UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2020 N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 3 mars 2020

Par Louise HARS

Né(e) le 28 DÉCEMBRE 1994 à Dunkerque

Accès aux soins des adolescents en situation de handicap dans la région dunkerquoise : questionnaires, état des lieux et perspectives d'amélioration

JURY

Président : Madame le Professeur E. DELCOURT-DEBRUYNE

Assesseurs : Monsieur le Docteur T. TRENTESAUX

Madame le Docteur M. DEHURTEVENT

Madame le Docteur F. SEGUY

ACADEMIE DE LILLE

UNIVERSITE DE LILLE
-*-*-*-*-*-*-*-*-*-

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
PLACE DE VERDUN
59000 LILLE
-*-*-*-*-*-*-*-*-*-

Président de l'Université	: Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	: P-M. ROBERT
Doyen	: E. BOCQUET
Vice-Doyen	: A. de BROUCKER
Responsable des Services	: S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	: M. DROPSIT

****

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Émérite Parodontologie
C. DELFOSSE	Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BÉCAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie légale
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d'Orthopédie Dento-Faciale, Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAROWCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie

M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 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.

<u>Aux membres du jury</u>

Remerciements

<u>Madame le Professeur Élisabeth DELCOURT-DEBRUYNE:</u>

Professeur Émérite des Universités
Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale
Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de 3ème cycle en Sciences Odontologiques
Maîtrise libre de Biologie Humaine
Docteur d'État en Odontologie
Habilitation à diriger des Recherches

Membre titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire
Ancien Responsable de la Sous-Section Parodontologie
Ancien chef de Service d'Odontologie du CHRU de Lille
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je me souviendrai de la qualité de vos enseignements. Veuillez trouver dans cet exposé le témoignage de toute mon admiration pour votre travail et votre carrière.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX :

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD
Section Développement, Croissance et Prévention
Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Éthique et Droit Médical de l'Université Paris-Descartes (Paris V)
Certificat d'Études Supérieures de Pédodontie-Prévention – Paris-Descartes (Paris V)
Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » (Aix-Marseille II)
Master 2 Éthique médicale et Bioéthique – Paris-Descartes (Paris V)

Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Malgré votre emploi du temps chargé, vous m'avez accordé une partie de votre temps pour lire et corriger mon travail. Je vous en remercie. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

<u>Madame le Docteur Marion DEHURTEVENT</u>
Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD
Section Réhabilitation Orale
Département Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assesseur aux Nouvelles Technologies

Je vous remercie d'avoir accepté spontanément de juger ce travail. Au cours de mes études, j'ai pu apprécier votre gentillesse, votre qualité d'enseignement et votre engagement sans limite pour vos patients. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Florence Seguy
Attachée Universitaire, Chargée d'enseignement de Chirurgie Orale
Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale
Département de Chirurgie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire
Responsable de l'Unité Fonctionnelle Handicap du service d'Odontologie du CHRU de Lille
Praticien Hospitalier au CHR de Roubaix
Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » (Paris VII)

Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire Odontologie Lille (Science Biologique)
Ancienne Interne Odontologie Lille

Merci d'avoir accepté d'être juge de cette thèse. Je ne peux être qu'admirative face à votre travail auprès des personnes en situation de handicap et je vous remercie pour tous les conseils que vous avez pu nous apporter lors des vacations du vendredi après-midi. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

Je dédie cette thèse à…

Table des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ULIS : Unité Localisée d'Inclusion Scolaire

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

TFC : Troubles des Fonctions Cognitives ou Mentales

TSLA : Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages

TED : Troubles Envahissants du Développement

TFM : Troubles des Fonctions Motrices

TFA : Troubles de la Fonction Auditive

TFV : Troubles de la Fonction Visuelle

TMA : Troubles Multiples Associés

CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire

IME : Institut Médico-Éducatif

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

UNAPEI : Union Nationale des Parents et Amis des Personnes Handicapées mentales

AFEJI : Association des Flandres pour l'Éducation, la Formation des Jeunes et l'Insertion sociale et professionnelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CMU : Couverture Maladie Universelle

CHD : Centre Hospitalier de Dunkerque

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

GIHP : Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques

PNIR : Programme National Inter-Régime

UFSBD : Union Française de Santé Bucco-Dentaire.

