

**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 4 Juillet 2016

Par Clémence THELLIER

Née le 11 Décembre 1990 à Arras – France

**L'AIDANT ET LES DENTS**

**JURY**

Président : Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Assesseurs : Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME

Monsieur le Docteur Ajmal PANCHOO

Président de l'Université	:	X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P.M ROBERT
Doyen	:	Pr E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr E. BOCQUET, Dr L. NAWROCKI, Pr G. PENEL
Responsable 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, Biophysiques, Radiologie
<b>E. DELCOURT-DEBRUYNE</b>	Responsable de Sous-Section de <b>Parodontologie</b>
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie
	<b>Doyen de la Faculté</b>
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Biologiques</b>
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

<b>T. BECAVIN</b>	Responsable de la Sous-Section <b>d'Odontologie Conservatrice- Endodontie</b>
F. BOSCHIN	Parodontologie
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable de la Sous-Section <b>d'Orthopédie Dento-Faciale</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable de la Sous-Section <b>de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale</b>
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
<b>C. DELFOSSE</b>	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Responsable de la Sous-Section de Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
<b>J.M. LANGLOIS</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation</b>
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	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
<b>M. SAVIGNAT</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie</b>
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de <b>Prothèses</b>

### ***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.

**Aux membres du jury,**

**Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX**

**Professeur des Universités, Praticien Hospitalier des CSERD** (Sous –Section Odontologie Conservatrice – Endodontie) ;

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille 2 ;

Docteur en Chirurgie-Dentaire ;

Docteur en 3<sup>e</sup> cycle en Sciences Odontologiques ;

Docteur en Odontologie de l'Université Lille 2 ;

Habilité à Diriger des recherches ;

Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire ;

Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice et Endodontie ;

Personne Compétente en Radioprotection ;

Ancien Président de la Société Française d'Endodontie ;

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Je vous prie de trouver dans ce travail l'expression de ma considération distinguée.

**Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE** (Directrice de Thèse)

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD** (Sous-Section Parodontologie)

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en 3<sup>e</sup> 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

Merci d'avoir accepté de reprendre la direction de cette thèse.

Malgré un emploi du temps très chargé, vous m'avez accordé une partie de votre temps pour lire et corriger mon travail et je vous en remercie.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma profonde considération.

**Monsieur le Docteur Jérôme Vandomme**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**  
(Sous-section Prothèses)

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Master 2 Biologie Santé

Docteur en Biologie Cellulaire

Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Vous avez spontanément accepté de siéger dans ce jury de thèse et je vous en remercie.

Merci également pour la qualité des enseignements que vous m'avez dispensé durant ces années d'étude, tant en cours théoriques, qu'en travaux pratiques et en clinique.

Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus reconnaissants et respectueux.

**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 de m'avoir proposé ce sujet passionnant et de m'avoir consacré une partie de votre temps pour l'élaboration de cette thèse.

Je tiens particulièrement à vous remercier pour votre disponibilité, votre implication, votre aide et vos précieux conseils prodigués tout au long de la rédaction. J'espère que ce travail sera à la hauteur de votre enseignement.

Je ne peux être qu'admiration face à votre travail auprès des personnes handicapées.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon admiration.

**Je dédie cette thèse**



# **L'aidant et les dents**

## Table des matières

Introduction.....	15
1. L'aidant auprès de la personne en situation de handicap .....	16
1.1. Définition d'un aidant.....	16
1.2. Les différents types d'aidants.....	17
1.2.1. Les aidants professionnels .....	17
1.2.1.1. L'aide médico-psychologique (AMP) [52] .....	17
1.2.1.2. L'aide-soignant [6] .....	18
1.2.1.3. L'infirmier [29].....	19
1.2.1.4. Le psychiatre / le psychologue [60].....	19
1.2.1.5. Le médecin généraliste .....	19
1.2.1.6. Le psychomotricien.....	20
1.2.1.7. L'ergothérapeute [2, 18] .....	21
1.2.1.8. Le kinésithérapeute .....	22
1.2.1.9. L'orthophoniste .....	22
1.2.1.10. L'éducateur spécialisé .....	23
1.2.1.11. L'aide à domicile, auxiliaire de vie sociale .....	23
1.2.2. Les aidants familiaux .....	24
1.2.2.1. Qui sont les aidants familiaux ? .....	24
1.2.2.2. Statut juridique de l'aidant familial.....	25
1.2.2.3. Pourquoi être aidant ?.....	25
1.2.2.4. Quelle est l'aide apportée ? .....	26
1.2.2.5. L'impact de l'aide sur les aidants.....	28
1.2.2.5.1. L'impact sur les rapports familiaux .....	29
1.2.2.5.2. L'impact sur le quotidien et le monde du travail .....	30
1.2.2.5.3. L'impact sur la santé des aidants [53].....	31
1.2.3. Un aidant particulier : le chien .....	33
1.3. Journée type d'un aidant.....	33
1.3.1. Journée type d'un aidant professionnel .....	34
1.3.2. Journée type d'un aidant familial .....	37

1.3.3.	<b>Une aide spécifique : la réalisation de la toilette [34]</b> .....	42
2.	<b>Rôle de l'aidant dans la prise en charge bucco-dentaire</b> .....	44
2.1.	<b>L'acte de brossage</b> .....	44
2.1.1.	<b>Brosser les dents d'autrui</b> .....	44
2.1.2.	<b>Le matériel</b> .....	45
2.1.2.1.	<b>La brosse à dents : manuelle ou électrique</b> .....	45
2.1.2.2.	<b>Le dentifrice</b> .....	46
2.1.2.3.	<b>Les bains de bouche</b> .....	47
2.1.2.4.	<b>Le nettoyage inter-dentaire : le fil dentaire et les brossettes</b> 47	
2.1.3.	<b>Les gestes et postures à adopter [45]</b> .....	48
2.2.	<b>Rôle dans le suivi bucco-dentaire</b> .....	50
2.2.1.	<b>L'aidant professionnel : suivi en institution</b> .....	50
2.2.2.	<b>L'aidant familial : suivi quotidien à domicile</b> .....	51
2.3.	<b>L'aide à l'alimentation</b> .....	51
2.3.1.	<b>La déglutition chez la personne polyhandicapée</b> .....	51
2.3.2.	<b>Les différents types d'alimentation</b> .....	52
2.3.2.1.	<b>L'alimentation dite classique</b> .....	52
2.3.2.2.	<b>L'alimentation mixée</b> .....	52
2.3.2.3.	<b>L'alimentation entérale</b> .....	53
2.3.3.	<b>La posture de la personne aidée</b> .....	54
2.3.4.	<b>Le matériel adapté [19]</b> .....	54
2.3.5.	<b>Rôle de l'aidant lors des repas</b> .....	56
2.3.6.	<b>Conduite à tenir en cas de fausse route</b> .....	57
3.	<b>Le chirurgien-dentiste et l'aidant</b> .....	58
3.1.	<b>Relation patient-praticien modifiée</b> .....	58
3.2.	<b>Prise en charge au cabinet dentaire avec l'aidant</b> .....	60
3.3.	<b>Le chirurgien-dentiste « aidant professionnel »</b> .....	62
4.	<b>Propositions à l'aidant dans la prise en charge bucco-dentaire</b> .....	64
4.1.	<b>La formation</b> .....	64
4.1.1.	<b>Formation du personnel médical</b> .....	64

4.1.2.	Formation des aidants familiaux.....	65
4.1.2.1.	Les ateliers de brossage [49].....	65
4.1.2.2.	Détection des foyers infectieux [26].....	66
4.2.	Rôle du chirurgien-dentiste dans la manutention [59].....	67
4.3.	Un nouvel aidant : l'assistante dentaire .....	69
4.4.	Notion de bientraitance .....	69
4.5.	Quelques « aides » pour améliorer la prise en charge de la personne en situation de handicap .....	71
4.5.1.	Au cabinet dentaire .....	71
4.5.1.1.	Le fauteuil .....	71
4.5.1.2.	Les têtes .....	72
4.5.1.3.	Aspiration avec le système Venturi.....	73
4.5.1.4.	Le porte-malade.....	73
4.5.1.5.	Mise en confiance du patient.....	74
4.5.2.	A domicile ou en institution : une brosse à dents adaptée.....	75
4.5.3.	L'aidant référent dentaire au sein des institutions .....	76
4.5.4.	Proposition d'une brochure à l'intention des aidants .....	76
	Conclusion .....	81
	Table des illustrations .....	82
	Références bibliographiques .....	84

## Introduction

Les progrès constants de la médecine ont permis d'allonger l'espérance de vie ce qui a abouti à un vieillissement de la population. Avec celui-ci vient un nombre croissant de personnes atteintes de pathologies chroniques et de personnes dépendantes nécessitant une aide dans la réalisation de tâches de la vie quotidienne. Ainsi, le nombre d'aidants sera amené à augmenter dans les années à venir et cette notion d'aidant va prendre de plus en plus d'importance.

Les aidants, qu'ils soient professionnels ou familiaux, ne concernent pas seulement les personnes âgées dépendantes. En effet, ils interviennent également auprès de personnes à mobilité réduite et de personnes en situation de handicap.

C'est cette dernière situation qui va être développée tout au long de ce travail. Les difficultés de prise en charge de la personne polyhandicapée sont une réalité à présent reconnue. Que cela soit dû à des obstacles individuels, tels que la difficulté de communication, ou à des obstacles collectifs, tels que des structures médicales inadaptées, ces patients rencontrent de réelles difficultés à se faire soigner. Ces difficultés entraînent une prise en charge tardive, souvent pour cause de douleurs, en urgence et peut être source d'anxiété créant un obstacle supplémentaire à la réalisation des soins.

Dans la première partie les différents aidants qui interviennent auprès des personnes porteuses de handicap, ainsi que l'aide qui leur est apportée, seront décrits. Ensuite seront développés le rôle de l'aidant dans la prise en charge bucco-dentaire de l'aidé, ainsi que la relation entre l'aidant et le chirurgien-dentiste. Enfin, quelques aides seront exposées, pour améliorer la prise en charge de la personne en situation de handicap avec, notamment, l'élaboration d'une brochure simple et succincte à destination des aidants.

# 1. L'aidant auprès de la personne en situation de handicap

## 1.1. Définition d'un aidant

Le terme d'aidant désigne toute personne, professionnelle ou non, apportant de l'aide à une personne dépendante. Est considérée comme dépendante, toute personne ayant besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou ayant besoin d'une surveillance régulière (handicapé physique, mental, malade, personnes âgées...). [54]

Ainsi, les personnes dépendantes peuvent bénéficier d'une aide purement familiale, purement professionnelle ou d'une aide mixte alliant aide familiale et aide professionnelle.

En moyenne, environ deux personnes interviennent auprès des adultes handicapés vivant à domicile. 62% des adultes handicapés aidés le sont par un ou plusieurs aidants non professionnels, 25% par des professionnels et des membres de leur famille et 13% uniquement par des professionnels. Le recours à ces trois types d'aide (aide informelle, mixte et exclusivement professionnelle) varie en fonction du type de déficience que présente la personne aidée. [20]

***Tableau 1: Pourcentage de personnes handicapées concernées par chaque type d'aide possible***

Aide familiale	Aide professionnelle	Aide mixte
62%	13%	25%

## **1.2. Les différents types d'aidants**

### **1.2.1. Les aidants professionnels**

L'aidant professionnel dispense des actes de soins dans le cadre d'une profession normalisée comportant une rémunération, des savoirs et des règles. Les aidants professionnels peuvent intervenir auprès de personnes vivant en domicile ordinaire ou dans une structure spécialisée, dans le but de leur apporter l'aide nécessaire et de promouvoir au maximum leur autonomie. Ils regroupent des professionnels de champs variés : médical et paramédical (aides-soignants, infirmiers, médecins (généralistes, de médecine physique et de réadaptation, généticiens), kinésithérapeutes, diététiciens, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens), médico-social (aides médico-psychologiques, éducateurs spécialisés), social (assistantes sociales) et aide dans la vie quotidienne (aides ménagères, auxiliaires de vie). [6] Ci-dessous, quelques exemples d'aidants professionnels seront présentés.

#### **1.2.1.1. L'aide médico-psychologique (AMP) [52]**

L'AMP travaille au sein d'une équipe pluri-professionnelle. Il est sous la responsabilité d'un professionnel du social (éducateur, animateur) ou paramédical (infirmier, kinésithérapeute). L'AMP intervient dans l'accompagnement de proximité physique et psychique des personnes âgées et/ou handicapées au cours de leurs activités quotidiennes (aide au lever, au coucher, à l'habillage, aux repas, aux déplacements). Il participe activement au maintien des capacités cognitives de la personne (mémoire, langage verbal et non verbal, lien social).

Il peut ainsi aider une personne handicapée moteur à faire sa toilette, stimuler la mémoire d'une personne âgée ou encourager un enfant handicapé à s'exprimer. Il peut intervenir auprès d'enfants déficients mentaux, moteurs ou sensoriels lors d'activité d'éveil, d'activités de la vie quotidienne et des loisirs. A travers l'aide concrète qu'il apporte, l'AMP doit établir une relation de qualité pour répondre à l'isolement des personnes et essayer d'appréhender leurs besoins et leurs désirs afin de leur apporter une réponse adaptée.

Par les informations qu'il recueille et qu'il transmet aux autres professionnels avec lesquels il travaille, il joue un rôle pivot dans l'articulation des soins individualisés qui seront prodigués à la personne.

Pour être AMP, il faut détenir le Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique. La formation aboutissant à l'obtention de ce diplôme fait partie des cursus courts, qui se déroulent entre 12 et 24 mois. Elle se déroule en deux temps : une formation théorique avec des cours en institut de formation et des stages d'immersion sur le terrain.

#### **1.2.1.2. L'aide-soignant [6]**

L'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie. L'aide-soignant exerce sous la responsabilité de l'infirmier.

Pour se prévaloir du statut d'aide-soignant, il est nécessaire d'avoir le Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant. Il atteste des compétences requises pour exercer ce métier et s'obtient au bout d'une formation de 10 mois. Ce diplôme peut également être obtenu par la validation des acquis de l'expérience. Dans ce cas, il faut justifier des compétences professionnelles acquises dans l'exercice d'une activité salariée ou bénévole, en rapport direct avec le contenu du diplôme.

L'AMP et l'aide-soignant exercent des métiers qui relèvent à la fois du social et de la santé, et possèdent deux fonctions principales :

- une fonction de « nursing » : soins et aides nécessaires tels que l'aide au lever, coucher, la toilette, l'habillage, l'aide à l'alimentation,
- une fonction psychologique

### **1.2.1.3. L'infirmier [29]**

L'infirmier dispense des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Il intervient à de nombreux niveaux : aide matérielle et psychologique dans les actes quotidiens perturbés par la maladie (respiration, alimentation, hygiène), réalisation des prescriptions médicales (injections, pansements, distribution des traitements médicaux et respect des prescriptions médicales), éducation de la personne ou d'un groupe pour maintenir ou restaurer sa santé, organisation des soins et collaboration avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux. Il fait le lien entre les différents intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux, éducatifs et familiaux.

### **1.2.1.4. Le psychiatre / le psychologue [60]**

Le psychiatre diagnostique, traite et tente de prévenir les maladies mentales, les troubles psychiques et les désordres émotionnels.

Le psychiatre et le psychologue sont des membres à part entière d'équipes pluridisciplinaires, avec comme tâche essentielle celle de communiquer, et comme objectif spécifique celui de contribuer à la modification des comportements individuels et collectifs. Ce sont des spécialistes de la relation.

Le psychiatre et le psychologue interviennent aussi bien auprès des personnes handicapées que de leur famille.

### **1.2.1.5. Le médecin généraliste**

Le médecin généraliste prend en charge ses patients dans leur globalité (habitudes, hygiène de vie, antécédents). Il coordonne la prise en charge du patient (la coordination avec ses confrères spécialistes), assure la synthèse et permet la continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique. Polyvalent, le médecin généraliste accueille toutes sortes de patients (du bébé à la personne âgée) et traite des pathologies variées. Au-delà de l'action ponctuelle, le médecin généraliste est souvent l'interlocuteur médical qui a la vision la plus complète du patient, ce qui permet un suivi efficace et

coordonné. Il traite souvent toute la famille, il connaît bien ses patients et leur environnement (hygiène de vie, habitudes ou antécédents familiaux) ce qui l'aide à comprendre leurs maux. [42]

#### **1.2.1.6. Le psychomotricien**

Le psychomotricien est un professionnel de santé au même titre que les kinésithérapeutes, les orthophonistes et les ergothérapeutes. Il exerce sa profession auprès d'enfants et d'adultes qui présentent des difficultés d'adaptation à cause d'une intégration perceptivo-motrice perturbée. Le psychomotricien s'adresse à une population de différents âges de la vie pour des actions de dépistage, de diagnostic, de prévention, d'accompagnement et de rééducation. Il tente d'apporter, par des mises en situation et des apprentissages spécifiques, une rééducation du déficit ou une disparition même du trouble neuro-développemental visé. A défaut, il aide à la compensation et à l'intégration du sujet en prenant compte de ses déficits. [31]

La rééducation ou thérapie psychomotrice est un des moyens qui permettent de restaurer l'adaptation de l'individu au milieu par le biais d'apprentissages psycho-perceptivo-moteurs. Elle étudie à la fois les mécanismes perceptifs, c'est-à-dire comment et avec quelle efficacité le sujet extrait du milieu les informations pertinentes pour la réalisation de son projet moteur et, par ailleurs, le comportement moteur lui-même et ses caractéristiques. [31]

Le psychomotricien considère le patient dans sa globalité : la psychomotricité considère que les fonctions motrices et l'état psychique, affectif et relationnel sont en lien et ont des effets l'un sur l'autre. Le psychomotricien prend donc en compte ses capacités corporelles, son état psychique, ses émotions, son rapport à l'environnement et sa vie quotidienne. Il est donc amené à échanger avec toutes les personnes présentes dans sa vie (AMP, aides-soignants, famille et autres membres du corps médical et paramédical). [55]

La psychomotricité s'exerce sur prescription médicale et concerne [55] :

- toute personne présentant des troubles tonico-émotionnels : instabilité, nervosité, agressivité ou au contraire, inhibition, passivité, lenteur,

- tout enfant en retard dans ses acquisitions psychomotrices : marche, propreté,
- toute personne en difficulté d'apprentissage,
- toute personne stressée, déprimée, ayant des difficultés d'adaptation personnelle ou professionnelle,
- toute personne mal latéralisée, perdue dans le temps et l'espace,
- toute personne maladroite, dyspraxique,
- toute personne présentant des difficultés d'adaptation liées à un handicap moteur ou mental,
- toute personne âgée préoccupée par la réduction de son autonomie.

