient les moyens à prendre pour favoriser une bonne santé bucco-dentaire, il va le guider, le motiver. Les soins d'hygiène dentaire font partie intégrante du plan de traitement global, et va conditionner ou non le succès du plan de traitement.[23]

Les interventions que va effectuer un hygiéniste dentaire sont de plusieurs ordres : de nature préventive, éducative et thérapeutique ; et vont se chevaucher entre elles. Les interventions préventives sont des mesures employées par le praticien ou par le patient pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire.

Par exemple l'application d'un agent topique pour prévenir l'apparition d'une carie dentaire constitue un moyen de prévention. Le but étant d'empêcher la manifestation d'une affection ou d'arrêter la progression d'une affection, et ainsi éviter l'apparition de lésions permanentes.

En matière d'intervention éducative, les stratégies mises en œuvre, sont conçues pour favoriser l'adoption de bonnes habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire. En effet, il est important que le patient comprenne chaque procédé utilisé et ainsi applique les mesures quotidiennes d'hygiène bucco-dentaire.

Enfin les interventions thérapeutiques font partie des traitements visant à lutter contre les affections bucco-dentaires.

L'hygiéniste collabore au quotidien avec le dentiste, et c'est par cet échange bilatéral qu'il vise à maintenir et à promouvoir une bonne santé bucco-dentaire.

L'importance et la grande utilité du rôle de l'hygiéniste sont notables. L'hygiéniste s'est déjà bien implanté dans les pays voisins, à quand la création d'une formation d'hygiéniste dentaire en France ?

2.5.2 L'assistante dentaire

Dans une activité courante, le dentiste travaille la plupart du temps avec une assistante dentaire. Celle-ci va venir travailler en tandem pour assurer une plus grande efficacité pendant le soin. Elle exerce son activité sous la responsabilité du praticien dans le cabinet dentaire.

L'assistante dentaire va être chargée de nombreuses tâches, de la stérilisation des instruments, d'accueillir les patients, de préparer les dossiers médicaux et administratifs, mais également d'assister le chirurgien-dentiste lors des actes thérapeutiques.[6]

L'assistante dentaire est donc une aide opératoire, assister au fauteuil est au cœur de son métier, elle doit optimiser l'efficacité du dentiste et anticiper tous les gestes. Lors de soins, elle va permettre d'effectuer les bons soins, et le plus rapidement possible.

Elle présente les instruments, prépare les matériaux dès que l'acte le nécessite, permet une bonne vision du site à soigner en écartant la joue ou les tissus mous, ce qui va permettre au chirurgien-dentiste de se focaliser sur le soin, et sur sa position de travail. [44]

Travailler à quatre mains est donc essentiel dans la pratique. Cela permet au chirurgien-dentiste de se consacrer uniquement à son exercice, sans perdre du temps à rechercher un instrument ou un matériel. La séance est plus rapide, ce qui est plus confortable pour le praticien et également pour le patient.

Lorsque des personnes handicapées sont soignées, celles-ci sont souvent accompagnées soit d'un proche ou d'un éducateur spécialisé. Il faut voir cette personne supplémentaire comme un bénéfice, celle-ci va aider à maintenir un contact visuel ou verbal avec la personne soignée, elle connaît très bien la personne soignée : ses réactions, ses attentes, ses peurs. Soigner une personne handicapée nécessite beaucoup d'énergie et le fait de travailler en équipe génère une force supérieure.

Il n'est pas bénéfique de travailler seul, mieux vaut travailler en équipe afin de se compléter. Les difficultés de prise en charge seront ainsi supportées par toute l'équipe soignante et non par le seul chirurgien-dentiste, un équilibre est ainsi trouvé.

Conclusion

L'ergothérapie, de par son approche pluridimensionnelle du handicap, peut jouer un rôle prédominant dans la prise en charge bucco-dentaire des patients. Le développement de nouvelles problématiques dans le domaine de la santé, le rapprochement entre l'action sanitaire et sociale et la reconnaissance de nouveaux besoins permettent d'envisager une action de plus en plus importante des ergothérapeutes dans la société : cette action est corrélée à l'augmentation de la participation des personnes handicapées à la vie courante, leur implication dans la lutte contre les discriminations. Les ergothérapeutes accompagnent ces évolutions et mettent leurs compétences au service des usagers. Les missions de l'ergothérapeute s'élargissent, et demandent à l'équipe soignante des savoirs et « savoirs faire » de plus en plus étendus.