IMP : Institut Médico-Pédagogique

IMPro : Institut Médico-Professionnel

EEAP : Établissement de soins pour les Enfants et Adolescents Polyhandicapés

SOSS : Santé Orale et Soins Spécifiques

IADH : International Association for Disability and Oral Health

APF : Association des Paralysés de France

RHAPSOD'IF : Réseau Handicap Prévention et Soins Odontologique d'Ile-de-France

MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

AGSI : Anesthésie Générale Sans Intubation

SFOP : Société Française d'Odontologie Pédiatrique

SOA : Santé Orale et Autonomie

CRCO : Comité Régional de Coordination de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes

USOS : Unité de Santé Orale Spécifique

CESP : Contrat d'Engagement au Service Public

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

UNCAM : Union Nationale des Caisses Assurance Maladie

CDES : Commission Départementale d'Éducation Spéciale

COTOREP : Commissions d'Orientation Technique et de Reclassement Professionnel

Table des matières

Table des abréviations 13

1. Introduction 19

2. Matériels et méthodes 22

2.1. Les structures accueillant les adolescents porteurs de handicap dans la région dunkerquoise 23
2.1.1. Les unités localisées d'inclusion scolaire (ULIS) 23
2.1.1.1. Présentation du dispositif 23
2.1.1.2. Les différents types d'ULIS (15) 23
2.1.1.3. Les Ulis-école et les Ulis collège-lycée 24
2.1.1.4. Les différentes structures dans le bassin dunkerquois 24
2.1.2. Les instituts médico-éducatifs (IME) 25
2.1.2.1. Rôles des instituts médico-éducatifs (23) 26
2.1.2.2. Les IME dans le bassin dunkerquois 26

2.2. La prise en charge de la santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap dans ces structures 28

2.3. Mise en place de 3 questionnaires afin d'évaluer la prise en charge de la santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap 28
2.3.1. Type d'étude 29
2.3.2. Lieux d'étude 29
2.3.3. Période d'étude : 29
2.3.4. Les populations étudiées 30
2.3.5. Méthode de diffusion des questionnaires 30
2.3.5.1. Les parents d'adolescents en situation de handicap 30
2.3.5.1.1. Nombre d'adolescents scolarisés dans les collèges participant à l'étude 30
2.3.5.1.2. Nombre de résidents dans les IME participant à l'étude 31
2.3.5.2. Les infirmières scolaires des établissements accueillant une unité localisée d'inclusion scolaire. 31
2.3.5.3. Les aidants travaillant au sein des instituts médico-éducatifs. 32

3. Résultats des questionnaires 32

3.1. Analyse des résultats 32
3.1.1. Taux de participation 32
3.1.2. Caractéristiques de l'échantillon 34

3.2. Réponses aux questionnaires destinés aux parents d'adolescents porteurs de handicap 35
3.2.1. Premier rendez-vous et refus de soins 35
3.2.1.1. Pourcentage d'adolescents s'étant rendus chez le chirurgien-dentiste au moins une fois 35
3.2.1.2. Pourcentage de refus de prise en charge en cabinet de ville 36
3.2.2. Douleurs – Caries - Extractions 37
3.2.3. Réalisation du brossage 38
3.2.4. Besoin d'informations concernant le brossage 38
3.2.5. Estimation de la santé bucco-dentaire selon les parents 39
3.2.6. Estimation des connaissances des différentes structures et dispositifs mis en place dans la région Hauts-de-France et en France 39
3.2.6.1. Connaissance du réseau Handident 40
3.2.6.2. Connaissance du dispositif M'T Dent 40
3.2.6.3. Estimation de leur connaissance 41
3.2.7. Participation à un dépistage annuel 41
3.2.8. Les remarques apportées à la fin du questionnaire 42