En se basant sur les envies et les capacités de chacun, le psychomotricien propose un espace dans lequel la personne polyhandicapée peut ressentir le plaisir de se mouvoir, de se détendre, de jouer et de communiquer. Les attentes du psychomotricien, en lien avec celles de l'entourage, sont d'accompagner la personne pour laquelle retrouve une certaine autonomie et qu'elle ait des moments de détente et de bien-être. Les séances de psychomotricité peuvent être réalisées de façon individuelle ou en groupe pour favoriser les échanges. [37]

#### **1.2.1.7. L'ergothérapeute [2, 18]**

Le but de l'ergothérapie est de favoriser le maintien ou l'accession au maximum d'autonomie des individus en situation de handicap et ceci dans leur environnement.

L'ergothérapeute intervient à plusieurs niveaux :

- il rééduque l'individu afin d'améliorer les fonctions déficitaires et de favoriser la restructuration globale de la personnalité,
- il réadapte l'individu afin de développer les capacités résiduelles d'adaptation, de compensation, en tenant compte des éléments matériels et humains liés à son milieu habituel,
- il conseille l'individu en difficulté et son entourage et propose des solutions pratiques pour favoriser l'intégration de la personne et un environnement accessible au plus grand nombre.

Grâce à ses techniques de rééducation qui passent par des activités artistiques ou manuelles, l'ergothérapeute aide les personnes souffrant d'un handicap à retrouver l'autonomie nécessaire à leur vie quotidienne, professionnelle et familiale. Il examine les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie et se penche sur les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent la capacité d'agir du patient. L'ergothérapie prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.

C'est dans le cadre d'une relation thérapeutique et par l'intermédiaire d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages que l'ergothérapeute intervient. Il guidera le patient vers l'identification de ses difficultés, la récupération optimale de ses capacités fonctionnelles physiques et psychiques, l'adaptation à ses limites et à son potentiel, ainsi que vers le réinvestissement de ses activités et rôles sociaux antérieurs. Il peut ainsi permettre de prévenir un problème ou d'en réduire les effets. L'ergothérapeute participe ainsi aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie.

#### **1.2.1.8. Le kinésithérapeute**

La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. [32]

#### **1.2.1.9. L'orthophoniste**

L'article L.4341 du Code de la Santé publique définit cette profession comme suit : « Est considérée comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui exécute des actes de rééducation consistant un traitement des anomalies de nature pathologique de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin ». [12]

L'orthophonie consiste [30] :

- à prévenir, évaluer et traiter les déficiences et troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les déficiences associées à la compréhension du langage oral et écrit, à sa réalisation et à son expression,
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter et de suppléer ces fonctions.

#### **1.2.1.10. L'éducateur spécialisé**

L'éducateur spécialisé concourt au soutien d'adultes présentant des déficiences physiques, psychiques ou des troubles du comportement, aide les personnes en difficulté à restaurer leur autonomie et développer des actions de prévention. [6]

L'éducateur spécialisé accompagne des personnes en difficulté dans le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion. Il intervient dans une démarche éthique qui contribue à créer des conditions pour que les personnes avec lesquelles il travaille soient considérées dans leurs droits, aient les moyens d'être acteurs de leur développement et soient soutenues dans le renforcement des liens sociaux et des solidarités dans leur milieu de vie. [21]

#### **1.2.1.11. L'aide à domicile, auxiliaire de vie sociale**

L'aide à domicile, l'auxiliaire de vie, l'assistant de vie, l'aide-ménagère, la garde à domicile... interviennent au domicile, auprès de personnes handicapées, enfants ou adultes, chez les personnes âgées. Ils sont formés à écouter, à conseiller, ils ont un rôle dans la vie sociale de l'aidé et ils assurent l'entretien du linge et du cadre de vie. [54]

Le but principal de l'aide à domicile et de l'auxiliaire de vie est d'accompagner la personne en situation de handicap dans sa vie quotidienne et cela en fonction de

son invalidité. Elles ont pour mission de veiller au bien-être des personnes dans le besoin, en leur apportant leur soutien à la fois moral, par l'écoute et la présence, et pratique, en l'assistant dans ses tâches administratives, ses travaux ménagers et/ou domestiques. Il est nécessaire d'accompagner la personne dans sa vie quotidienne et de l'aider dans les tâches journalières pour lui permettre d'avoir une bonne qualité de vie tout en restant à domicile : l'auxiliaire de vie sociale améliore le quotidien et stimule l'autonomie des personnes qu'elles visitent. Les activités que peuvent réaliser les aides à domicile et les auxiliaires de vie sont nombreuses et variées : la préparation et la prise des repas, le lever, le coucher, l'aide à la toilette (comprenant le brossage dentaire) et à l'habillage, les promenades, les tâches ménagères, la communication, l'aide aux déplacements. Ainsi, l'aide à domicile permet le maintien d'une vie sociale et combat l'isolement de la personne en situation de handicap. [39, 57]

### **1.2.2. Les aidants familiaux**

La Confédération des Organisations Familiales et l'Union Européenne (COFACE Handicap) a formulé une définition de l'aidant familial qui est la suivante : « L'aidant familial est la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Elle peut prendre plusieurs formes : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance / veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques... ». [9]

#### **1.2.2.1. Qui sont les aidants familiaux ?**

L'aidant familial, aussi appelé aidant proche ou aidant naturel, est le plus souvent un membre de la famille (le conjoint ou l'ascendant le plus souvent). Quelques fois c'est un voisin ou un ami. [20]

L'enquête réalisée par la fondation d'entreprise Novartis/BVA en 2010 estime que les aidants naturels seraient entre 3,3 et 3,7 millions en France. Ils seraient 46%

à exercer une activité professionnelle, 60% seraient des femmes et globalement les aidants seraient plus âgés que le reste de la population. [50]

Dans plus de la moitié des cas, lorsque l'aidant familial est le conjoint, il s'agit de femmes âgées de 47 ans en moyenne, et lorsque l'aidant est un ascendant il s'agit presque toujours de femmes âgées en moyenne de 63 ans. [20]

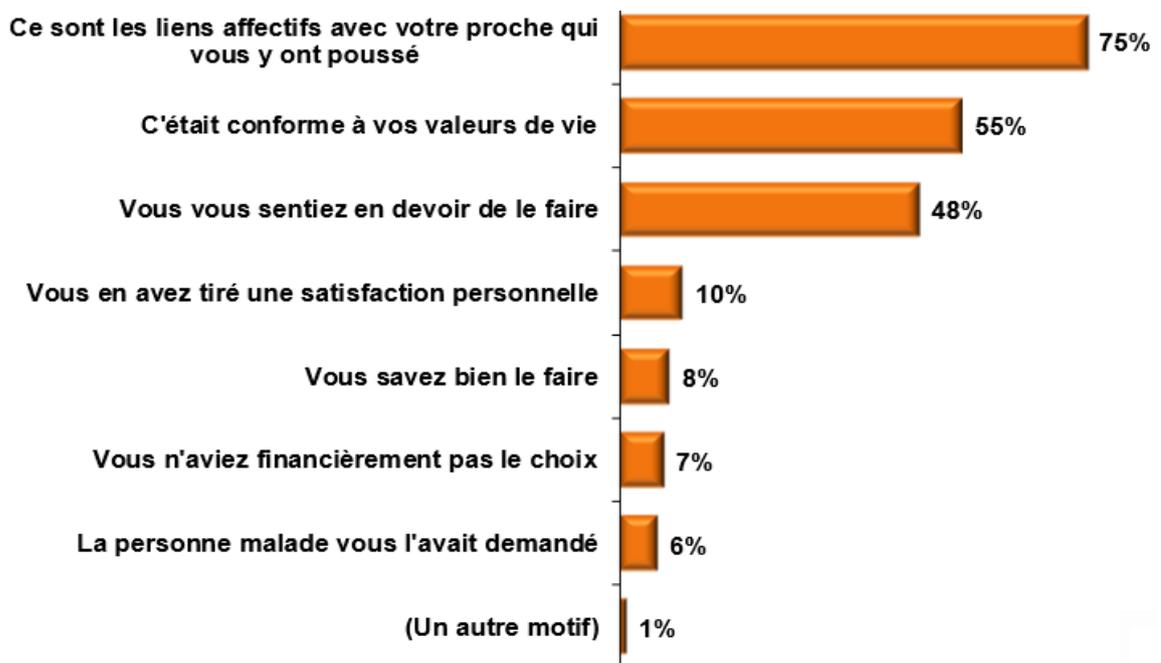
### **1.2.2.2. Statut juridique de l'aidant familial**

Le Code d'Action Sociale et des Familles dans l'article R245-7 reconnaît un statut à l'aidant familial de la personne handicapée. « Est considéré comme un aidant familial [...], le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du bénéficiaire, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine [...] et qui n'est pas salarié pour cette aide ». [10]

L'article L1111-6-1 du Code de la Santé Publique évoque également le recours possible à un aidant naturel pour une personne présentant une déficience motrice des membres supérieurs. Il est également stipulé dans la loi française que la personne handicapée et les personnes désignées « reçoivent préalablement de la part d'un professionnel de santé, une éducation et un apprentissage adaptés leur permettant d'acquérir les connaissances et la capacité nécessaires à la pratique de chacun des gestes pour la personne handicapée concernée ». [11]

### **1.2.2.3. Pourquoi être aidant ?**

Les motivations de la grande majorité des aidants familiaux sont dues à des liens affectifs ou conformes à leurs valeurs de vie. La moitié des aidants se sent en devoir de le faire. [50]



Total supérieur à 100% car plusieurs réponses possibles

**Figure 1 : Motivations initiales à l'aide familiale [50]**

#### 1.2.2.4. Quelle est l'aide apportée ?

L'OMS dans son rapport de 2000 définit les soins prodigués comme « l'ensemble des activités entreprises par les aidants non professionnels (famille, amis et/ou voisins) et/ou professionnels (services sanitaires et sociaux) pour qu'une personne qui n'est plus entièrement autonome puisse conserver la meilleure qualité de vie possible, selon ses préférences individuelles, avec le plus haut degré possible d'indépendance, d'autonomie, de participation, d'épanouissement personnel et de dignité humaine ». [47]

L'aide apportée par les aidants familiaux en France relève, pour la quasi-totalité d'entre eux, d'un soutien moral et d'une surveillance. Beaucoup apportent également leur soutien pour la gestion domestique, financière et administrative. 40% aident pour les soins et la prise de médicaments. [50]

L'aide apportée évolue au fil du temps : les tâches effectuées peuvent changer (aide au ménage, courses, repas, hygiène, soutien psychologique, démarches administratives, coordination entre professionnels), de ponctuelle l'aide

peut devenir permanente. L'activité de l'aidant familial peut être exercée au domicile de la personne aidée ou à son propre domicile. [54]

L'aide apportée varie en fonction de plusieurs facteurs :

- selon le type de déficience que présente la personne handicapée aidée (tableau 2),
- selon le type d'aide que reçoit la personne aidée (mixte, informelle, professionnelle) (tableau 3),
- selon le lien qui unit l'aidant et la personne aidée. En effet, s'il s'agit du conjoint ou d'un ami par exemple, l'aide apportée ne sera pas la même.

Dans les tableaux présentés ci-dessous, les activités telles que la toilette, l'habillage, les repas... sont regroupées sous le terme « soins personnels ».

***Tableau 2 : Pourcentage de personnes handicapées, aidées à domicile, concernées par chacune des activités en fonction de la déficience présentée. [20]***

	adultes handicapés présentant au moins une déficience motrice	adultes handicapés présentant au moins une déficience, retard ou perte des fonctions intellectuelles supérieures	ensemble des adultes handicapés aidés
faire les tâches ménagères	87	70	72
faire les courses	77	70	65
gérer le budget, s'occuper des papiers et des démarches administratives	44	76	59
défense des droits et intérêts	29	59	41
aller voir le médecin, s'occuper des problèmes de santé	57	61	50
sortir du logement	47	44	38
soins personnels	52	38	44
assurer une présence, une compagnie	48	46	43

**Tableau 3 : Pourcentage des personnes handicapées, aidées à domicile, concernées par chacune des activités en fonction du type d'aide dont elles bénéficient. [20]**

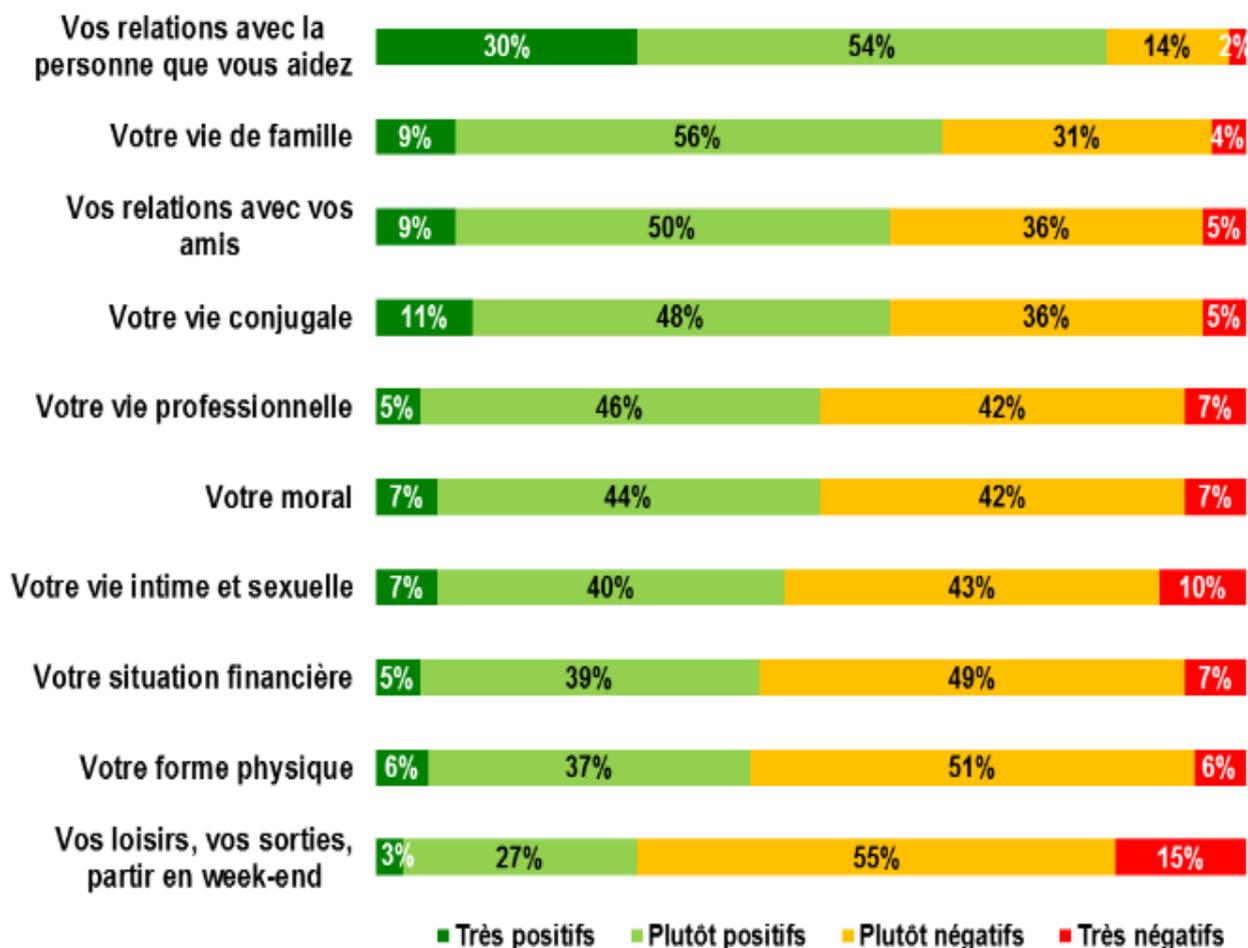
	<b>aide mixte*</b>	<b>aide formelle</b>	<b>aide informelle</b>
faire les tâches ménagères	76	38	79
faire les courses	71	16	73
gérer le budget, s'occuper des papiers et des démarches administratives	66	71	53
défense des droits et intérêts	29	69	40
aller voir le médecin, s'occuper des problèmes de santé	61	15	54
sortir du logement	55	6	39
soins personnels	61	11	45
assurer une présence, une compagnie	40	7	52

### **1.2.2.5. L'impact de l'aide sur les aidants**

Selon l'enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels, en France, 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus aident de façon régulière et à domicile un ou plusieurs de leurs proches pour raison de santé ou d'un handicap. Néanmoins, la charge réelle que cette aide représente est encore mal connue et prise en compte par les pouvoirs publics en matière de prévention, de soutien et de droits sociaux.