Pour autant il faut noter qu'il n'y a pas de réelle formation proposée aux ergothérapeutes concernant la prise en charge bucco-dentaire, ni même pendant leurs études ou lors de leur formation continue. Les ergothérapeutes peuvent contribuer à l'amélioration bucco-dentaire des patients porteurs de handicaps, mais également à l'amélioration de la condition de travail des chirurgiens-dentistes en réalisant par exemple l'expertise de leur lieu de travail. La présente étude a montré à quel point une collaboration entre chirurgiens-dentistes et ergothérapeutes doit être envisagée, aussi bien dans le secteur libéral qu'hospitalier. Le Dr A.Panchoo en est un exemple : il a montré par son implication, aussi bien par son exercice hospitalier ou par ses actions dans les institutions spécialisées, qu'il était possible de soigner ce type de patients souvent exclus du système de soins, de façon relativement simple sans recours systématique à l'anesthésie générale. En utilisant des techniques novatrices, et le savoir-faire de chacun, il est possible d'adapter au mieux les outils et les techniques. La brosse à dents adaptée imaginée avec le Dr Panchoo, au brossage par un tiers, en est un exemple. Il est important pour les chirurgiens-dentistes, de continuer à s'allier avec d'autres professionnels de santé pour apporter une prise en charge bucco-dentaire la meilleure possible.

Références bibliographiques

- [1] Accessibilité des établissements recevant du public - Ministère de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Accessibilite-des-etablissements-.html>. Consulté le: 2016-02-28.
- [2] Andrzejewski, A. 2014. *Place du chirurgien-dentiste dans la prise en charge pluridisciplinaire de la personne en situation de handicap*. Université du droit et de la santé.
- [3] APF: pour une accessibilité universelle, Baromètre de l'accessibilité 2013: avis de tempête! <http://accessibilite-universelle.apf.asso.fr/index-43.html>. Consulté le: 2016-03-03.
- [4] Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute | Legifrance: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le: 2015-07-10.
- [5] Aubert, I. and Hercent, S. 2007. *De l'orthophonie auprès d'adultes: pourquoi faire, pour quoi faire ?*
- [6] Baillet, E. 2014. *Rôles de l'assistant(e) dentaire, dans la prise en charge de l'enfant en cabinet libéral*. Université du droit et de la santé.
- [7] Bogopolsky, S. and Hescot, P. 1995. *La brosse à dents ou l'histoire de la "mal aimée."* CdP.
- [8] Bouchaud, B. 2006. Le bain à balnéothérapie – Une approche globale du soin pour le malade en soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 2006 ; 5 (6): 319-327.
- [9] Caire, J.-M. and Collectif 2008. *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Solal.
- [10] Congrès polyhandicap et IMC 2015 - Fédération Hospitalière de France (FHF): <http://www.fhf.fr/Autonomie/Agenda-medico-social/Congres-polyhandicap-et-IMC-2015>. Consulté le: 2016-05-03.
- [11] Cornec, B. 2013. *Les personnes en situation de handicap et l'ergothérapie libérale en Bretagne*. Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes.
- [12] Cotec 04/052015. Summary of the occupational therapy profession in europe 2015. www.cotec-europe.org.
- [13] David Blanc 2013. *Astreinte musculosquelettique chez le chirurgien-dentiste: étude électromyographique et gonométrique*. Université Toulouse III-Paul Sabatier.
- [14] Dujardin, F. et al. 2009. Anatomie et physiologie de la marche, de la position assise et debout. *EMC - Appareil locomoteur*. 2009 ; 6 (5): 1-18.