3.3. Réponses aux questionnaires destinés aux aidants 42
3.3.1. Formation en santé bucco-dentaire 42
3.3.2. Plaintes des adolescents 43
3.3.3. Évaluation subjective de l'état bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap 44

3.4. Réponses aux questionnaires destinés aux infirmières scolaires 45

3.5. Récapitulatif des résultats 46
3.5.1. Réponses des parents aux questionnaires 46
3.5.2. Réponses des aidants aux questionnaires 46
3.5.3. Réponses des infirmières aux questionnaires 47
3.5.4. Estimation de la santé bucco-dentaire selon les parents et les aidants professionnels 47

4. Discussion 47

4.1. Évaluation de la santé bucco-dentaire des adolescents porteurs de handicap 48

4.2. La formation des aidants 49

4.3. Connaissance du programme M'T Dent et de l'association Handident. 50
4.3.1. Association Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS) (34) 52
4.3.2. Handi-acces (36) 52
4.3.3. RHAPSOD'IF : réseau handicap prévention et soins odontologiques d'Ile-de-France (37) 53
4.3.4. Handident Alsace (38) 53

4.4. Besoin d'informations concernant les techniques d'hygiène bucco-dentaire 54

4.5. Refus de prise en charge dans un cabinet de ville 55

4.6. Age du premier rendez-vous 56

4.7. Remarques diverses 57

4.8. Concernant les infirmières scolaires 58

5. Comment améliorer cette prise en charge ? 59

5.1. Le projet Santé Orale et Autonomie (SOA) (51) 59
5.1.1. Formation des chirurgiens-dentistes et du personnel des établissements médico-sociaux 60
5.1.2. Analyse du projet SOA 61

5.2. « Un parcours de santé et de soins sans rupture d'accompagnement » (53) 62
5.2.1. Une formation pour le personnel des institutions (aidants, aides-soignants, infirmiers, éducateurs) 63
5.2.2. Une formation pour les aidants et l'entourage familial 63
5.2.3. Promotion du programme M'T Dent 63
5.2.4. Création d'un registre de chirurgiens-dentistes de proximité 64
5.2.5. Proposition n°12 : prise en charge du MEOPA. 64

5.3. Promotion du réseau Handident (33) 64
5.3.1. Qu'est-ce qu'Handident ? 64
5.3.2. Quels sont ses objectifs ? 64
5.3.3. Fonctionnement et action du réseau Handident 65
5.3.3.1. « Faciliter l'accès aux soins » 65
5.3.3.2. « Développer la prévention » 65
5.3.3.3. « Améliorer l'offre de soin » 65
5.3.4. Comment promouvoir cette association ? 66

5.4. Nouvelle convention : vers une prise en charge du handicap 66
5.4.1. Valorisation de la prise en charge par les chirurgiens-dentistes de ville. 67
5.4.2. Prise en charge des techniques de sédation consciente (MEOPA) 67
5.4.3. Patients concernés 67
5.4.4. Une évolution de la nouvelle convention encore possible 67

5.5. Le contrat d'engagement au service public (CESP) 68
5.5.1. Présentation du contrat d'engagement au service public (60) 68
5.5.2. Vers une diminution de la pénurie en professionnel de santé 68
5.5.3. Dans la région dunkerquoise 69