La prise en charge d'une personne en perte d'autonomie est très lourde et il arrive que l'aidant familial oublie de s'occuper de lui-même. Il s'épuise physiquement et psychologiquement. [54]

Le rôle de l'aidant peut être vécu comme une tâche que l'on ne peut que difficilement déléguer. 54% des aidants préfèrent s'occuper eux-mêmes de la coordination des soins et de la vie de leur proche plutôt que de les confier à un professionnel [50]. Une telle implication pour le bien-être d'autrui a inévitablement des conséquences sur son propre bien-être. Cependant, contrairement à ce qu'on peut penser, ces conséquences ne sont pas toutes négatives : l'aide a également des conséquences positives sur la vie de l'aidant.



**Figure 2 : Influence de l'aide sur l'aidant** [50]

#### 1.2.2.5.1. L'impact sur les rapports familiaux

Accompagner un proche en incapacité n'est pas toujours un rôle facile à assumer. Que l'on se soit investi par amour ou par devoir, ou encore que l'on ait été assigné à cette tâche par les autres membres de la famille, pour des raisons de proximité géographique ou de supposées disponibilités, devenir aidant peut parfois bouleverser l'équilibre familial. [36]

Dans le cadre d'un enfant qui est l'aidant d'un de ses parents dépendant par exemple, il n'est pas rare d'observer une inversion des liens de parentés. En effet, l'aidant peut alors avoir le sentiment de devenir le parent de ses propres parents.

Dans le cadre de parents dont un de leurs enfants est polyhandicapé, une mobilisation excessive des parents autour de cet enfant risque d'entraîner des carences graves dans la fratrie.

Entre liens forts, sentiments de culpabilité, colère et épuisement, les relations avec l'entourage peuvent se compliquer et des conflits peuvent surgir. C'est alors que peut intervenir la médiation familiale. Elle permet de prévenir ou de dénouer, au sein des familles, les tensions liées à la dépendance d'un proche.

La médiation présente un réel intérêt dans la gestion des relations intergénérationnelles pour restaurer la communication, apaiser les tensions et préserver les liens entre les membres de la famille. Elle est particulièrement appropriée en cas de [36] :

- difficultés de communication entre l'aidant et la personne en difficulté de vie,
- désaccords dans la fratrie (suite à des prises de décisions difficiles comme la mise sous tutelle ou une modification du lieu de vie),
- tensions dans le couple du fait de l'impact de l'aide apportée à un proche.

#### **1.2.2.5.2. L'impact sur le quotidien et le monde du travail**

Devenir aidant entraîne des changements de mode de vie : il faut gérer son temps différemment afin d'intégrer l'aidé dans le rythme quotidien ce qui peut notamment impliquer l'arrêt éventuel de certains loisirs pour libérer du temps pour cette personne ou encore aménager ses horaires de travail.

L'impact de l'aide sur le monde du travail est indéniable : l'aidant est souvent amené à aménager son temps de travail. Les aménagements les plus utilisés sont [50] :

- la flexibilité des horaires,
- l'arrangement avec les collègues,
- le renoncement à des opportunités de carrière,
- le passage à temps partiel,
- la retraite anticipée,
- le recours au télétravail,

Lorsqu'une personne devient aidant d'un proche, il peut être difficile pour elle de se détacher de ce rôle, même quand elle n'est pas aux côtés de ce proche : 33% des aidants déclarent se soucier en permanence de leur proche. La situation d'aidant n'est pas vécue de la même manière lorsque l'aidant principal est l'ascendant ou le conjoint de la personne handicapée aidée. Les ascendants déclarent plus souvent que les conjoints que leur rôle d'aidant entrave leur liberté de sortir, et qu'il a des conséquences négatives sur leur bien-être. [20]

Même s'il est nécessaire de modifier son rythme de vie pour y intégrer le rôle d'aidant, il est impératif de s'autoriser du temps pour soi. Concernant les loisirs, il est important d'en conserver quelques-uns, que ce soit des loisirs exercés seul (l'éloignement temporaire permettant de se ressourcer mais aussi de mieux se retrouver) ou que ce soit des loisirs effectués avec l'être aidé permettant ainsi de ne pas avoir avec ce dernier une relation uniquement centrée sur la maladie. Les loisirs, ainsi que les vacances, permettent à l'aidant mais également à la personne aidée de se ressourcer et ainsi mieux vivre le quotidien. [40]

#### **1.2.2.5.3. L'impact sur la santé des aidants [53]**

La fatigue morale et l'anxiété / le stress sont les principales conséquences associées au rôle d'aidant.

Bien que l'aide prenne une place importante dans la vie de l'aidant, ce dernier doit garder à l'esprit que s'il ne prend pas soin de lui, il ne pourra pas prendre soin de son proche. Nombreux sont les aidants négligeant progressivement leur santé, alors qu'ils sont soumis à des risques accrus : stress, repas déséquilibrés, sentiment de culpabilité, épuisement.

Insomnie, nervosité, fatigue, maux de tête sont autant de signes qui doivent alerter sur l'état de santé de la personne qui accompagne un proche dépendant. Il est facile de s'oublier lorsqu'on prend soin d'un proche. On s'inquiète de la santé de l'autre sans penser qu'on doit aussi faire attention à la sienne. En effet, l'étude Ifop pour Malakoff Médéric de Mars 2008 révèle que 62% des aidants familiaux prennent plus soin de la santé de la personne aidée que de la leur.

Aider une personne dépendante peut représenter un risque important de dégradation de la santé chez l'aidant dû :

- à une pression mentale et émotionnelle importante,
- aux fortes exigences physiques que nécessite l'aide aux soins quotidiens.

Les aidants souffrent de symptômes importants à prendre en compte rapidement :

- frustration, épuisement, sentiment de perdre sa propre identité, l'estime de soi,
- manifestations dépressives de 40 à 70% supérieures par rapport à des personnes n'ayant pas de rôle d'aidant. Il s'en suit une consommation de psychotropes (somnifères, tranquillisants) beaucoup plus importante : 26% avouent prendre des médicaments.

Les aidants ont aussi besoin d'être aidés et la prévention passe avant tout par un accompagnement adapté de l'aidant :

- évaluation des besoins d'aide de l'aidant et élaboration d'un plan d'accompagnement personnalisé,
- formation des aidants à leur rôle,
- aide au répit,
- soutien psychologique, participation à des groupes de parole.

C'est la mise à disposition de l'information nécessaire et de la formation des aidants qui assurera la prévention de l'épuisement qu'engendre la grande dépendance.

Malgré toutes les répercussions de l'aide sur les aidants, ces derniers font face à leur situation et souhaitent continuer leur mission. Il semblerait, d'après les résultats du panel national des aidants, que la vision du monde extérieur sur les aidants soit plus pessimiste qu'elle ne l'est réellement. [50]

### **1.2.3. Un aidant particulier : le chien**

La notion d'aidant fait, tout naturellement, d'abord penser aux êtres humains mais il ne faut pas oublier que les animaux constituent également une présence importante auprès de la personne handicapée. Le chien représente à la fois une aide pratique et une présence affective. Lors d'un handicap visuel, les chiens d'aveugle jouent un rôle primordial dans le maintien de l'autonomie de la personne. Mais les chiens n'interviennent pas uniquement auprès des personnes malvoyantes.

Les chiens peuvent également être éduqués pour devenir chiens d'assistance pour handicapés. A côté des mesures d'aménagement de l'environnement et des aides techniques, le chien d'assistance peut jouer un rôle important dans la réinsertion de la personne handicapée : l'éducation de ces chiens vise à améliorer le confort des déplacements du handicapé et à instaurer une aide efficace dans la vie de ce dernier. Dans ce cas, les chiens portent un petit sac à dos bleu et jaune marqué du sigle ANECAH (Association Nationale d'Education de Chiens d'Assistante pour Handicapés) et accompagnent des handicapés moteurs. [7]

Cependant, tous les handicapés moteurs ne peuvent pas avoir recours à cette aide animale : il est nécessaire que la personne handicapée ait un bras suffisamment valide pour tenir le chien en laisse et prendre les objets qu'il rapporte, il faut aussi qu'elle puisse le caresser pour le féliciter, le remercier ou tout simplement pour conforter le lien affectif. S'il n'est pas nécessaire d'avoir une élocution parfaite, il faut cependant que le chien comprenne les ordres qui lui sont donnés, ce qui exige de bonnes intonations. [7]

### **1.3. Journée type d'un aidant**

Dans le cadre de ce travail, un questionnaire pour les aidants professionnels mais également un questionnaire pour les aidants familiaux ont été établis, afin de connaître l'importance qu'ils accordent à la santé bucco-dentaire ainsi que les techniques qu'ils emploient. Ces questionnaires permettent de comparer les données recueillies dans la littérature avec la réalité de la situation.

Afin de préserver l'anonymat des personnes qui ont été rencontrées, seuls des prénoms seront utilisés et auront préalablement été modifiés.

### **1.3.1. Journée type d'un aidant professionnel**

#### ***Lucie, Monitrice-Educatrice dans un centre d'accueil temporaire de jour.***

*Dans le centre, la journée type c'est l'accueil le matin, puis nous avons des ateliers dans la matinée jusqu'au temps de repas le midi. L'après-midi nous faisons d'autres ateliers puis il y a une permanence du soir. Les axes de travail sont assez diversifiés. Notre première mission est l'aide et le répit à l'aidant à raison de 2 jours par semaine ce qui représente 45 semaines dans l'année. Ces 2 jours par semaine permettent aux aidants soit de maintenir une activité professionnelle soit de se ressourcer. Je ne me considère pas vraiment comme un aidant. Je dirais plutôt que je suis complémentaire à la famille.*

*Dès l'ouverture du service Handicap Adulte à la faculté dentaire, nous avons mis en place un projet bucco-dentaire dans le centre d'accueil. Je souhaitais trouver une réponse au constat que j'avais fait au service : il y avait une restriction alimentaire chez certaines personnes, pour d'autres un tri était fait dans les assiettes. Nous avons fini par comprendre que la personne n'arrive pas à tout mâcher soit à cause d'une mauvaise dentition soit à cause d'une douleur due à des soins non réalisés. Nous avons alors commencé à travailler la prévention dentaire, déjà pour constater l'état de santé de la personne et pour passer le relai à l'aidant afin de permettre un suivi au niveau des soins.*

*Il y avait aussi l'aspect des dents sales qui empêchaient certaines personnes, au niveau social, de s'intégrer au groupe. C'était désagréable de parler avec elles ou de les regarder. Pour travailler le lien social, il a fallu passer par l'hygiène bucco-dentaire et l'apprentissage du brossage.*

*Excepté dans le cadre de la prévention, nous ne brossons pas les dents des résidents mais chacun connaît les lieux et les moments pendant lesquels il peut le faire. Mais il est complexe de transposer le brossage de la maison à l'extérieur.*

*Je ne sais pas vraiment reconnaître les pathologies buccales. J'arriverais à voir si c'est rouge ou pas. Mais dans tous les cas j'orienterais la personne vers son*

*médecin traitant afin qu'il voit si ce n'est pas autre chose qu'un problème dentaire et afin qu'il puisse réorienter vers le bon praticien. Si un résident nous fait part d'une douleur dentaire, nous en informons la famille : il est parfois plus facile pour les résidents de nous en parler plutôt que d'en parler à leurs proches qui, eux, représentent le vecteur jusqu'au dentiste. C'est notre questionnement suite à un changement de comportement qui va nous permettre par élimination d'arriver jusqu'aux dents.*

*Un bilan bucco-dentaire est réalisé une fois par an au service avec les nouveaux résidents. La famille est prévenue de l'action de prévention pour obtenir leur accord et, à la fin de l'atelier de brossage, on communique les résultats du bilan avec une liste de praticiens susceptibles de pouvoir les recevoir.*

### ***Elodie, AMP dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)***

*Une journée type consiste en une aide à la toilette, une aide aux repas, un accompagnement aux activités, une aide aux changes puis une aide au coucher. Je ne me considère pas comme un aidant mais comme une personne qui accompagne dans les gestes quotidiens de la vie.*

*Je considère que l'hygiène bucco-dentaire fait partie de l'hygiène quotidienne. Je brosse les dents des résidents 3 fois par jour : le matin, le midi et le soir après le repas. J'utilise une brosse à dents manuelle ou électrique mais aussi des bains de bouche. J'adapte le choix du type de brosse à dents (manuelle ou électrique) en fonction du résident. La réalisation du brossage est parfois compliquée car certains résidents ne l'acceptent pas et ne me laisse pas faire.*

*Ma formation initiale ne comprenait pas de formation au brossage dentaire des personnes dépendantes. J'applique donc chez les résidents les mêmes techniques que j'utilise pour mon propre brossage.*

*Je ne réalise pas de contrôle de la cavité buccale des résidents, je ne saurais pas reconnaître une carie, une inflammation gingivale ou une infection dentaire. Je ne saurais pas non plus détecter une douleur d'origine dentaire.*

### **Marion, AMP dans une MAS**

*Je réalise les actions de nursing, d'aide aux repas et d'aide aux activités. Je me considère comme un aidant professionnel et j'accorde une grande importance à l'hygiène bucco-dentaire bien que celle-ci soit compliquée à réaliser avec notre public.*

*Je réalise le brossage dentaire des résidents le matin pendant la toilette. J'utilise une brosse à dents manuelle et des bâtonnets imbibés de solution bucco-dentaire.*

*Je n'ai pas été formée à la réalisation du brossage dentaire des personnes dépendantes. La principale difficulté à laquelle je suis confrontée lors du brossage est le refus : les résidents maintiennent leur bouche fermée et vu l'hypertonie fréquente chez eux il est alors impossible d'introduire la brosse à dents pour réaliser le brossage. Certains bougent aussi beaucoup ce qui complique d'autant plus la réalisation du brossage.*

*Je ne réalise pas de contrôle régulier de la cavité buccale des résidents. Celui-ci est réalisé chez le dentiste car les résidents ont un suivi régulier chez ce dernier.*

*Je sais reconnaître une carie, une inflammation gingivale et une infection dentaire. Par contre il m'est parfois difficile de déterminer l'origine dentaire de la douleur : les résidents n'expriment pas d'eux même l'origine de leur douleur.*

### **Caroline, Aide-Soignante de nuit dans une MAS**

*Lors d'une journée type, je veille au sommeil des résidents, je surveille leur état de santé et je réalise des changes lorsque cela est nécessaire. Je me considère comme un aidant professionnel car j'interviens auprès de personnes qui ne savent pas alerter eux même leur entourage en cas de problème.*

*Vu que je travaille de nuit, je ne brosse pas les dents des résidents, je ne réalise pas non plus de contrôle de l'état de leur cavité buccale : ce sont les IDE qui le font. Cependant je saurais reconnaître une douleur dentaire chez un résident avec les pleurs, les gémissements émis et les changements de comportements. Si j'étais amenée à contrôler l'état bucco-dentaire des résidents, je saurais reconnaître une carie dentaire, une inflammation gingivale et une infection dentaire.*

### **1.3.2. Journée type d'un aidant familial**

#### **Marie, 60 ans, aidant familial pour sa fille de 34 ans**

*Je suis devenue tout naturellement aidant lors de la naissance de ma fille il y a 34 ans, on ne peut pas décharger notre responsabilité sur quelqu'un d'autre. Elle est aujourd'hui en foyer occupationnel la semaine et je la récupère le weekend.*

*Je suis secrétaire à plein temps dans un service d'accueil temporaire de jour pour les personnes handicapées depuis 12 ans. Mais tant que ma fille était à la maison, je travaillais à mi-temps. Ce n'est que depuis ses 18/19 ans qu'elle est en foyer.*

*Avant d'être en foyer occupationnel, ma fille était en Institut Médico-Educatif (IME), je la déposais le matin et la récupérais le soir. A l'époque je m'occupais d'elle tous les soirs, les vendredi après-midi et les weekends. J'essayais de la sociabiliser le plus possible, elle fait de la danse depuis plus de 20 ans, j'organisais des sorties avec des jeunes de son âge. Elle est allée dans certains centres sociaux mais c'est difficile de la faire accepter, notamment au centre aéré. Lorsqu'elle était jeune c'était plus facile, mais vers 8/9 ans le handicap est devenu plus visible.*

*L'aide que je lui apporte est constante lorsqu'elle est avec moi. Elle ne sait ni lire ni écrire, elle a besoin d'aide pour tout ce qui est hygiène (toilette, brossage dentaire), je lui prépare ses repas... Pour le quotidien, il faut tout lui faire.*

*Lors de la naissance de ma fille et du diagnostic du handicap je n'ai reçu aucune formation au rôle d'aidant. Je fais comme si elle avait 3/4 ans. Même si ça peut paraître bizarre pour certains, je continue de lui faire sa toilette sinon ça ne serait pas fait.*

*L'aide a eu un impact sur ma vie. Tant qu'elle était à la maison au quotidien, j'ai arrêté le sport, j'ai arrêté de faire énormément de choses. J'ai mis ma vie entre parenthèse parce que l'aider prend énormément de temps et parce qu'il n'y a personne d'autre qui le ferait à ma place. Par contre son père, lui, a continué ses loisirs. Ça a également eu un impact sur mon sommeil car elle ne dormait pas. Tant qu'on est jeune ça va mais après avec l'âge ça devient fatiguant, mais j'ai toujours refusé d'avoir recours aux médicaments.*

*L'hygiène bucco-dentaire a tout de suite fait partie de la routine quotidienne de la toilette. Brossage 2 fois par jour avec une brosse à dents électrique. On a commencé*

*le brossage dès l'apparition des premières dents. Elle se brosse les dents d'abord seule et je repasse derrière. Je n'ai pas de difficultés à lui broser les dents, elle se laisse faire.*