- [15] Fava, L. and Strauss, K. 2010. Multi-sensory rooms: Comparing effects of the Snoezelen and the Stimulus Preference environment on the behavior of adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*. 2010 ; 31 (1):160-171.
- [16] Gedda, M. and Guillez, P. 2009. Ergothérapie et kinésithérapie : des complémentarités en évolution. *EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation*. 2009 ; 5 (2): 1-13.
- [17] Ginisty, J. 2002. Résultats de l'enquête relative aux maladies professionnelles des chirurgiens dentistes. *Bull Acad Natle Chir Dent*. 2002 ; 45 (4): 107-113.
- [18] Gonzalez, E.E. et al. 2013. Training caregivers: disabilities and dental hygiene. *International Journal of Dental Hygiene*. 2013 ; 11 (4): 293-297.
- [19] Hamonet, C. 2007. Contribution à l'histoire de l'Ergothérapie: Une pionnière québécoise : Jeannette Hutchison (1927-1974). *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*. 2007 ; 27 (4): 139-140.
- [20] Hennequin, M. et al. 2004. Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*. 2004 ; 25 (1): 1-11.
- [21] Hernandez, H. 2010. L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*. 2010 ; 30 (4): 194-197.
- [22] IRR: Institut régional de médecine physique et de réadaptation: <http://irr-nancy.fr/spip.php?article8>. Consulté le: 2016-03-01.
- [23] Janssen, J.A. and Lampiris, L.N. 2007. Disaster Response in Illinois: The Role for Dentists and Dental Hygienists. *Dental Clinics of North America*. 2007 ; 51 (4): 779–784.
- [24] Journal officiel *Décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé* | *Legifrance*.
- [25] Journée de santé publique dentaire and Val-de-Marne. Service de promotion de la santé bucco-dentaire 2009. *Les situations de handicap en santé bucco-dentaire: 9e journée de santé publique dentaire, Créteil, novembre 2009*. Conseil général du Val-de-Marne.
- [26] L Grange ; JN Dachicourt ; I Constanty ; JP Gatignol 2013. Utilisation et intérêts de la brosse à dents et son manche ergonomique INAVA SYSTEM® chez les personnes ayant des difficultés de préhension. *Revue du Rhumatisme*. 2013 ; 80 (1): 119–122.
- [27] L'ergothérapie: 2015. <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie>. Consulté le: 2015-06-30.
- [28] Les professions du paramédical - DRJSCS Nord-Pas-de-Calais: 2015. <http://www.nord-pas-de-calais.drjscs.gouv.fr/spip.php?article82>. Consulté le: 2015-06-30.

- [29] Limeres, J. et al. 2014. A new indicator of the oral hygiene habits of disabled persons: relevance of the carer's personal appearance and interest in oral health. *International Journal of Dental Hygiene*. 2014 ; 12 (2): 121–126.
- [30] Maisonneuve, C. 2008. Aide technique : plaidoyer pour l'ergothérapie libérale. *Kinésithérapie, la Revue*. 2008 ; 8(74) :3-4.
- [31] Mas de Thumeries Projet d'établissement 2013-2017 MAS de Thumeries.
- [32] Masson, M. and Bourgeois, M.-L. 2006. La médicalisation de l'intuition charitable : de saint Jean de Dieu à Philippe Pinel. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2006 ; 164 (3): 237–243.
- [33] Mercier, M. et al. 2005. Vers un nouveau paradigme de lecture des exclusions: application aux personnes handicapées. *Éthique & Santé*. 2005 ; 2 (3): 145–150.
- [34] Ministère de l'Éducation nationale, et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, A., G. et Robert, B. 2016. Guides: rentrée 2016, Secteur para-médical, Les écoles et préparations aux concours après le bac.
- [35] Morel-Bracq, M.-C. 2009. *Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux*. Groupe de Boeck.
- [36] Mouchel-Drillot, P. and Bancaud, F. 2009. *Handhygiène bucco-dentaire: guide pratique d'hygiène bucco-dentaire pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap*. Éditions Edilivre AParis, 2009.
- [37] Naouri, D. 2015. Recours aux soins des personnes en situation de handicap vivant en institution. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2015 ; 63 (2): 145-146.
- [38] Organigramme personnels- Maison d'accueil spécialisé savoie, Mas Bassens: 2015. <http://mas-bassens.fr/presentation/organigramme-personnels-mas-bassens>. Consulté le: 2015-09-01.
- [39] Panchoo, A. 2012. *La prise en charge de la santé bucco-dentaire de l'adulte polyhandicapé à la maison d'accueil spécialisée de Baisieux*. Université du droit et de la santé (Lille). Faculté de chirurgie dentaire.
- [40] Paris, S. 2014. Prendre soin avec le snoezelen. *Soins Gérontologie*. 2014 ; 19 (108): 26–28.
- [41] Personnes handicapées | UFSBD: 2015. <http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/personnes-handicapees/>. Consulté le: 2015-07-03.
- [42] Rapport de Pascal Jacob sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr: 2015. <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-pascal-jacob-sur-l-acces-aux-soins-et-a-la-sante-des-personnes-handicapees.html>. Consulté le: 2015-06-30.