5.6. Intégration dans la formation initiale d'enseignements relatifs aux soins de personnes en situation de handicap 69

5.7. L'association Dent'dicap 70

5.8. Le service sanitaire 71
5.8.1. Description du service sanitaire 71
5.8.2. Évolution du service sanitaire 71

6. Conclusion 72

Références bibliographiques 74

Table des illustrations : 81

Table des tableaux : 83

Annexes : 84

Annexe n°1 : Questionnaire destiné aux parents 84

Annexe n°2 : Questionnaire destiné aux infirmières scolaires 86

Annexe n°3 : Questionnaire destiné aux aidants 88

Annexe n°4 : Déclaration à la CNIL 90

Annexe n°5 : Plaquette Handident 92

1. Introduction

D'après une étude réalisée en 2015 par le ministère du Travail, en France, 2,7 millions de personnes de 15 à 64 ans déclarent disposer d'une reconnaissance administrative de leur handicap et 5,7 millions indiquent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique les limitant depuis au moins six mois (soit 6,6 % et 15 % de la population) (1). Le diagramme ci-dessous (figure n°1) permet d'avoir une idée du nombre de personnes en situation de handicap en France (2). On remarque à la lecture de ce dernier que :

- 2 750 000 personnes souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle,
- 420 000 ont aussi une reconnaissance administrative,
- 420 000 déclarent également un handicap ressenti,
- 730 000 cumulent ces 3 aspects du handicap.

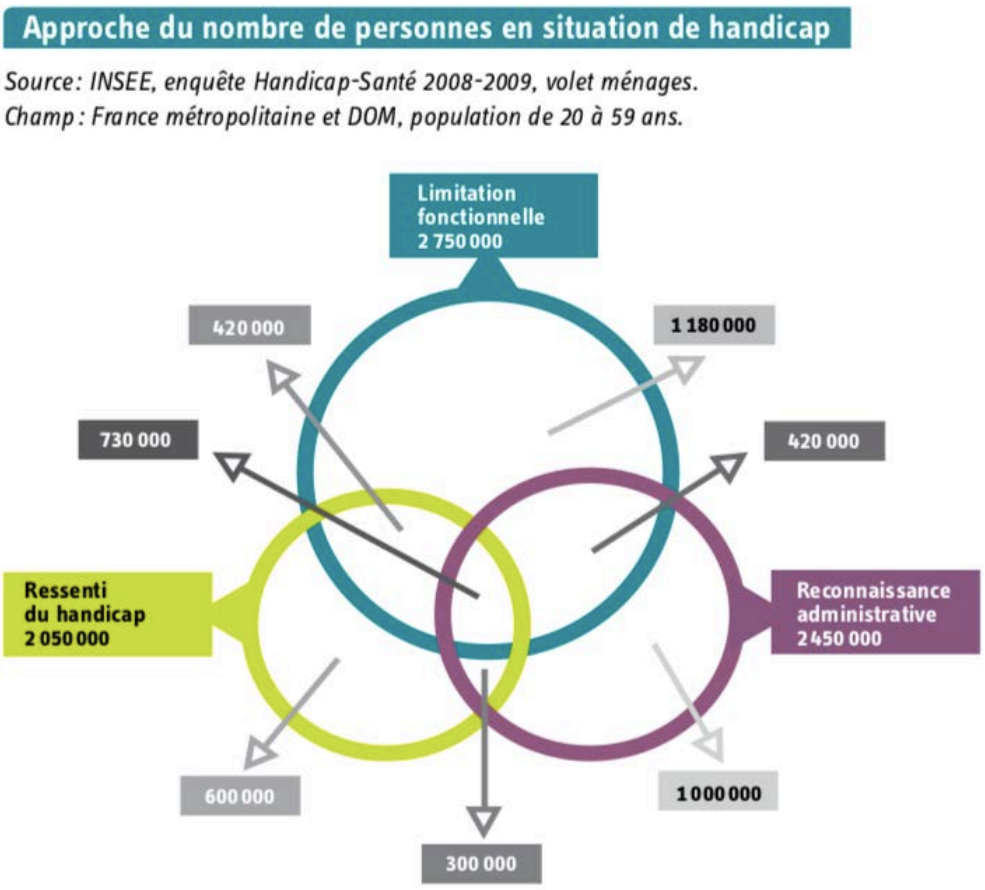

Figure 1 : Approche du nombre de personnes en situation de handicap (2) (3)

Les personnes reconnues en situation de handicap représentent une part non négligeable de la population française. Il faut donc tendre vers une égalité d'accès aux soins pour ces personnes. Néanmoins, force est de constater qu'en 2020, il existe encore des difficultés d'accès aux soins courants. La Haute Autorité de Santé, lors d'une audition publique portant sur « l'accès aux soins des personnes en situation de handicap », a énuméré les différents obstacles que peuvent rencontrer ces patients dans une liste non exhaustive (4).