*Le suivi chez le dentiste a commencé à l'âge de 8 ans. Les soins dentaires sont très difficiles car elle a peur de la blouse blanche. Nous avons toujours dû le faire sous anesthésie générale (une à 8 ans et une à 21 ans), ensuite nous sommes passés par Handident. Nous avons essayé l'Atarax qui l'a énervée plus qu'autre chose et elle a refusé le MEOPA.*

*Ma fille me prévient dès qu'il y a quelque chose qui la gêne dans sa bouche mais elle est résistante à la douleur. Comme elle ouvre bien la bouche lors du brossage, je vérifie régulièrement si tout est normal. Je sais reconnaître une carie, une gencive enflammée et un abcès.*

### **Sophie, 49 ans, aidant familial pour sa fille de 22 ans**

*Je suis devenue aidant lorsque nous avons appris que notre fille était handicapée. Nous ne l'avons pas su immédiatement, le diagnostic a été posé au moment où elle était scolarisée : fin de maternelle, début de CP (retard de langage, problème graphique, incapable de lire).*

*Je travaille dans la communication, la réalisation de photos pour des catalogues de prêt à porter ; profession que j'exerce à temps partiel depuis un an car je sors d'un cancer mais d'ici peu je serais aidant à temps plein. Avant ma maladie, je travaillais à plein temps.*

*Je suis bien entourée pour prendre soin de ma fille, son père est très impliqué. Ce n'est que depuis que je travaille à temps partiel que je m'en occupe plus, avant c'était 50/50. Les grands parents interviennent aussi régulièrement, notamment au début quand mon mari et moi travaillions à temps plein et que notre fille était en école spécialisée. L'école se terminait à 16h et il n'y avait pas de garderie. Mais les grands-parents vieillissent, ils ont leurs propres problèmes de santé donc ça commence à devenir problématique.*

*L'aide que j'apporte à ma fille est variée. Il s'agit essentiellement de stimulation par de jeux, des activités de lectures (pour l'écriture c'est beaucoup plus compliqué),*

*aide aux repas, de la sociabilisation dans des associations. Elle n'a pas vraiment besoin d'aide pour la toilette mais il fait tout de même rester à proximité notamment pour l'hygiène dentaire.*

*Ma fille est très active, elle ne tient pas en place et ne s'arrête jamais de parler donc dès que je suis avec elle, c'est toute mon attention qui est requise. Je n'ai reçu aucune formation au rôle d'aidant. Nous sommes complètement lâchés dans la nature, même au niveau scolaire, seul un triplement de CP nous a été proposé bien que ce ne soit pas la meilleure solution. C'est en parlant avec les autres parents, dans les associations, que nous apprenons le plus.*

*Mon rôle d'aidant n'a pas eu d'impact sur mes vacances. Nous allons au même endroit depuis que mes filles sont nées. En plus nous partons en famille avec les grands-parents et les cousins. Les voyages en avion sont beaucoup plus problématiques car source d'angoisses. Ce rôle d'aidant a par conte complètement modifié le rythme quotidien : elle n'a pas d'univers de rêve donc elle ne sait pas jouer toute seule et il faut constamment s'occuper d'elle.*

*Je me réserve quand même quelques moments de loisir, le plus souvent le soir pour que quelqu'un puisse prendre le relai, durant lesquels je fais du sport. Le fait d'être aidant de ma fille l'a « empêché de couper le cordon » : elle est accro à maman ! Le bon côté c'est qu'elle est très affective, je n'ai pas eu de crise d'adolescence, elle est très proche de nous ce qui peut être à la fois un avantage et un inconvénient. L'aide a entraîné une grande fatigue, elle demande beaucoup d'attention jour et nuit donc quand cela est possible, il faut savoir donner le relai. Mais je me refuse de prendre des médicaments.*

*Je viens actuellement de finir un traitement anti-cancéreux. Pendant cette période de traitement, c'est la famille qui a pris le relais. La journée elle était scolarisée et elle dormait chez mes beaux-parents pendant les 4 jours qui suivaient une séance de chimiothérapie. Je lui ai tout expliqué calmement pour ne pas lui engendrer un stress et je m'arrangeais pour qu'elle ne soit pas à la maison quand je n'allais pas bien.*

*L'aide est très contraignante, c'est un poids à porter. Le monde associatif est une aide qui nous allège. L'aide peut être ressentie comme un fardeau parce que nous allons vieillir, et nous nous demandons forcément ce qui se passera lorsque nous ne serons plus là. Nous ne voulons pas qu'elle soit un fardeau pour sa sœur. Nous*

*préparons donc tout en amont. Pour le moment j'arrive très bien à gérer ma situation d'aidant, c'est lourd mais il y a des cas bien plus lourds que ma fille. Nous sommes très solidaires dans la famille et cela nous fait tenir.*

*J'accorde une grande importance à l'hygiène bucco-dentaire. Lorsque ma fille se brosse les dents c'est souvent « vite fait, mal fait », même avec une brosse à dent électrique. Il faut la surveiller sinon la brosse à dents reste au même endroit pendant 3 minutes. Je reste à côté mais je ne réalise pas le brossage, je la fait recommencer s'il y a besoin. Elle se brosse les dents matin et soir.*

*Il m'est arrivé, au début, de réaliser de brossage dentaire de ma fille. C'était très compliqué, elle n'ouvre pas la bouche correctement, elle est pressée et veut s'en aller. Je n'avais reçu aucun conseil concernant le matériel ou la technique à employer pour broser les dents de ma fille. Je surveille régulièrement (quasiment tous les jours) l'état bucco-dentaire de ma fille car elle a des problèmes de gencives enflammées. Je saurais reconnaître une infection dentaire mais je ne saurais pas détecter une carie.*

*Elle a une suivi bucco-dentaire régulier (tous les 2/3 mois pendant le traitement orthodontique) car elle a eu de gros soucis dentaires : il a fallu lui extraire les dents temporaires pour permettre l'éruption des dents définitives puis elle a porté un appareil orthodontique. Les extractions ont été faites en ambulatoire, 2 dents à la fois. Ma fille était très stressée mais en lui expliquant chaque geste avant de les réaliser, le dentiste a pu faire les extractions.*

**Anne, 58 ans, aidant pour sa sœur de 59 ans.**

*Au départ c'est surtout ma mère qui s'occupait de ma sœur, puis j'ai pris le relai au décès de mes parents. Etant célibataire, j'ai toujours été présente dans la vie quotidienne, même du vivant de mes parents, mais j'avais mon propre appartement. Pendant une période j'ai donc soigné mes parents et ma sœur. Je suis l'aidant principal de ma sœur depuis le décès de mes parents en 2009. Depuis, elle vit avec moi. Elle va dans un centre d'accueil temporaire de jour 2 fois par semaine.*

*Au début je ne voulais pas accepter de devenir l'aidant principal de ma sœur mais il y a eu une notion d'obligation : j'ai trouvé qu'il était normal que ce soit à moi que*

*revienne cette responsabilité, mes autres frères et sœurs sont mariés, ils ont des enfants, une vie famille. Aujourd'hui j'ose dire que c'est par obligation que je m'occupe de ma sœur. Bien-sûr je l'aime et au jour d'aujourd'hui je ne souhaite pas la mettre en institut mais un jour, lorsqu'il le faudra, je le ferai. Au début on ne veut pas avouer qu'il y a une part d'obligation.*

*Je suis aide-soignante, je ne fais pas un temps plein, je travaille à 80%. J'ai diminué mon rythme de travail pour m'occuper de mes parents en 2005. Lorsque je travaille, mes frères et sœurs prennent le relai. Ce sont surtout mes sœurs et mes belles-sœurs qui aident. Lorsque je prendrai ma retraite, je continuerai à laisser ma sœur chez eux une fois par semaine pour me libérer du temps.*

*L'aide au j'apporte consiste essentiellement en une aide pour la toilette, pour l'habillage et des soins de confort. Elle ne peut jamais être seule, il faut constamment la surveiller. Je n'ai pas reçu de formation au rôle d'aidant, c'est en grandissant et en voyant faire mes parents que j'ai appris à le faire moi-même.*

*Avant je faisais beaucoup de sport, mais j'ai dû l'arrêter pour m'occuper de mes parents. J'essaie tout de même de trouver un équilibre autrement et de m'accorder du temps pour moi, même si ce n'est pas toujours évident. Ma sœur est très possessive, elle me prend toute mon énergie car elle a constamment besoin d'être au centre de l'attention. Mon rôle d'aidant a engendré un certain stress et une réduction de mon sommeil. Je n'ai jamais beaucoup dormi, mais de 6h de sommeil récupérateur avant d'être aidant je suis passée à 4h de sommeil.*

*Pour ce qui est de l'hygiène bucco-dentaire, au début je lui faisais juste faire des bains de bouche, surtout quand je sentais qu'elle avait une mauvaise haleine. Puis au centre d'accueil temporaire de jour, on m'a proposé de rencontrer un dentiste et depuis elle se brosse les dents une fois par jour avec une brosse à dents souple. Elle le fait seule et je la guide. A présent ça fait partie de sa routine. Depuis la mise en place du brossage nous avons arrêté le bain de bouche : elle a des difficultés à comprendre le principe et elle finit souvent par l'avaler.*

*Lorsqu'elle a une douleur dentaire, elle l'exprime. Je saurais détecter une carie, une inflammation gingivale, une infection dentaire mais je ne regarde pas dans la bouche de ma sœur.*

### 1.3.3. Une aide spécifique : la réalisation de la toilette [34]

La toilette a plusieurs objectifs : garantir une hygiène corporelle, assurer le bien-être physique et moral de la personne mais elle permet également de prévenir les infections en appliquant les notions d'hygiène de base et les précautions standards.



La réalisation de la toilette peut se faire de plusieurs façons : toilette au lit, au lavabo, au fauteuil, à la douche, sur une table de lavage. Le choix se fera en fonction du degré d'autonomie du patient, de son état psychologique et des prescriptions médicales. Quel que soit le lieu de la toilette, il faut respecter le principe du plus propre au plus sale, il faut être attentif aux demandes de la personne (apparence, esthétique) et l'installer de façon confortable et sûre.

***Figure 3 : Photo d'une table de lavage (photo personnelle)***

Lorsque la personne est autonome, il suffit de lui proposer le matériel nécessaire à sa toilette et de la laisser faire.

Lorsque la personne n'est que partiellement autonome, il faut mettre en place une installation et une technique adaptées dans un environnement sécurisé. La personne aura alors besoin d'être encadrée lors de sa toilette sans qu'il soit nécessaire à l'aidant de la réaliser lui-même.

Pour ce qui est de la toilette de la personne entièrement dépendante, elle se fait le plus souvent au lit. Il faut alors respecter un protocole :

- mettre un tablier à usage unique,
- renouveler l'eau de la cuvette aussi souvent que nécessaire,
- effectuer la toilette dans un ordre respectant le confort, la dignité et la sécurité :

- la toilette du visage, des membres supérieurs, le thorax l'abdomen et le dos,
- puis les membres inférieurs, les organes génitaux et le siège,
- savonner, rincer et sécher soigneusement en tapotant,
- changer systématiquement de gant de toilette après un temps dit contaminant (toilette du siège par exemple),
- insister sur les endroits riches en prolifération bactérienne : oreilles, coudes, aisselles, plis cutanés, ombilic, pieds,
- aider la personne à s'habiller et à s'installer confortablement.

Au cours ou à la fin de la toilette selon l'organisation, des soins sont à réaliser :

- soins des yeux et des oreilles,
- soins des mains, des ongles, rasage, coiffage,
- soins esthétiques : crème, eau de toilette, maquillage,
- hygiène bucco-dentaire : brossage dentaire, désinfection des prothèses dentaires.

## **2. Rôle de l'aidant dans la prise en charge bucco-dentaire**

### **2.1. L'acte de brossage**

#### **2.1.1. Brosser les dents d'autrui**

Les pathologies bucco-dentaires rencontrées chez les personnes en situation de handicap sont, sur le plan qualitatif, identiques à celles observées dans la population générale et peuvent être de nature infectieuse, traumatique ou fonctionnelle. En revanche, sur le plan quantitatif, il existe des inégalités entre les personnes en situation de handicap et la population générale. [25, 33]

En raison de leur déficience ou d'un manque d'apprentissage, les personnes polyhandicapées ne peuvent assumer seules leur hygiène bucco-dentaire de façon quotidienne et efficace. L'insuffisance dans le brossage des dents entraîne à plus ou moins long terme des caries, des maladies de gencive ou l'installation de foyers infectieux. Les conséquences d'un état bucco-dentaire altéré sur la santé générale et la qualité de vie sont aujourd'hui bien reconnues. Les pathologies bucco-dentaires constituent un facteur de comorbidités important en présence de pathologies cardiaques, broncho-pulmonaires ou de diabète. [23]

C'est pourquoi le brossage est le plus souvent réalisé par une tierce personne. Bien que le brossage soit un acte naturel lorsqu'on le fait sur soi, brosser les dents d'autrui ne l'est pas. De plus, si la technique de l'aidant n'est pas correcte pour son propre brossage, il est fort probable que le brossage réalisé chez la personne handicapée ne soit pas optimal. Les aidants s'impliquent à des degrés divers dans l'hygiène bucco-dentaire : depuis le simple rappel, la surveillance et la reprise fréquente, l'aide partielle jusqu'à l'aide totale.

Les aidants peuvent être confrontés à certains obstacles. Lors du brossage, les aidants doivent faire face à [45] :

- des problèmes d'ergonomie : les aidants prennent souvent une position inconfortable pour effectuer le brossage,

- un comportement d'opposition de la part de la personne soignée qui ressent le brossage comme une agression. De plus, en raison du mauvais état bucco-dentaire, le brossage peut s'avérer douloureux,
- des mouvements parfois incontrôlés, fermeture subite de la bouche, morsures,
- ouverture buccale faible, contraction des joues, des lèvres, de la langue,
- un manque de temps ou un oubli,
- une peur liée au risque de fausse route.

## 2.1.2. Le matériel

### 2.1.2.1. La brosse à dents : manuelle ou électrique

Le matériel utilisé pour l'hygiène bucco-dentaire doit être adapté à la situation de chaque patient : la brosse à dent manuelle sera privilégiée chez les patients dont la dextérité est suffisante pour l'obtention d'un brossage correct. La brosse à dents sera une brosse à dents souple munie d'une petite tête avec des poils de 15/100 mm. Une brosse à dent triface ou monotouffe pourra être utilisée pour les zones difficiles d'accès. [45]

Il existe une brosse manuelle ergonomique : INAVA SYSTEM® dont la prise en main est facile en raison du manche en mousse léger. Ce manche en mousse est réutilisable et adaptable à toutes les brosses à dents INAVA.



**Figure 4 : Brosse à dents INAVA SYSTEM® [28]**

Pour les patients ayant une moins bonne dextérité, on utilisera la brosse à dents électrique qui est plus facile d'utilisation. Elle permet ainsi aux personnes en situation de handicap de garder une certaine autonomie. Il faut néanmoins faire attention à la pression exercée sur la brosse à dents : en appuyant trop fort, le patient engendrera des blessures gingivales. Lorsque le brossage est effectué par un aidant, on évitera la brosse à dent électrique avec laquelle l'aidant a un moins bon ressenti de la pression exercée. Les nouveaux modèles de brosses à dents électriques possèdent à présent un capteur de pression indiquant par un signal lumineux rouge que la pression exercée est trop importante.

Le brossage dentaire doit être réalisé 2 à 3 fois par jour et la brosse à dents est à changer tous les 3 mois, mais l'observation de l'état des poils de la brosse à dents prime sur le temps d'utilisation : si la brosse à dents est usagée avant les 3 mois, il ne faut pas attendre pour la changer.

Pour les personnes ayant un handicap léger et réalisant le brossage de façon autonome, l'utilisation d'un révélateur de plaque permet d'aider à l'apprentissage de la technique de brossage. En effet, il permet de mettre en évidence la plaque dentaire et ainsi matérialiser son élimination lors du brossage.

#### **2.1.2.2. Le dentifrice**

L'utilisation de dentifrice est réservée aux patients capables de cracher. Dans ce cas, les dentifrices à la Chlorhexidine seront privilégiés. Ces derniers possèdent une action antibactérienne.

Pour faciliter l'entretien de l'autonomie des personnes à handicap léger, il est préférable de conseiller aux patients de ne pas humidifier la brosse à dents avant le brossage. En effet, en utilisant la brosse à dents sèche, le dentifrice mousse moins lors du brossage ce qui minimise le risque d'ingestion et donc de fausses routes. Si le patient refuse le brossage, l'utilisation d'une cale pour bloquer la mâchoire est toujours possible.

Lorsque le patient ne peut pas cracher, le dentifrice sera remplacé [45] :

- soit par des compresses stériles imbibées de bain de bouche à la Chlorhexidine : l'aidant enroulera alors la compresse autour de son

index afin de pouvoir nettoyer toutes les surfaces dentaires et les muqueuses (gencives, joues, lèvres, langue) jusqu'à disparition des débris alimentaires. Cette technique d'hygiène bucco-dentaire présente un risque important de morsure dont il faut tenir compte : des protèges-doigts pourront être utilisés.

- Soit par un dentifrice sans rinçage comme le dentifrice en stick (BIOTEETH®) qui nécessite ni rinçage à l'eau ni l'utilisation d'une brosse à dents.



**Figure 5 : Dentifrice en stick sans rinçage [5]**

### **2.1.2.3. Les bains de bouche**



Les bains de bouche sont utiles pour combattre la mauvaise haleine et lutter contre la formation de la plaque dentaire mais ils ne remplacent pas le brossage. Ils doivent être utilisés en complément du brossage. [45]

**Figure 6 : Exemple de bain de bouche [22]**

### **2.1.2.4. Le nettoyage inter-dentaire : le fil dentaire et les brossettes [45]**

Le fil dentaire est un moyen très efficace pour éliminer la plaque dentaire entre les dents, là où les filaments de la brosse à dents n'ont pas accès. Comme pour la



brosse à dents, il existe un fil dentaire électrique qui peut être utile pour les personnes handicapées qui ont une autonomie partielle. Cependant, mal utilisé il peut provoquer les blessures gingivales.