- [43] Remondière, R. 2009. Historia del conocimiento y de la práctica de la kinesiología. *EMC - Kinesiología - Medicina Física*. 2009 ; 30 (1): 1–15.
- [44] Roig , Rousseau , Barthelemy , Beguin 2003. *Guide l'assistante dentaire: des principes fondamentaux au travail en salle de soins*.
- [45] Sage, M. et al. 2015. *Accessibilité des personnes en situation de handicap moteur au médecin généraliste*. Université Claude Bernard Lyon 1.
- [46] Une salle de bain adaptée au handicap | Leroy Merlin:
<http://www.leroymerlin.fr/v3/p/tous-les-contenus/une-salle-de-bain-adaptee-au-handicap-11401132176>. Consulté le: 2016-04-27.
- [47] Wirotius, J.-M. 2004. La notion de fonction en rééducation : en rééducation tout est fonctionnel. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*. 2004 ; 24 (4): 140–148.
- [48] 1986. *Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie*.

Table des illustrations

Listes des tableaux

Tableau 1 : L'ergothérapie en quelques dates [9].....	19
Tableau 2 : Les différents modèles ergothérapeutiques[9]	20
Tableau 3 : Récapitulatif de la formation [9].....	22
Tableau 4 : Tableau récapitulatif de tâches effectuées par chacun (Tableau personnel)	35
Tableau 5 : Résultats et analyses du baromètre de l'accessibilité 2013 [3].....	66

Listes des figures

Figure 1 : Bureau d'un ergothérapeute dans un Foyer d'Accueil Médicalisé.....	16
Figure 2 : Rééducation et gymnastique professionnelles [22]	17
Figure 3 : Création d'une première chaise roulante de Daniel Bovy vers 1850.....	18
Figure 4 : Atelier d'ergothérapie et atelier professionnel en 1954 (centre de Gondreville) (6).....	18
Figure 5 : Nombre d'ergothérapeutes selon les différents modes d'exercices [27] ...	23
Figure 6 : Nombres d'ergothérapeutes inscrits en libéral au fur et à mesure des années [27].....	24
Figure 7 : Évolution du nombre d'ergothérapeutes français au cours des années [27]	25
Figure 8 : Nombre de OT pour chaque pays selon les données 2015 de la COTEC[12].....	26
Figure 9 : Exemple d'organisation d'une structure spécialisée.....	32
Figure 10 : Schéma montrant le positionnement assis. [14].....	36
Figure 11 : Plastron et ceinture de contention	37
Figure 12 : Coussin ergonomique	37

Figure 13 : Chaise ayant été totalement adaptée pour un meilleur positionnement du patient lors de la prise des repas.....	38
Figure 14 : Sets antidérapants	39
Figure 15 : Assiette présentant un bord surélevé	39
Figure 16 : Couverts adaptés à la préhension du résident	40
Figure 17 : Cuillère avec manche thermo formé.....	40
Figure 18 : Bol présentant un rebord surélevé	41
Figure 19 : Exemple de verres adaptés, présentant des anses, un bec.....	41
Figure 20 : Un fauteuil escargot	42
Figure 21 : Tête adaptée au patient	42
Figure 22 : Matériel nécessaire lors de l'atelier	46
Figure 23 : Participants à un atelier.....	47
Figure 24 : Brosse à dents Inava.....	48
Figure 25 : Salle de bain aménagée [46].....	49
Figure 26 : Matériels de brosseage	51
Figure 27 : Exemple possible d'une caméra.....	55
Figure 28 : Tête de brosse à dents triface	55
Figure 29 : Schéma d'une tête adaptable.....	57
Figure 30 : Exemple d'un monte-charge ergonomique [22].....	58
Figure 31 : Coussin massant.....	60
Figure 32 : Espace snoezelen	61
Figure 33 : Balnéothérapie	61
Figure 34 : Schéma représentant un chirurgien-dentiste avec les zones de préhension les plus faciles	63