***Figure 7 : Exemple de fil dentaire*** [45]

Les brossettes inter-dentaires suppriment de manière efficace la plaque située dans les espaces inter-dentaires non accessibles à la brosse à dents. Il est primordial de bien choisir sa brossette (diamètre, manche, technique d'utilisation), sinon on risque la blessure gingivale.



***Figure 8 : Brossettes inter-dentaires avec différents manches*** [48]

### **2.1.3. Les gestes et postures à adopter** [45]

Face au manque de formation et d'informations reçues, les aidants sont parfois démunis lorsqu'il s'agit de réaliser le brossage dentaire de leur proche. Les quelques conseils qui vont suivre peuvent faciliter ce moment de la journée.

Le brossage dentaire, qu'il soit réalisé de façon autonome ou par l'aidant, doit être fait **devant un miroir**. Cela permet à la personne aidée soit de se voir soit de voir son proche réaliser le brossage et ainsi être actrice de son hygiène bucco-dentaire. Le brossage sera alors mieux accepté car le sentiment d'intrusion parfois ressenti sera limité.

Pour réaliser un brossage de bonne qualité, la position de l'aidant mais aussi de l'aidé est primordiale. Tout d'abord il faut être stable et être à son aise afin d'éviter tout problème de dos pouvant survenir par la récurrence d'une position inconfortable lors du brossage.

Dans le cas du brossage réalisé par l'aidant, ce dernier devra se tenir derrière la personne qu'il accompagne. Il faudra caler la bouche et réaliser des gestes calmes, tout en douceur pour que l'aidé ne se sente pas agressé. Lorsque la personne dépendante est alitée, le brossage se fera en position allongée, lors de la toilette.

Lors de ces soins, l'attitude de l'aidant variera en fonction du degré de handicap que présente la personne qu'il accompagne. Lorsque la personne est totalement dépendante, il reviendra à l'aidant de réaliser l'intégralité du brossage lui-même. Il faudra alors que l'aidant **verbalise ses actes** pour informer et sécuriser les interactions : il faut employer des mots simples, agir sans hâte, compléter les paroles par le regard et **solliciter la personne aidée** à réagir (« d'accord ? »). La verbalisation et la sollicitation permettent aussi à l'aidé d'être acteur de son brossage et lui permet d'anticiper les mouvements à suivre. Cela participe à la réduction des mouvements brusques qui peuvent parfois survenir. Cependant, lorsque la personne est partiellement dépendante ou autonome, l'aidant ne doit pas s'y substituer. Dans le cas d'une personne handicapée autonome, il suffira de lui donner la brosse à dent et le dentifrice et de lui expliquer la technique à adopter. Enfin dans le cas d'une personne partiellement autonome, il faudra la guider tout au long du brossage pour s'assurer que ce dernier soit optimal. Il sera parfois nécessaire de repasser derrière elle en identifiant les zones qui ont été oubliées. Il faut adapter l'accompagnement de façon individuelle.

Il faut que l'aidant **porte des gants** afin de se protéger en cas de saignement et pour pouvoir placer les doigts en bouche pour écarter la joue et avoir un meilleur champ de vision lors du brossage, ce qui permet d'éviter les blessures gingivales.

De petites astuces permettent d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Il suffit parfois de placer un gobelet contenant une brosse à dents et un tube de dentifrice devant le lavabo de façon visible pour

optimiser le rythme de brossage et éviter tout oubli. Le simple fait de prendre un dentifrice avec un goût différent peut également servir de déclic pour l'acceptation du brossage.



***Figure 9 : Photo d'un évier dans une Maison d'Accueil Spécialisée avec mise en évidence de la brosse à dents pour favoriser le brossage (photo personnelle)***

A la fin du brossage, il serait judicieux pour l'aidant de réaliser un contrôle visuel de la cavité buccale de l'aidé afin de signaler toute suspicion de problème gingival, caries, dent cassée ou autre. Ce contrôle régulier permettrait d'éviter la prise en charge tardive, en urgence lors de douleurs, des personnes en situation de handicap et limiterait ainsi leur appréhension des soins dentaires.

## **2.2. Rôle dans le suivi bucco-dentaire**

### **2.2.1. L'aidant professionnel : suivi en institution**

En institution, c'est toute une équipe qui est concernée par la santé des résidents. Tous les intervenants se réunissent en conseil pluridisciplinaire et dressent un bilan pour chaque résident, dialoguent, débattent sur la nécessité des traitements, sur les objectifs à atteindre.

Néanmoins, les rôles sont parfois mal répartis. Par exemple, les soins bucco-dentaires n'étant pas considérés comme des actes infirmiers, qui de l'infirmière ou de l'AMP prend en charge le brossage ? Ce sont souvent les aides-soignantes qui réalisent les soins d'hygiène et de confort, y compris le brossage dentaire. Malheureusement, un manque de formation du personnel à l'hygiène bucco-dentaire

est constaté. L'acte de brossage n'est pas inscrit dans la formation des aides-soignants et des AMP. [26]

Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, un bilan bucco-dentaire systématique à l'entrée des centres d'accueil ainsi qu'un suivi régulier (tous les 6 mois) doit être mis en place.

### **2.2.2. L'aidant familial : suivi quotidien à domicile**

Dans le cas de personnes à handicap léger, c'est à la famille que revient la surveillance de l'état bucco-dentaire. Mais la méconnaissance par l'entourage familial de l'importance des soins bucco-dentaires et de leurs répercussions sur la santé générale peut entraîner un laisser-aller. Il en résulte donc une dégradation de l'état bucco-dentaire. La personne en situation de handicap consultera alors le cabinet dentaire en urgence une fois que l'aidant aura déterminé la cause de la douleur.

## **2.3. L'aide à l'alimentation**

### **2.3.1. La déglutition chez la personne polyhandicapée**

Le sujet polyhandicapé, du fait de ses lésions cérébrales, organise mal ses fonctions sensori-motrices de l'alimentation. Les troubles de la déglutition peuvent concerner la mastication et la progression du bol alimentaire qui sont des mécanismes moteurs volontaires, de même que la déglutition qui est un mécanisme réflexe. Les lésions neurologiques gênent la remontée d'informations vers le cerveau ou le départ d'ordre de celui-ci en direction des muscles. [3]

La personne polyhandicapée est souvent incapable de mastiquer correctement. L'ouverture et la fermeture des mâchoires sont déprimées, les mouvements latéraux de la langue pour transporter ou maintenir les aliments entre les dents sont inefficaces ou impossibles. La bouche et les lèvres se ferment mal, la langue est jetée en dehors de la bouche, la tête en extension du tronc. Cette position n'est pas propice à une déglutition correcte. La progression du bol alimentaire est

toujours anormale : la langue exerce le plus souvent des mouvements vers l'avant et le bas (au lieu de l'arrière et le haut), les aliments ne sont pas collectés et la base de la langue n'exerce pas de pression sur le voile du palais nécessaire au réflexe de déglutition. [56]

Si cette boucle sensori-motrice est interrompue, toute déglutition est alors impossible et il faut recourir à une nutrition entérale par sonde d'alimentation assistée.

### **2.3.2. Les différents types d'alimentation**

Il existe trois types d'alimentation selon les capacités masticatoires et selon les troubles de la déglutition que présente la personne polyhandicapée.

#### **2.3.2.1. L'alimentation dite classique**

L'alimentation classique, « normale », nécessite une mastication importante. Il est alors nécessaire que la personne ait un suivi bucco-dentaire régulier afin de maintenir un quotient masticatoire suffisant pour conserver ce régime alimentaire.

#### **2.3.2.2. L'alimentation mixée**

Lorsque les fonctions masticatoires sont amoindries, il y a l'alimentation mixée. Elle convient aux personnes qui sont capables d'enchaîner un petit nombre de mouvements de mastication (moins de 5) mais dont la mobilité latérale de la langue effectue un travail de malaxation et « d'ensalivation » des aliments [59]. L'alimentation mixée présente deux inconvénients :

- c'est une alimentation très sucrée en raison des gélifiants utilisés, elle engendre donc un risque carieux plus important,
- c'est une alimentation plus liquide qui présente donc un risque de fausse route plus important.



**Figure 10** : Exemple d'alimentation mixée  
(photo personnelle)



**Figure 11** : Poudre épaississante  
(photo personnelle)

### **2.3.2.3. L'alimentation entérale**

Enfin, il y a l'alimentation entérale lorsque le patient ne peut plus s'alimenter par voie orale. L'apport nutritif se fait alors à l'aide d'une sonde introduite dans le tube digestif, les voies digestives hautes (bouche et œsophage) ne sont donc plus utilisées. Ce n'est pas pour autant qu'il faut en oublier la santé bucco-dentaire, bien au contraire. L'alimentation par voie non orale a des répercussions oro-faciales dont il faut tenir compte : modification de la flore microbienne buccale, hyposialie, diminution du pouvoir antioxydant de la salive, problèmes parodontaux, reflux gastro-œsophagien, lésions carieuses, pathologies traumatiques et halitose. [26]



***Figure 12 : Photo d'un patient nourri par sonde entérale (photo personnelle)***

### **2.3.3. La posture de la personne aidée**

La position de la tête lors de la prise alimentaire peut favoriser, améliorer ou aggraver la propulsion pharyngée et la protection laryngée. Par exemple, lorsque la tête est en extension, autrement dit lorsqu'on bascule la tête en arrière, on ne favorise pas la déglutition et les fausses routes sont moins efficacement évitées. A contrario, la position de la tête en flexion, lorsqu'on bascule la tête vers l'avant, est une excellente position de déglutition pharyngée et de protection laryngée. De même, une rotation de la tête lorsque celle-ci est droite améliore le passage du bol alimentaire. [43]

### **2.3.4. Le matériel adapté [19]**

L'utilisation de matériel adapté tel que les verres à bec, les couverts ergonomiques, les tables adaptées, est une mesure simple souvent efficace pour faciliter la prise du repas.



***Figure 13 : Photo d'une table adaptée (photo personnelle)***

- Il est préférable d'utiliser un verre à découpe nasale plutôt que le verre canard ou coucou qui favorise l'hyper-extension de la tête.
- La paille, éventuellement tronquée, sera utilisée en cas de problèmes moteurs ou pour faciliter la perméabilité labiale. Elle permet un meilleur contrôle de la quantité en bouche.
- L'assiette à rebord qui permet d'éviter les débordements des aliments lors de leur préhension par la personne handicapée.



***Figure 14 : Photo d'une assiette à rebord (photo personnelle)***

- Les ustensiles peuvent également être adaptés avec les ergothérapeutes : tapis antidérapant, couverts ergonomiques en modifiant les couverts standards avec des résines ou pâtes modelables pour faciliter la préhension.

### 2.3.5. Rôle de l'aidant lors des repas

Le rôle de l'aidant est également très important lors des repas [17] :

- il doit se placer au niveau du patient et non au-dessus, afin de ne pas l'obliger à lever le menton,
- il est important de ne pas distraire le patient durant le repas,
- il faut éviter de toucher les dents pour que le patient ne morde pas la cuillère,
- il faut donner de faibles quantités, aborder la bouche du patient par le bas,
- il est préférable de placer la nourriture au milieu de la bouche du patient sur le tiers avant de la langue, et pousser la langue vers le bas pour aider à son refoulement vers l'arrière de la bouche,
- il faut s'assurer que la cavité buccale du patient soit vide avant de lui offrir la bouchée suivante,
- à la fin du repas, il faudra nettoyer la bouche du patient qui devra ensuite rester assis pendant 20 minutes.



***Figure 15 : Photo d'un aidant au cours d'un repas (photo personnelle)***

### 2.3.6. Conduite à tenir en cas de fausse route

La prise en charge des fausses routes doit être pluridisciplinaire : médecins, infirmiers, aides-soignants, orthophoniste, kinésithérapeute, diététicienne [61]. Les objectifs principaux de cette prise en charge sont [56] :

- maintenir des apports nutritionnels suffisants,
- prévenir la survenue de complications, en particulier respiratoires,
- et promouvoir une qualité de vie optimale.

En cas de fausse route, il faut chercher, si cela est possible, à isoler la personne en situation de handicap et à dégager ses voies aériennes sans attendre en enlevant les prothèses dentaires s'il y en a, en dégagant la cavité buccale avec les doigts en crochets, en aspirant les voies aériennes en cas d'ingestion de liquides ou de sécrétions importantes. La fausse route se caractérisant par des difficultés respiratoires, une oxygénothérapie à 5L/min pourra être mise en place. En cas de troubles de la conscience ou de vomissement, une canule de Guedel sera mise en place et la personne sera placée en position latérale de sécurité. [61]

Lorsque le patient est conscient, les aliments obstruant les voies aériennes seront expulsés grâce à la réalisation de claques dorsales. Pour cela il faudra se positionner à côté du patient, mettre une main à plat sur la poitrine et pencher le tronc du patient vers l'avant. 5 fortes claques dorsales seront appliquées entre les omoplates. En cas d'échec, il faudra passer à la manœuvre de Heimlich qui consiste en une forte pression de bas vers le haut sur la région épigastrique afin de chasser l'air intra-thoracique et d'entraîner ainsi l'expulsion d'un corps étranger trachéal ou laryngé. Après cinq tentatives inefficaces, il faut refaire cinq claques dorsales. [61]



**Figure 16 : Manœuvre de Heimlich [56]**

### **3. Le chirurgien-dentiste et l'aidant**

#### **3.1. Relation patient-praticien modifiée**

Lors des soins dentaires, la personne en situation de handicap est toujours accompagnée d'un ou plusieurs aidants. Cet aidant accompagne la personne en situation de handicap dans sa vie quotidienne, dans le souci de lui apporter le meilleur bien-être possible. Sa volonté de bienfaisance fait de lui un élément clé facilitateur dans le maintien de la santé de cette personne. Son rôle est double. Il doit, souvent, tout en cherchant toujours à favoriser l'expression de l'autonomie de la personne qu'il accompagne, s'en faire le porte-voix. Dans la relation de soins, cette double mission de l'aidant auprès de la personne en situation de handicap ne peut s'exprimer qu'à condition que le professionnel de santé la lui reconnaisse et adapte sa pratique à cette situation particulière. [6]

La relation patient-praticien s'en trouve donc modifiée : en effet, ce n'est plus une relation à deux interlocuteurs (le patient et le dentiste) mais à trois interlocuteurs (le patient, le dentiste et l'aidant). Il paraît donc nécessaire que chaque interlocuteur reconnaisse la présence des deux autres pour que puisse se développer une relation de soins de qualité. Il est donc important pour le dentiste d'inclure l'aidant dans l'établissement du plan de traitement ainsi que dans la réalisation des soins. En effet, c'est cette troisième personne qui permettra notamment un meilleur ressenti lors des soins par le patient et un suivi de l'hygiène bucco-dentaire au quotidien. De plus, en raison de la relation existante entre l'aidant et l'aidé, ce troisième interlocuteur pourra nous aider à interpréter les expressions et le langage non verbal du patient afin de détecter la présence d'une douleur.

La loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et les chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, associe les parents à l'évaluation des besoins de leur enfant, à l'élaboration du projet de vie, aux décisions d'orientation pour lesquelles on doit espérer qu'ils puissent exercer un choix [41]. La mise en œuvre de ces obligations ne dépend pas seulement des lois et de la création des établissements correspondant aux besoins, mais aussi d'une évolution du regard posé par les professionnels sur les familles, la prise en compte de leur

importance pour leur enfant, même lorsqu'il est adulte, et de leurs capacités à être des partenaires actifs et adaptés pour le mieux-être de leur enfant.

Bien que la présence de l'aidant soit primordiale, il ne faut pas oublier lors de la première consultation d'évaluer les capacités du patient en termes de communication. En effet, si le patient arrive à communiquer seul, il faut lui laisser la parole et ne faire appel à l'aidant qu'en cas de nécessité.

Très souvent, les personnes polyhandicapées ne s'expriment pas verbalement ou de manière difficilement compréhensible. Cependant, même lorsque la communication n'est pas verbale, la personne polyhandicapée peut exprimer un refus, un acquiescement qui permet l'expression d'un choix qu'il convient de tenir compte lors des soins. L'expression non verbale peut revêtir différentes modalités. C'est alors qu'intervient l'aidant : l'affect qui unit l'aidant et l'aidé permet d'en connaître la signification. [4]

De plus, des supports peuvent être utilisés pour favoriser la communication entre le patient et le praticien sans l'intervention de l'aidant. Ces outils de communication permettent d'améliorer ou d'intégrer l'hygiène bucco-dentaire au quotidien et de faciliter la prise en charge au cabinet dentaire (pictogrammes, bandes son, bandes dessinées). On peut également faire appel à l'informatique pour favoriser la communication : le Programme Autisme et Santé Orale (PASO) a mis au point plusieurs outils de communication informatisés. Le site de SOHDEV propose une mallette pédagogique à l'intention des professionnels et la possibilité de téléchargement d'outils à l'intention des familles ; en 2015 a été créée l'application « Santé Orale SOHDEV » permettant l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire à l'aide d'images, de sons et de vidéos. L'utilisation des outils du PASO a permis de mettre en évidence [44] :

- une nette amélioration du brossage après leur utilisation,
- une amélioration de la fréquence de brossage : 1 fois par semaine ou jamais avant ; au moins une fois par jour après,
- une augmentation de la coopération de la personne au cabinet dentaire.

La pertinence de ces outils a permis d'améliorer l'hygiène buccodentaire au quotidien et de mieux préparer les visites chez le dentiste. L'association SOHDEV va encore plus loin en proposant des modules d'accompagnement à destination des aidants familiaux et des modules de formation à destination des professionnels.

### **3.2. Prise en charge au cabinet dentaire avec l'aidant**

La difficulté d'accès aux soins dentaires pour les personnes en situation de handicap est une réalité. En effet, les soins sont plus contraignants et font appel à une dentisterie spécifique qui demande beaucoup de temps et représente un coût plus élevé que dans la population générale. La pathologie du patient, et son historique médical, parfois conséquent, renforce l'anxiété au cabinet dentaire. Le patient est souvent non coopérant et s'oppose aux soins, et le chirurgien-dentiste éprouve des difficultés à établir un diagnostic de par la difficulté d'expression des sensations et de la douleur du patient. A l'heure actuelle, les soins sont souvent réalisés sous anesthésie générale.

Le chirurgien-dentiste doit connaître les capacités fonctionnelles du patient. Cela passe par un interrogatoire. Si le patient semble anxieux vis-à-vis des soins, le chirurgien-dentiste doit s'efforcer de le rassurer, de le distraire, d'expliquer les actes. On utilise la technique du « tell, show, do ». L'information passe par un langage adapté qui proscrit les termes inquiétants comme « mal », « piqûre ».

Un environnement calme favorise les soins. Il faut donc tenir compte des couleurs du cabinet, qui ne doivent pas être criardes, de la lumière (intensité, lumière chaude, lumière froide) ainsi que l'ambiance musicale du cabinet. Tous ces critères auront une influence sur le comportement du patient polyhandicapé.

La prise en charge d'un patient requiert une évaluation précise de la douleur. Cette douleur étant parfois difficile à évaluer, des échelles de douleur peuvent être employées (l'échelle numérique, l'échelle visuelle analogique, l'échelle des visages, l'échelle San Salvador et l'EDAAP (Echelle d'évaluation de l'expression de la Douleur chez l'Adolescent ou l'Adulte Polyhandicapé)). La douleur peut être

responsable de troubles du comportement tels que l'anxiété, le repli sur soi, l'opposition voire l'agressivité.

Lorsque la douleur est exprimée, sa caractérisation en termes d'intensité et de localisation peut être difficile pour l'entourage familial et professionnel. Les aidants interrogés dans l'étude Cumella et al (2000) rapportaient qu'il était difficile d'identifier un problème bucco-dentaire, et que face à l'inconfort de la personne dont ils s'occupaient, ils étaient obligés de procéder par élimination pour identifier le problème. L'incapacité à exprimer la douleur et/ou l'inaptitude de l'entourage à percevoir l'inconfort contribuent à retarder le diagnostic et la prise en charge, et à favoriser le développement de pathologies bucco-dentaires. [14]

Les personnes porteuses de handicap peuvent présenter les mêmes pathologies bucco-dentaires que la population générale mais aussi des pathologies bucco-dentaires en rapport avec leur handicap. Les pathologies dont la prévalence et la sévérité augmentent chez les personnes handicapées peuvent être infectieuses telles que les lésions parodontales et les caries [14], fonctionnelles avec des troubles associés de la ventilation, de la succion, de la déglutition, de la mastication et de la phonation [24], et traumatiques avec des usures et des automutilations [25]. Plusieurs études montrent que l'état de santé bucco-dentaire des personnes handicapées s'aggrave avec l'âge et devient, à l'adolescence, très nettement inférieur à celui de la population générale [58]. Il y aurait chez les enfants placés en milieu scolaire spécifique par rapport aux enfants d'âge équivalent en milieu scolaire ordinaire, quatre fois plus de risque de présenter un mauvais état bucco-dentaire et deux fois plus de besoins en soins. [25]

Le rôle de l'aidant est fondamental lors d'une consultation au cabinet dentaire [51] :

- l'aide au déplacement : accompagner la personne jusqu'au cabinet dentaire,
- aider au transfert éventuel du fauteuil roulant au fauteuil dentaire,
- expliquer au praticien les antécédents médicaux et les spécificités de la personne,

- rassurer la personne polyhandicapée, aussi bien avant que pendant la consultation,
- aider à la communication entre le patient et le praticien.

### **3.3. Le chirurgien-dentiste « aidant professionnel »**

Lors des soins, le praticien est souvent amené à travailler debout, avec le patient dans son fauteuil roulant ou dans son lit. Bien qu'il soit préférable de transférer la personne sur le fauteuil dentaire, cela n'est pas toujours possible et le soin se fait alors sur le fauteuil roulant. L'un des principaux risques professionnels du chirurgien-dentiste est le risque lié aux contraintes posturales : ce dernier est alors à risque de douleurs dorsales chroniques. Il faut donc faire très attention à la position de travail. Dans le cadre de la prise en charge des personnes polyhandicapées, ces contraintes posturales sont accentuées, d'autant plus lorsque les soins ne se font pas sur le fauteuil dentaire. Le praticien doit s'efforcer de garder le dos droit dans la mesure du possible. Certains fauteuils roulants possèdent un dossier inclinable, ou bien ils peuvent être surélevés ce qui facilite la réalisation des soins pour le praticien.

Il faut donc, dès la création du cabinet réfléchir à des moyens permettant de prévenir le praticien d'éventuelles séquelles liées à des positions de travail non conventionnelles : cabinet suffisamment spacieux pour accueillir les personnes en fauteuil roulant, un cart dentaire mobile ou encore la présence et l'aide d'une assistante dentaire. L'aide d'au moins une tierce personne est bien souvent indispensable pour prévenir les mouvements incontrôlés pouvant entraver la qualité de soin et maintenir une aspiration constante dans le but d'éviter les fausses routes lors de troubles de la déglutition. [26]

Pour les patients ayant des troubles de la déglutition, on adoptera une position verticale afin de limiter les réflexes nauséux et de diminuer le risque de fausse route. Il est également recommandé aux patients de positionner leur tête en légère flexion et de rentrer le menton. Cela permet de fermer les voies respiratoires afin de diriger la salive et l'eau vers l'œsophage. Cependant, le risque restant tout de même présent, le praticien doit savoir réaliser la manœuvre de Heimlich en cas de fausse route asphyxiante. L'utilisation d'une cale permettra d'éviter les morsures volontaires ou non qui sont parfois violentes chez certains patients.

Le praticien doit prendre le temps de délivrer une information claire, de réaliser une motivation à l'hygiène bucco-dentaire car les patients et leur entourage sont rarement conscients de leurs facteurs de risques.

Le praticien doit être capable de gérer et de prévenir toutes les complications liées aux traitements que ce soient des interactions médicamenteuses liées à ses prescriptions ou des complications en rapport avec ses soins.

Pour finir, il existe un autre moyen de détendre au mieux une personne en situation de handicap : la musique. Cette dernière peut être adaptée en fonction de chaque handicap.

## **4. Propositions à l'aidant dans la prise en charge bucco-dentaire**

### **4.1. La formation**

Les aidants, familiaux et professionnels, doivent prendre conscience de l'importance du brossage dentaire. La formation ne concerne pas exclusivement les aidants familiaux : l'absence ou la très faible formation sur le handicap et le polyhandicap est à déplorer dans la plupart des cursus qualifiants. Il faut donc l'instaurer ou l'approfondir à l'aide d'une formation continue qui doit être interdisciplinaire. La formation doit être inscrite même dans les institutions spécialisées et l'hygiène bucco-dentaire doit être intégrée à la toilette de la personne.

#### **4.1.1. Formation du personnel médical**

L'enquête PNIR de 2004 révèle que 86,6% des chirurgiens-dentistes n'ont pas reçu de formation sur les soins des patients à besoins spécifiques au cours de leur cursus. Or c'est bien cette approche si spécifique que demandent les patients qui rend plus complexes et plus techniques les actes de prévention et de soins au cabinet dentaire. Répondre à la demande de formation des praticiens semble être un point primordial concernant la promotion de la santé bucco-dentaire des personnes polyhandicapées. [27]

Pour les praticiens souhaitant se former à cette prise en charge spécifique, des associations existent afin d'assurer une formation théorique sur le sujet. Il y a notamment l'association Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS), qui cherche à promouvoir la continuité et la qualité des soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap. [38]

Les aidants professionnels à domicile et les aidants professionnels en structure médico-sociale doivent également recevoir une formation concernant l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire ainsi que les outils nécessaires à la bonne prise en charge de la personne polyhandicapée. L'intérêt de ces formations est dans un premier temps de les sensibiliser aux conséquences potentielles d'un mauvais

état bucco-dentaire sur la santé générale et ainsi permettre d'éviter les soins en urgence qui entraîne bien souvent une anxiété et un stress.

Il semble également judicieux d'intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans la formation initiale des aides-soignantes et des AMP par exemple. L'intervention d'un chirurgien-dentiste lors de cours permettrait de sensibiliser au plus tôt ces aidants professionnels à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire sur la santé générale. Ainsi sensibilisés, ces aidants intégreraient la pratique du brossage dans le rituel quotidien et limiteraient le risque de consultation en urgences lors de douleurs.

#### **4.1.2. Formation des aidants familiaux**

Des outils d'informations et de sensibilisation sont développés et diffusés comme par exemple le fascicule « Les dents, prévention et soins » de l'UNAPEI qui permet aux familles de mettre en place un protocole d'hygiène orale adaptée au handicap et à son évolution.

##### **4.1.2.1. Les ateliers de brossage [49]**

La mise en place d'ateliers de brossage est une solution pour former tous les aidants au brossage dentaire, et pour sensibiliser le patient à la santé bucco-dentaire. Ils nécessitent la présence de plusieurs catégories de professionnels (aides-soignants, infirmier, AMP, AME, diététiciens), des parents, des patients, d'un chirurgien-dentiste ou d'une personne formée. Un atelier comporte une partie théorique, expliquant la technique de brossage avec des aides visuelles (grande mâchoire, grande brosse à dents). Puis une seconde partie permet de mettre en pratique :

- les positions à adopter pour effectuer le brossage (par exemple pour une personne en fauteuil roulant, mieux vaut se place derrière le fauteuil),
- la technique, réalisée soit par l'aidant soit par le patient lui-même,
- la verbalisation, le geste doit s'accompagner d'explications et d'encouragements.

L'aidant doit porter des gants. L'atelier aura pour objectifs d'amener l'aidant ou le patient, s'il est autonome, à réaliser un brossage dentaire efficace, et à lui faire prendre conscience des risques engendrés par une absence de brossage. Le travail sera transdisciplinaire, avec un ergothérapeute afin d'optimiser le maintien de la brosse à dents.

Ces ateliers doivent être ludiques, ils ne doivent pas être une corvée pour les personnes en situation de handicap ou les personnes accompagnantes. Ils se font dans la joie et la bonne humeur. Au fur et à mesure des séances, la personne handicapée améliore son brossage dentaire et les personnes qui les accompagnent leur laissent de plus en plus de liberté.

Le but principal de ces ateliers est la prise de conscience, chez les personnes handicapées, que le brossage dentaire est très important pour leur santé bucco-dentaire mais aussi pour leur santé en général.

#### **4.1.2.2. Détection des foyers infectieux [26]**

L'aidant doit connaître les pathologies les plus fréquemment rencontrées, et doit savoir les détecter. Pour cela, il est recommandé d'utiliser un miroir dentaire, ce dernier ne présentant aucun danger. L'aidant doit pouvoir reconnaître une carie dentaire, une inflammation gingivale, la présence d'un abcès, d'un aphte, d'une morsure. Ces différentes pathologies doivent leur être décrites avec des mots simples :

- **la carie dentaire** se détecte cliniquement par un blanchissement de l'émail dentaire à son stade initial. Elle évolue ensuite en lésion noire. Elle se situe préférentiellement au niveau des sillons dentaires, ou au niveau des zones difficilement accessibles au brossage.
- **L'inflammation gingivale** se caractérise par une gencive rouge et œdémateuse. Elle peut saigner au brossage. Elle est le résultat d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire et de la présence de tartre.
- **Un aphte** est une petite ulcération de la muqueuse buccale, à fond jaune et à bord rouge. La réactivation se fait par certains contacts alimentaires (noix, gruyère, tomate),

- **Des ulcérations traumatiques** peuvent apparaître. Elles sont, le plus souvent, dues à des prothèses dentaires inadaptées ou à des traumatismes dentaires (morsures). Elles présentent un aspect de nécrose jaunâtre, et doivent disparaître 8 à 15 jours après suppression de la cause. Si les lésions persistent, la consultation chez le chirurgien-dentiste est indispensable car ce passage à la chronicité peut évoquer une complication infectieuse.
- **L'abcès parodontal** peut être détecté en présence d'une tuméfaction de la gencive en regard d'une dent,
- L'aidant doit également reconnaître les signes d'une **cellulite dentaire** (tuméfaction de la joue, asymétrie faciale).

Tous les signes d'alerte doivent encourager à consulter un chirurgien-dentiste dans les plus brefs délais afin d'empêcher toute complication.

Les visites de contrôle vont permettre de prévenir en amont les pathologies bucco-dentaires et d'éviter toute consultation en urgence. En institution, le maintien d'un suivi bucco-dentaire est sous la responsabilité du médecin traitant. La prise de rendez-vous est réalisée par l'infirmier qui doit tenir un dossier dentaire dans lequel sont reportés les actes effectués lors des rendez-vous chez le dentiste. Un détartrage doit être effectué de façon régulière : tous les 6 mois en moyenne.

#### **4.2. Rôle du chirurgien-dentiste dans la manutention [59]**

Tout soignant est confronté, un jour ou l'autre, à la manutention d'une personne handicapée. Ceci n'est pas sans risque : c'est en effet la cause de nombreux accidents de travail (un accident du travail sur trois selon les statistiques de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de 1992). La manutention d'une personne handicapée pose un double problème de sécurité : la prévention des accidents rachidiens chez le soignant et la prévention des complications accidentelles chez le soigné.

La manutention des malades et des personnes handicapées consiste à réaliser volontairement le déplacement du corps humain. Les objectifs de la manutention sont doubles : tout d'abord mobiliser le patient sans se blesser et éviter les mauvaises habitudes dangereuses pour notre dos, et mobiliser un patient en

assurant sa sécurité (éviter la chute), son confort et l'efficacité du mouvement (gestes coordonnés, mobilisation rapide et efficace).

Ainsi, lorsque le déplacement du patient de son fauteuil vers le fauteuil dentaire est possible, le chirurgien-dentiste devra mettre en œuvre les techniques de manutentions adéquates pour réaliser ce déplacement dans les meilleures conditions. Or, la bonne posture de manutention n'est pas spontanément adoptée, cela nécessite un apprentissage. La méthode de manutention la plus connue est celle de Paul DOTTE qui cherche à faciliter la part physique du soignant et favoriser la participation active du soigné.



***Figure 17 : photo d'un porte-malade permettant de déplacer des personnes handicapées (photo personnelle).***

Bien que la manutention soit indispensable dans les déplacements des personnes à mobilité réduite, il faut toujours garder à l'esprit que le but final est le maintien, autant que possible, de l'autonomie de la personne. Ainsi, il faut chercher sa participation lors des procédures de manutention, lui expliquer ce qui est attendu de sa part, et cela dans les limites de ses déficiences.

Quelques principes de base sont à respecter lors de la manutention du patient handicapé au cabinet dentaire :

- réfléchir avant d'agir : anticiper la trajectoire, vérifier que la voie est libre, que les roulettes du fauteuil sont bloquées, que le fauteuil dentaire est propre et prêt à recevoir le patient,
- pendant la manutention, il faut avoir un bon équilibre et des prises confortables. Il est préférable de répartir la charge du patient entre deux soignants qui devront exécuter les manœuvres en parfaite coordination. C'est alors qu'intervient l'assistante dentaire.

### **4.3. Un nouvel aidant : l'assistante dentaire**

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la prise en charge des patients handicapés au cabinet dentaire nécessite un travail à quatre mains. Il faut donc nécessairement intervenir l'assistante dentaire qui peut ainsi être considérée comme un aidant professionnel. La présence d'une assistante dentaire permet au chirurgien-dentiste de pouvoir se concentrer exclusivement sur les soins à réaliser ainsi que sur ses points d'appuis pour éviter tout accident en cas de mouvements involontaires, mais sans pour autant en oublier le confort du patient. En effet, pendant le soin, l'assistante dentaire, avec l'aide de l'aidant, pourra porter une attention particulière au comportement du patient et signaler tout changement brusque pouvant être signe de douleur. Elle pourra également, par la parole, distraire le patient. Et elle aidera au maintien du patient sur le fauteuil en lui tenant les bras si nécessaire.

En Suisse et aux Etats-Unis, une profession en vogue allège le travail du chirurgien-dentiste et permet de mettre un peu plus l'accent sur la prévention dentaire : il s'agit de l'hygiéniste dentaire. Cette profession n'étant pas reconnue en France, ce manque pourrait être comblé en augmentant la responsabilité de l'assistante dentaire. En effet, en formant celle-ci à la prévention, elle pourrait commencer la consultation en amont en enseignant la technique de brossage, le matériel à utiliser et les conséquences de l'absence de brossage.

### **4.4. Notion de bientraitance**

La notion de bientraitance est une notion récente. C'est un concept qui a émergé dans un contexte où les maltraitances à l'égard des enfants ont été reconnues. C'est

en Janvier 2013 qu'a été créé le Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées. La mission de ce comité est « d'aider à la définition, à la mise en œuvre et au suivi des politiques de promotion de la bienveillance et de prévenir contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées ». La bienveillance se définit ainsi par opposition à la maltraitance. Il s'agit donc d'accomplir un bien en faveur du patient. Cette notion concerne à la fois les aidants professionnels et les aidants familiaux.