Annexe

1.5.3 : (p 29)

Destinataires : Les ergothérapeutes travaillant dans des structures spécialisées

Ce questionnaire va apporter une contribution dans l'élaboration d'une thèse et restera strictement confidentiel.

Adresse mail :

Date d'obtention du diplôme :

Lieu et établissement de formation :

Exercez-vous dans un établissement ou en libéral, et depuis combien de temps ?

Avez-vous déjà exercé dans un autre établissement, si oui lequel et combien de temps :

Dans votre établissement actuel, êtes-vous le seul ergothérapeute, si vous êtes plusieurs combien êtes-vous :

Pour communiquer avec vos collègues, comment faites-vous (cahier, dossier du patient)

Votre activité principale dans votre établissement, décrivez-la brièvement :

Avez-vous entendu parler de dispositifs, d'ateliers mis en place, dans des établissements, améliorant la prise en charge bucco-dentaire de vos patients (ex : adaptation d'une brosse à dents), si oui lesquels ?

Est-ce que vous avez des contacts réguliers avec des dentistes ? Quelle peut être selon vous la contribution à la prise en charge bucco-dentaire ?

Avez-vous déjà été sensibilisé par l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire, par qui :

Au niveau de la prise en charge bucco-dentaire des personnes dépendantes, une tierce personne brosse-t-elle les dents ? Si oui à quelle fréquence et quel est la fonction de cette personne ?

Remarques éventuelles :

Merci de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Evolution de l'ergothérapie et sa contribution à la prise en charge bucco-dentaire chez les patients en situation de handicap

JANSSENS Anne-Sophie.- p. (78) : ill. (39) ; réf. (48).

Domaines : Prévention et Handicap

Mots clés Rameau: ergothérapie, handicapés, soins dentaires

Mots clés FMeSH: ergothérapie, personnes handicapées, soins dentaires pour personnes handicapées

Mots clés libres : soins dentaires pour handicapés

Résumé de la thèse:

Depuis quelques années, l'évolution de la politique de santé en France montre l'impact de cette évolution sur la profession d'ergothérapeute. Les ergothérapeutes sont devenus au fil des années des alliés indispensables pour les personnes en situation de handicap, mais également pour le réseau de soignants. Ils sont des acteurs incontournables dans le processus de réadaptation de notre époque où les pouvoirs publics ont misé sur une approche pluridisciplinaire pour mieux prendre en charge le patient.

Soigner une personne souffrant de handicap peut être un objectif assez complexe pour un chirurgien-dentiste, il peut ne pas se sentir capable, et peut, par la suite, ne pas oser soigner.

Le Dr A.Panchoo, par son exercice spécifique faisant appel entre autres aux ergothérapeutes, a facilité la prise en charge des personnes en situation de handicap. Une collaboration ergothérapeutes-chirurgiens-dentistes serait bénéfique aussi bien pour la personne souffrant de handicap que pour le praticien lui-même. Grâce à la révolution numérique, les techniques et les outils de brossage peuvent être améliorés, et les ergothérapeutes peuvent les adapter à la dextérité de chacun. Le but de ce travail est de montrer l'intérêt pour les chirurgiens-dentistes, de collaborer avec tous les professionnels de santé et notamment les ergothérapeutes.

JURY :

Président : **Monsieur le Professeur E. DEVEAUX**

Assesseurs : **Madame le Professeur E. DELCOURT-DEBRUYNE**

Madame le Docteur C. OLEJNIK

Monsieur le Docteur A. PANCHOO