Dans le domaine de la chirurgie dentaire ce principe pose quelques problèmes. Les soins bucco-dentaires chez les personnes en situation de handicap se font souvent dans la contrainte (utilisation de cale-bouche, contention, pleurs) qui mettent en place un lourd contexte émotionnel. Il faut donc s'interroger sur les conséquences possibles des soins réalisés sous la contrainte (à court terme : prostration, refus de s'alimenter ; sur le long terme : complication voire refus de soins, dommageable pour la santé bucco-dentaire du patient). De plus, il est probable que le patient ne reconnaisse pas le soin comme étant bienfaisant. Ce possible refus de soin souligne une autre problématique rencontrée dans la prise en charge de personnes handicapées au cabinet dentaire : celle du consentement éclairé. Du fait de leur déficience, il y a un défaut d'information par défaut de compréhension du message véhiculé par le praticien. Cependant, il est indispensable de fournir une information pour améliorer la prise en charge (patient plus coopérant), établir une relation de confiance et il s'agit d'une obligation légale. Il faut donc adapter l'information pour la rendre accessible, avoir un vocabulaire simple, faire des dessins, utiliser des pictogrammes ou autres supports d'information visuel. [8]

Cette notion intéresse également les aidants familiaux. Les aidants doivent être suffisamment nombreux pour ne pas agir dans la hâte, être relayés et soutenus pour ne pas s'épuiser, formés car certains gestes ne s'inventent pas. Ils doivent être incités à connaître et solliciter l'accord de la personne avant d'agir et mettre des mots sur les actes effectués pour que la personne aidée ne se sente pas agressée mais aussi pour éviter leur propre mécanisation dans une routine silencieuse. Tout cela est nécessaire pour la valorisation des personnes en présence, à tous les âges de la vie, dans le respect de tous. [4]

Il paraît intéressant d'intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans la notion de bientraitance, notamment pour les aidants familiaux. En effet, l'absence de mise en place de brossage dentaire quotidien, entraîne l'apparition de pathologies bucco-dentaires sources de douleurs, contraires au principe de bientraitance.

## **4.5. Quelques « aides » pour améliorer la prise en charge de la personne en situation de handicap**

### **4.5.1. Au cabinet dentaire**

#### **4.5.1.1. Le fauteuil**

Dans la pratique quotidienne des soins dentaires sur les personnes handicapées, il est souvent compliqué de déplacer le patient de son fauteuil sur le fauteuil dentaire. Il est donc plus facile de soigner le patient directement à même son fauteuil. Pour cela il est nécessaire de posséder un fauteuil adaptable.

L'idéal est de pouvoir décaler le fauteuil dentaire pour placer celui de la personne handicapée sur des rails et donc de réaliser tous les mouvements (monter, descendre, basculer). En laissant le patient sur son fauteuil, les soins sont facilités pour le praticien.

De plus, le fauteuil doit posséder un kit mobile avec un long bras pour permettre le déplacement des rotatifs, adapté à chaque situation.



***Figure 18 : Fauteuil dentaire adaptable pouvant être décalé pour placer celui de la personne handicapée sur des rails [49]***

#### **4.5.1.2. Les têtes**

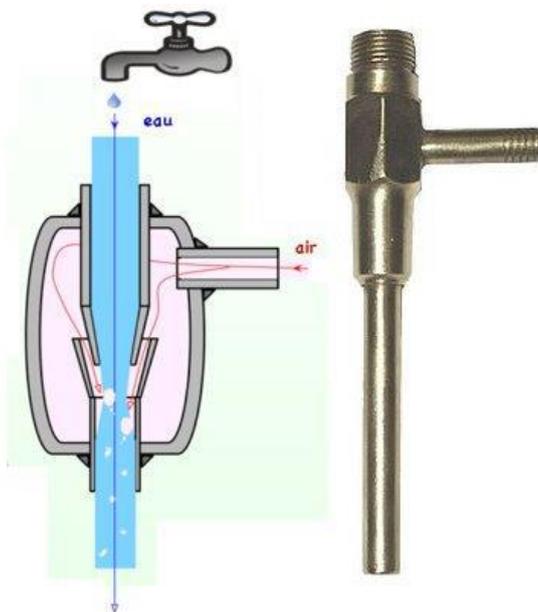
Afin de faciliter davantage les soins des personnes handicapées, nous pouvons adapter une tête au fauteuil du patient. Le praticien pourra réaliser les soins directement sur le fauteuil de la personne handicapée sans devoir déplacer le patient sur son fauteuil dentaire. Ces têtes permettent au praticien de travailler avec une meilleure ergonomie et à la personne en situation de handicap de se sentir plus à l'aise et donc de permettre un meilleur confort avant la réalisation d'un soin.



***Figure 19 : Tête pour fauteuil roulant permettant de réaliser les soins directement sur le fauteuil du patient [49]***

#### 4.5.1.3. Aspiration avec le système Venturi

Afin d'aspirer la salive et l'eau dans la bouche du patient lors du brossage dentaire, un nouveau système d'aspiration a été testé. Il est très utile lorsque la personne est alitée, ou lorsque la personne présente des troubles de la déglutition ou un risque de fausses routes élevé. Ce système utilise l'effet Venturi. Il comporte un tube relié à une pompe à salive. Le tube se branche sur un robinet sous pression. Une dépression va se créer et entraîner une aspiration. La salive et l'eau aspirées sont ainsi rejetées dans le lavabo. Ce système pratique et simple à mettre en œuvre permet la réalisation d'un véritable brossage dentaire avec de l'eau et du dentifrice sans risque de fausse route ou d'ingestion de dentifrice. [49]



***Figure 20 : Principe du système d'aspiration avec effet Venturi [19]***

#### 4.5.1.4. Le porte-malade

Au cabinet dentaire, il est difficile voire impossible de réaliser une radiographie panoramique pour une personne handicapée en fauteuil, la personne n'étant pas assez en hauteur pour pouvoir effectuer la radiographie et le dossier du fauteuil roulant gênant à la rotation de l'appareil radio autour de la tête du patient.

Nous pouvons alors mettre un élévateur permettant d'accueillir le fauteuil du patient au niveau de la radio panoramique. Il suffira alors de trouver la position optimale dans le but d'obtenir une radiographie panoramique de qualité. Cet

élévateur permet de ne pas déplacer le patient de son fauteuil et évite ainsi tout stress ou anxiété supplémentaire.

De plus, la présence d'un porte-malade au cabinet permettrait de déplacer le patient de son fauteuil au fauteuil dentaire dans les meilleures conditions : la sécurité du patient serait ainsi assurée et les problèmes posturaux du praticien liés à une mauvaise position de portage seraient évités.

#### **4.5.1.5. Mise en confiance du patient**

La mise en confiance de la personne en situation de handicap est nécessaire pour faciliter la réalisation des soins. Celle-ci peut se faire à l'aide de plusieurs moyens.

Tout d'abord, il faut penser aux couleurs du cabinet, **éviter des couleurs trop criardes** qui pourraient énerver. Ensuite, il faut porter une attention toute particulière à **l'heure du rendez-vous**. En effet, certains **moments de la journée** sont plus propices aux soins que d'autres et ces moments varient d'un individu à l'autre. Ces informations primordiales seront communiquées par l'aidant.

L'ambiance instaurée au cabinet dentaire passe également par **la musique**. En effet, l'action bénéfique de la musique peut aller de la simple détente à une relaxation profonde. La musique permet de réduire le facteur anxiogène que peut représenter un cabinet dentaire. Elle instaure donc une atmosphère sécurisante et un climat de bien-être. Pour aider à détourner l'attention du patient lors des soins, casque auditif peut être porté afin de diminuer la perception sonore des instruments rotatifs.

Afin que le patient soit dans des conditions optimales **une mise en condition psychologique** de celui-ci peut être réalisée, par exemple le praticien peut lui prodiguer des massages faciaux et du cuir chevelu pour le détendre avec l'aide des personnes accompagnantes.

#### **4.5.2. A domicile ou en institution : une brosse à dents adaptée**

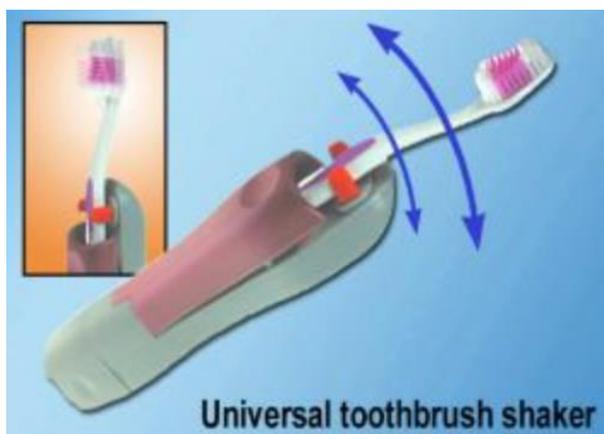
Les brosses à dents adaptables ont pour but d'améliorer le brossage de chaque personne en situation de handicap. Chaque personne handicapée a le droit d'accéder au brossage et doit pouvoir se brosser les dents seule, en toute autonomie. Cependant, cette dernière doit toujours être accompagnée lors du brossage afin d'être aidée. Les brosses à dents adaptables permettent d'adapter le brossage à chaque handicap rencontré dans les institutions : les brosses à dents seront adaptées de façon différente face à un handicap moteur et face à un handicap mental.

Dans le but d'obtenir une brosse à dents propre à chaque patient et au handicap qu'il présente, il est nécessaire de travailler en relation avec l'ergothérapeute qui va nous permettre de choisir le manche et la taille de la brosse à dents en fonction du handicap de la personne.

Pour finir, une multitude de tests de brosses à dents peuvent être réalisés pour chaque patient. A chaque un paramètre de la brosse à dents (taille, manche, souplesse) est modifié ; cette accumulation de tests permettra de trouver la brosse à dents idéale pour chaque patient.

Dans le domaine des brosses à dents adaptables, il existe un système qui va permettre un brossage autonome de la personne en situation de handicap : l'agitateur de brosse à dents. Il va agiter la brosse à dents et ainsi faciliter le brossage pour la personne handicapée. Souvent les personnes en situation de handicap ont des difficultés à coordonner leurs mouvements et ont donc des difficultés à exécuter les mouvements nécessaires à la réalisation d'un bon brossage. Cet agitateur de brosse à dents va donc réaliser les mouvements à la place du patient, celui-ci devra tout simplement déposer la brosse à dents et laisser agir l'agitateur.

Le support permet d'accueillir tous les types de brosses à dents. Sa prise en main est ergonomique et le vibreur se met tout simplement en route en serrant la brosse à dents.



**Figure 21 : Agitateur de brosse à dents**

[1]

#### **4.5.3. L'aidant référent dentaire au sein des institutions**

L'idéal, pour une prise en charge bucco-dentaire optimale des personnes en situation de handicap serait la présence régulière d'un chirurgien-dentiste au sein des institutions spécialisées. Ainsi, des contrôles bucco-dentaires seraient réalisés et les patients seraient orientés vers des cabinets dentaires si des soins se révélaient nécessaires. Ce chirurgien-dentiste participerait également à la sensibilisation et à la formation à l'hygiène bucco-dentaire de l'ensemble du corps médical, paramédical et socio-éducatif intervenant auprès des personnes handicapées.

Par exemple, la Maison d'Accueil Spécialisée de Baisieux a embauché un chirurgien-dentiste en Janvier 2016 à raison d'une heure par mois. Ceci est une première en France et favorise une interaction entre le chirurgien-dentiste et les aidants dans l'intérêt des patients.

#### **4.5.4. Proposition d'une brochure à l'intention des aidants**

L'échange avec les aidants lors du questionnaire réalisé en partie 1, a mis en évidence leur manque de formation et donc de connaissances dans le domaine de l'hygiène bucco-dentaire. Une brochure a donc été réalisée. Cette dernière regroupe les informations essentielles, nécessaires au quotidien pour être en mesure d'améliorer la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Cette brochure illustre également quelques aspects cliniques bucco-dentaires de référence pour le dépistage par les aidants.

## Le matériel de brossage

Il doit être adapté à chaque personne en fonction de ses capacités :

- Brosse à dents manuelle si la dextérité de la personne permet un brossage correct : brosse à dents à petite tête et à poils souples.
- Brosse à dents électrique lorsqu'il y a une perte de dextérité : privilégier les modèles ayant un indicateur de pression et choisir une tête de brosse à dents à poils souples.
- Pour les personnes réalisant le brossage de façon autonome, le révélateur de plaque dentaire peut aider à l'apprentissage de la technique de brossage.
- Si l'usage de la brosse à dents n'est pas possible : nettoyer la cavité buccale à l'aide de compresses stériles imbibées.

Le brossage est à réaliser 2 à 3 fois par jour après les repas et la brosse à dents sera renouvelée tous les 3 mois ou dès que les poils de la brosse à dents sont recourbés.

Un contrôle régulier doit être effectué par l'aidant et devra intéresser les dents, la gencive, la langue.

Une visite de contrôle chez le dentiste sera à réaliser tous les 6 mois.

P1

## La technique de brossage

Pour le brossage avec une brosse à dents manuelle :

- Incliner la brosse à dents à 45° vers la gencive et la placer à cheval sur la dent et la gencive,
- Effectuer une rotation de la brosse à dents de la gencive (le rose) vers la dent (le blanc),
- Nettoyer les faces extérieures (vers la lèvre, qui se voient lors du sourire), intérieures (vers la langue/le palais) et les faces masticatoires. Ces dernières seront nettoyées par des mouvements de va et vient,
- Brosser haut et bas de façon séparée.

Pour le brossage avec une brosse à dents électrique : la placer sur la dent et la laisser travailler puis décaler à la dent d'à côté et cela jusqu'à ce que toutes les faces des dents soient nettoyées (vers la joue, vers le palais/la langue, faces masticatoires).

Pour les deux types de brosses à dents, il faut porter une attention toute particulière sur la pression exercée pour éviter de blesser la gencive.

P2

## Reconnaissance des principales pathologies buccales

### La carie dentaire

Elle se présente sous la forme d'un blanchissement de l'émail au stade initial puis elle évolue en lésion noire/marron.

Elle se situe préférentiellement au niveau des sillons dentaires (sur la face de mastication) ou au niveau des zones difficilement accessibles au brossage.



**Figure 22 :** Photo d'une carie dentaire [46]

P3

### L'inflammation gingivale

Elle se caractérise par une gencive rouge et œdémateuse. Elle peut saigner au brossage. Elle est le résultat d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire et de la présence de tartre.

Le tartre est la calcification de la plaque dentaire et peut se situer sur les dents et sous la gencive. Le couleur du tartre est variable : du jaune plus ou moins foncé au brun. Une fois formé, le tartre ne peut être éliminé que par le dentiste par un détartrage. Une bonne hygiène bucco-dentaire empêche la formation du tartre.



**Figure 23 :** Photo d'une inflammation gingivale (photo personnelle)

P4

## Les ulcérations traumatiques

Elles peuvent être dues :

- aux prothèses qui peuvent blesser. Les lésions se trouveront alors au niveau d'une zone d'appui de l'appareil,
- ou à des traumatismes dentaires tels que des morsures.



**Figure 24** : Photo d'une ulcération due à une morsure de la lèvre [35]

Elles présentent un aspect de nécrose jaunâtre et doivent disparaître 8 à 15 jours après la suppression de la cause. Si les lésions persistent, il faut consulter un chirurgien-dentiste.

P5

## L'abcès



Il se présente sous la forme d'une collection purulente accompagnée d'une tuméfaction de la gencive. Il peut être d'origine dentaire, auquel cas il se localisera le plus souvent à la base du vestibule ou d'origine gingivale, auquel cas il se situera le plus souvent à la jonction gencive/dent.

**Figure 25** : Photo d'un abcès d'origine dentaire [13]

## La cellulite



La cellulite se caractérise par une tuméfaction unilatérale visible en exo-buccal. Il s'agit d'une urgence et nécessite une consultation rapide chez un chirurgien-dentiste car elle peut, si non traitée, se diffuser et mettre en jeu le pronostic vital.

**Figure 26** : Photo d'une cellulite d'origine dentaire [15]

P6

## **L'entretien des prothèses [16]**

- Nettoyage quotidien
- Il faut brosser toutes les faces de la prothèse avec une brosse spécifique et du savon doux (le dentifrice doit être réservé pour les dents !).
- Réaliser le brossage de la prothèse au-dessus d'un lavabo rempli d'eau permet d'éviter sa fracture en cas de chute accidentelle.
- Rincer abondamment à l'eau après le brossage
- Une fois par semaine : désinfection de la prothèse à l'aide d'un bain de bouche à la Chlorhexidine pendant 15 minutes. Un brossage et rinçage abondant à l'eau sera nécessaire après la désinfection pour éliminer les résidus.
- Sécher les prothèses et les stocker à sec dans une boîte à prothèse attitrée.

P7

## **Conclusion**

Le but de ce travail était surtout de mettre en évidence l'importance de la présence des aidants, qu'ils soient familiaux ou professionnels, auprès des personnes en situation de handicap notamment pour ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire.

En effet, lorsque la personne aidée est maintenue à domicile, c'est à l'aidant familial que revient la réalisation du brossage dentaire et lorsque la personne aidée vit en institution, c'est un aidant professionnel qui effectue cette tâche. Il est donc nécessaire que ces aidants soient sensibilisés à l'importance que l'hygiène bucco-dentaire a sur la santé générale mais il faut également qu'ils soient formés pour réaliser le brossage dans les meilleures conditions possibles, aussi bien pour le confort de l'aidé que pour le leur. De plus, la réalisation du brossage dentaire de façon totalement ou partiellement autonome s'inscrit dans l'objectif commun de la préservation de l'autonomie de la personne en situation de handicap.

La prise en charge au cabinet dentaire des personnes en situation de handicap peut s'avérer difficile dans certaines situations. Il est alors nécessaire de reconnaître la présence de l'aidant et de l'impliquer non seulement lors de la réalisation des soins mais également en amont, lors de la décision thérapeutique et de l'élaboration du plan de traitement. Cela permettra une meilleure coopération de la personne handicapée mais également une meilleure observance au quotidien en ce qui concerne la réalisation du brossage.

S'il est impératif que le chirurgien-dentiste reconnaisse la présence de l'aidant au cours des soins, il semble également important que ce dernier soit impliqué au niveau des institutions lors des conseils pluridisciplinaires pour assurer un suivi de qualité et pour répondre au mieux aux interrogations des professionnels sur les manifestations bucco-dentaires.

## Table des illustrations

### Liste des figures :

- Figure 1 : Motivations initiales à l'aide familiale. [50]
- Figure 2 : Influence de l'aide sur l'aidant. [50]
- Figure 3 : Photo d'une table de lavage (photo personnelle)
- Figure 4 : Brosse à dents INAVA SYSTEM®. [28]
- Figure 5 : Dentifrice en stick sans rinçage. [5]
- Figure 6 : Exemple de bain de bouche. [22]
- Figure 7 : Exemple de fil dentaire. [45]
- Figure 8 : Brossettes inter-dentaires avec différents manches. [48]
- Figure 9 : Photo d'un évier dans une Maison d'Accueil Spécialisée avec mise en évidence de la brosse à dents pour favoriser le brossage (photo personnelle)
- Figure 10 : Exemple d'alimentation mixée (photo personnelle)
- Figure 11 : Poudre épaississante (photo personnelle)
- Figure 12 : Photo d'un patient nourri par sonde entérale (photo personnelle)
- Figure 13 : Photo d'une table adaptée (photo personnelle)
- Figure 14 : Photo d'une assiette à rebord (photo personnelle)
- Figure 15 : Photo d'un aidant au cours d'un repas (photo personnelle)
- Figure 16 : Manœuvre de Heimlich. [56]
- Figure 17 : Photo d'un porte-malade permettant de déplacer des personnes handicapées (photo personnelle)
- Figure 18 : Fauteuil dentaire adaptable pouvant être décalé pour placer celui de la personne handicapée sur des rails. [49]
- Figure 19 : Tête pour fauteuil roulant permettant de réaliser les soins directement sur le fauteuil du patient. [49]
- Figure 20 : Principe du système d'aspiration avec effet Venturi [19]
- Figure 21 : Agitateur de brosse à dents. [1]
- Figure 22 : Photo d'une carie dentaire. [46]
- Figure 23 : Photo d'une inflammation gingivale (photo personnelle)
- Figure 24 : Photo d'une ulcération due à une morsure de la lèvre. [35]
- Figure 25 : Photo d'un abcès d'origine dentaire. [13]
- Figure 26 : Photo d'une cellulite d'origine dentaire. [15]

### **Liste des tableaux :**

Tableau 1 : Pourcentage de personnes handicapées concernées par chaque type d'aide possible.

Tableau 2 : Pourcentage de personnes handicapées, aidées à domicile, concernées par chacune des activités en fonction de la déficience présentée. [20]

Tableau 3 : Pourcentage de personnes handicapées, aidées à domicile, concernées par chacune des activités en fonction du type d'aide dont elles bénéficient. [20]

## **Références bibliographiques**

- [1] Agitateur de brosse à dents [Internet]. [Consulté le 24 Avril 2016]. Disponible sur : <http://www.en-toute-autonomie.com/agitateur-de-brosse-a-dents,fr,4,MAT-F412002.cfm>
- [2] ANFE - Le site officiel de l'Ergothérapie et des Ergothérapeutes [Internet]. [Consulté le 10 Mars 2016]. Disponible dur : <http://www.anfe.fr/>
- [3] Arvedson, J.C. Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2013;67:S9-12.
- [4] Basle, G., Bied-charreton, X., et al. Plan action polyhandicap. GPF Mai 2006. [Internet]. [Consulté le 5 Mai 2016]. Disponible sur : <http://www.reseau-lucioles.org/IMG/pdf/plan-action-polyhandicap-2005.pdf>
- [5] BIOTEETH - Betrouse [Internet]. [Consulté le 8 Mars 2016]. Disponible sur : <http://www.betrouse.com/marque/bioteeth/1357>
- [6] Blaizot, A. Rôle des aidants dans la santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap intellectuel. [Thèse]. [Paris Descartes, France]: Université de Médecine; 2012.
- [7] Brillaud, D. Un compagnon utile pour le handicapé moteur : le chien d'assistance. *Le quotidien du médecin*. 1998;20-1.
- [8] Camoin, A., et al. Problèmes éthiques soulevés par les soins dentaires chez la personne en situation de handicap. *Ethique et Santé*. 2015;1-8  
<http://dx.doi.org/10.1016/J.etiqe.2015.07.007>
- [9] Charte de l'aidant familial. [Internet]. [Consulté le 30 Avril 2016]. Disponible sur : [http://coface-eu.org/en/upload/07\\_Publications/COFACE-Disability%20CharterFR.pdf](http://coface-eu.org/en/upload/07_Publications/COFACE-Disability%20CharterFR.pdf)
- [10] Code de l'action sociale et des familles - Article R245-7.
- [11] Code de la santé publique - Article L1111-6-1.
- [12] Code de la santé publique - Article L4341-1.
- [13] Courson, F., Landru, M.-M. *Odontologie pédiatrique au quotidien*. Rueil-Malmaison, France: Éditions CdP; 2005. 171 p.
- [14] Cumella, S., Ransford, N., Lyons, J. and Burnham, H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2000;44(1):45-52.
- [15] De La Dure-Molla, M., Naulin-lfi, C., Eid-Blanchot, C. Carie et ses complications chez l'enfant. *EMC - Médecine Buccale*. 2012;7(5):1-12.

- [16] Delcambre, T. Traitement de l'édentement total chez la personne dépendante: intervention à domicile ou en institution. Malakoff, France: Éditions CdP; 2015. 86 p.
- [17] Desport, J.-C., Jésus, P., Fayemendy, P., De Rouvray, C. and Salle, J.-Y. Evaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutr Clin Métabolisme*. 2011;25(4):247-54.
- [18] Détraz, M.-C. Ergothérapie. EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation. 1992:1-0 [Article 26-150-A-10].
- [19] Dumont, R. Petits et grands moyens utilisés pour l'amélioration et la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap en institution ou à domicile. [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
- [20] Dutheil, N. Les aidants des adultes handicapés. *Etudes et Résultats*. 2002;(186):1-8.
- [21] Educateur spécialisé - Définition de la profession et du contexte de l'intervention [Internet]. [Consulté le 10 Mars 2016]. Disponible sur : <http://www.ones-fr.org/spip.php?article286>. Accessed: 2016-03-10.
- [22] Eludril pro bain de bouche 200 ml - Olibodi.com [Internet]. [Consulté le 2 Mai 2016]. Disponible sur: <http://www.olibodi.com/bucco-dentaire-bain-de-bouche/9629-eludril-pro-bain-de-bouche-200-ml.html>
- [23] HAS : Haute Autorité de Santé. Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap. 2008. [Internet]. [Consulté le 7 Mai 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009->
- [24] Hennequin, M., Allison, P.J., Faulks, D., Orliaguet, T. and Feine, J. Chewing indicators between adults with Down syndrome and controls. *Journal of dental research*. 2005;84(11):1057-1061.
- [25] Hennequin, M., Moysan, V., Jourdan, D., Dorin, M. and Nicolas, E. Inequalities in Oral Health for Children with Disabilities: A French National Survey in Special Schools. *PLoS ONE*. 2008;3(6):e2564.
- [26] Hérent, M. Les soins bucco-dentaires chez la personne alimentée par voie non orale [Thèse d'exercice]. [Lille, France]:Université du droit et de la santé; 2015.
- [27] Hescot, P. and Moutarde, A. Rapport de la mission "Handicap et Santé Bucco-Dentaire" Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes

- handicapées. 2010. [Internet]. [Consulté le 7 Mai 2016]. Disponible sur : [http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user\\_upload/pdf/morano\\_rapport.pdf](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/morano_rapport.pdf)
- [28] INAVA SYSTEM | INAVA [Internet]. [Consulté le 8 Mars 2016]. Disponible sur : <http://www.inava.fr/brosses-dhygiene-quotidienne/inava-system>.
- [29] Infirmier / infirmière [Internet]. [Consulté 10 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/infirmier-infirmiere>.
- [30] Informations et programmes - Orthophonie [Internet]. [Consulté le 10 Mars 2016] Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/programmes/orthophonie/infosortho.html>
- [31] Institut de Formation en Psychomotricité [Internet]. [Consulté le 5 Mai 2016]. Disponible sur : <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/psychomotricien.php>
- [32] Institut de Formation Régional En Santé d'Alençon. [Internet]. [Consulté le 10 Mars 2016]. Disponible sur : <http://www.ifres-alencon.com/institut-formation-kinesitherapie/admission-concours-kine/>
- [33] Kisely, S., Quek, L.-H., Pais, J., Lalloo, R., Johnson, N.W. and Lawrence, D. Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;199(3):187-93.
- [34] Kocalenios, C., Giner, C., Gontier, P., Levet, S., Rebout, S. and Verit, B. Toilette du patient dépendant : comment sont appliquées les précautions standard d'hygiène. *Hygiènes*. 2008;XVI(2):143-8
- [35] Koch, G., Poulsen, S. *Pediatric dentistry: a clinical approach*. Ames (Iowa), Etats-Unis d'Amérique: Wiley-Blackwell; 2013. 376 p.
- [36] La médiation familiale en cas de conflit - Le site des aidants [Internet]. [Consulté le 22 Avril 2016]. Disponible sur : <https://lesitedesaidants.fr/Informations-et-conseils/Relations-avec-le-proche/La-mediation-familiale/La-mediation-familiale.htm?s=253e95842a80079d>
- [37] La psychomotricité au service du bien être des usagers de la MAS de Neuilly Plaisance. [Internet]. [Consulté le 5 Mai 2016]. Disponible sur : [http://www.handiplanet-echanges.info/Members/s--delmas\\_343/la-psychomotricite-au-service-du-bien-etre-des-usagers-de-la-mas-de-neuilly-plaisance](http://www.handiplanet-echanges.info/Members/s--delmas_343/la-psychomotricite-au-service-du-bien-etre-des-usagers-de-la-mas-de-neuilly-plaisance)
- [38] L'association SOSS - Santé Orale et Soins Spécifiques [Internet]. [Consulté le 9 Mai 2016]. Disponible sur : <http://soss.fr/>

- [39] Le travail d'aide aux personnes âgées. Conditions de travail et santé perçue chez les aides soignants - les agents de service - aides ménagères des maisons de retraite et structures d'aide à domicile. Paris, France:Docis;1999. 43 p.
- [40] Les temps de loisirs, seul ou avec son proche dépendant - Le site des aidants [Internet]. [Consulté le 22 Avril 2016]. Disponible sur : <https://lesitedesaidants.fr/Informations-et-conseils/Relations-avec-le-proche/Les-temps-de-loisirs/Les-temps-de-loisirs.htm?s=253e95842a800733>
- [41] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- [42] Médecin généraliste [Internet]. [Consulté le 10 Mars 2016]. Disponible sur : <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/medecin-generaliste>
- [43] Merrot, O., Guaterrie, M. and Fayoux, P. Pathologie neurologique de pharynx et troubles de la déglutition chez l'enfant et l'adulte. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Oto-rhino-laryngologie, 20-610-A-10, 2011. 14 p.
- [44] Miranda, S., Laurendon, C. and Bory, E.-N. Programme Autisme et Santé Orale (PASO) : Accompagnement spécifique des personnes avec autisme ou présentant d'autres Troubles Envahissants du Développement (TED). Revue trimestrielle de la fédération française sésame. 2015;196:14-15.
- [45] Mouchel-Drillot, P. and Bancaud, F. Handhygiène bucco-dentaire: guide pratique d'hygiène bucco-dentaire pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Paris, France : Éditions Edilivre AParis, 2009; 2009 131 p.
- [46] Muller-Bolla, M., Courson, F., Dridi, S.-M., Viargues, P. L'odontologie préventive au quotidien: maladies carieuse et parodontales, malocclusions. Paris, France; 2013. 120 p.
- [47] OMS : Organisation Mondiale de le Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant. 2000. Disponible sur : [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1)
- [48] Page d'accueil | INAVA [Internet]. [Consulté le 4 Mai 2016]. Disponible sur : <http://www.inava.fr/>.
- [49] Panchoo, A. La prise en charge de la santé bucco-dentaire de l'adulte polyhandicapé à la maison d'accueil spécialisée de Baisieux [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
- [50] Panel national des aidants familiaux BVA - Fondation Novartis. [Internet]. [Consulté le 8 Mars 2016]. Disponible sur :

- [http://www.bva.fr/data/sondage/sondage\\_fiche/920/fichier\\_bva\\_-\\_fondation\\_dentreprises\\_novartis\\_-\\_les\\_aidants\\_familiaux\\_en\\_france59789.pdf](http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/920/fichier_bva_-_fondation_dentreprises_novartis_-_les_aidants_familiaux_en_france59789.pdf)
- [51] Posak, A. L'adulte polyhandicapé au cabinet dentaire [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
- [52] Pour tout savoir sur la profession d'aide médico-psychologique [Internet]. [Consulté le 10 Mars 2016]. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/l-aide-medico-psychologique.html>
- [53] Préserver la santé des aidants - Le site des aidants [Internet]. [Consulté le 22 Avril 2016]. Disponible sur : <https://lesitedesaidants.fr/Informations-et-conseils/Prendre-soin-de-moi/Etre-a-l-ecoute-de-soi/Detecter-les-premiers-signes-d-epuisement.htm?s=253e95842a800d2f>
- [54] Qu'est-ce qu'un aidant ? [Internet]. [Consulté le 10 Nov 2015]. Disponible sur : <http://www.aidantattitude.fr/2011/01/23/quest-ce-quun-aidant-2.php/>
- [55] Quid du métier de psychomotricien [Internet]. [Consulté le 5 Mai 2016]. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/psychomotricien-qui-comment-pour-quoi-faire.html>
- [56] Rofidal T. Les aspects médicaux de l'alimentation chez la personne polyhandicapée. [Internet]. [Consulté le 15 Mars 2016]. Disponible sur : [http://www.cesap.asso.fr/images/CESAP\\_Formation/pdf/Aspects-medicaux-alimentation\\_PP\\_DrThRofidal.pdf](http://www.cesap.asso.fr/images/CESAP_Formation/pdf/Aspects-medicaux-alimentation_PP_DrThRofidal.pdf)
- [57] ROME Les fiches métiers. K1304 Services domestiques - K1302 Assistance auprès d'adultes. (Pôle emploi) (2009). [Internet]. [Consulté le 4 Mai 2016]. Disponible sur : <http://candidat.pole-emploi.fr/marche-du-travail/fichemetierrome.blocficherome.telechargerpdf;jsessionid=ZXVVXqBF8jGdwPHZ5xplxc9124G9R3QGNZQL0Z8hVCFQ8HxrFTTf!-929205202?codeRome=K1304>
- [58] Synthèse de l'audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap. HAS : Haute Autorité de Santé. 2008. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/synthese\\_ap\\_acces\\_soins\\_personnes\\_handicap\\_23102008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/synthese_ap_acces_soins_personnes_handicap_23102008.pdf)
- [59] Thevenin-Lemoine, E., Tricot, A., Orgeret, G. and Seguy, E. Manutention des personnes handicapées. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation.26-520-B-10. 1998. 7p.

- [60] Tout savoir sur le métier de psychologue et ses terrains d'exercice [Internet].  
[Consulté le 7 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/les-metiers-de-psychologue.html>
- [61] Trivalle, C. Fausses-routes: que faire avant, pendant, après ? : Fiche pratique.  
NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie. 2007;7(40):24-26.

L'aidant et les dents / **Clémence THELLIER** – 89 p. : 29 ill. ; 61 ref.

**Domaines** : Handicap

**Mots clés Rameau:** Handicapés – Soins dentaires, Soins à domicile  
Aide médicale  
Dents – Soins et hygiène

**Mots clés FMeSH:** Soins dentaires pour personnes handicapées  
Aidants  
Soins à domicile  
Hygiène bucco-dentaire

**Mots clés libres** : Aidant professionnel, Aidant familial

**RESUME:**

La prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap est un sujet qui a pris de plus en plus d'importance ces dernières années. Les difficultés rencontrées lors de leur prise en charge sont à présent reconnues. Cependant, le concept de l'aidant reste récent et il est important que les praticiens reconnaissent leur présence ainsi que leur rôle, car le succès d'une séance de soin leur revient en partie.

Cette thèse a pour but de définir les différents aidants susceptibles d'intervenir auprès de la personne handicapée ainsi que leur rôle notamment en termes d'hygiène bucco-dentaire. Dans la relation de soin, l'aidant ne peut accomplir sa mission de maintien de la santé et de l'autonomie de la personne aidée que si le chirurgien-dentiste valorise sa présence et adapte sa pratique à cette situation particulière.

Ce travail s'oriente également vers une meilleure formation des aidants en les sensibilisant aux conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire sur la santé générale. Une brochure, illustrant quelques aspects cliniques bucco-dentaires de référence pour permettre à ces aidants de réaliser un dépistage au quotidien, a été réalisée.

**JURY :**

**Président :** Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX  
**Assesseurs :** Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE  
Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME  
Monsieur le Docteur Ajmal PANCHOO