Ces différents obstacles sont :

- un manque d'information et de formation des acteurs de santé concernant le handicap et ses différentes modalités de prise en charge,
- un manque de compréhension des attentes des patients en situation de handicap ayant des troubles de la communication. Ce manque de compréhension crée un non recours aux soins par peur de communiquer avec le soignant, des erreurs de diagnostic voire des négligences dans la prise en charge,
- l'accessibilité des établissements de soins, obligatoire depuis la loi de 2005 (5),
- l'évolution démographique des personnels de santé et les déserts médicaux qui en découlent,
- une certaine nécessité de rentabilité, qui entre en contradiction avec l'abord des patients en situation de handicap, abord qui nécessite plus de temps pour écouter, pour comprendre et pour soigner.

Dans son relevé de décision du 25 septembre 2013, le comité interministériel du handicap indique que « les personnes handicapées, qu'elles résident en établissement ou à domicile, rencontrent encore des obstacles pour l'accès aux soins courants [...], une bonne part de ces soins se reporte à l'hôpital où, là aussi, les prises en charge sont difficiles, notamment aux urgences »(6).

Pour tenter de pallier à ces obstacles, plusieurs démarches sont mises en place. Au niveau de la région des Hauts de France, on note que récemment, le 10 juillet 2019, l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts de France, le département du Nord, la maison départementale des personnes en situation de handicap (MDPH) et l'éducation nationale ont rejoint la démarche « territoire 100% inclusif » (7).

Cette démarche, définie par le comité interministériel du Handicap en septembre 2017 s'articule autour de 5 axes, parmi lesquels figure le maintien en bonne santé des personnes en situation de handicap. Ainsi, les professionnels de santé, en tant que participants au parcours de vie des personnes en situation de handicap, sont concernés.

Depuis la loi de 1975 (8), première loi en faveur des personnes en situation de handicap, l'accès aux soins constitue un enjeu majeur. 30 ans plus tard, la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap confirme cet enjeu et prône une mise en œuvre concrète de la citoyenneté de ces personnes (5).

Un des plus grands aspects de cette loi est la création de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Ces MDPH sont des référents pour l'ensemble des prestations liées au handicap (9). La philosophie de cette loi veut que les MDPH constituent un guichet unique. Cette évolution simplifie la prise en charge engendrée par la loi de 1975.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées est un groupement d'intérêt public constitué pour une durée indéterminée, dont le conseil départemental (dont le siège est situé à Lille) assure la tutelle administrative et financière (10).

Dans le département du Nord, il existe une MDPH. Celle - ci est organisée autour de différentes antennes implantées localement. Elles sont situées :

- à Dunkerque,
- à Valenciennes,
- à Villeneuve-d'Ascq.

Les missions de la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap sont des missions :

- d'accueil, d'information, d'accompagnement, de conseil des personnes en situation de handicap et de leurs proches,
- d'attribution des droits,
- de sensibilisation de tous les citoyens au handicap (11).

Les MDPH instruisent l'ensemble des demandes relatives aux enfants et aux adultes : carte mobilité inclusion, allocation aux adultes handicapés (AAH),

allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), prestation de compensation du handicap (PCH), orientation scolaire, professionnelle ou vers des établissements ou services médico-sociaux (2).

Suite à ces démarches tentant de simplifier le quotidien des personnes en situation de handicap et 15 ans après la loi de 2005, il semble important de faire un point sur la prise en charge réelle des patients en situation de handicap et sur l'accès aux soins bucco-dentaires. Comme nous l'avons vu précédemment, le parcours de soin de ces patients comportent de nombreux obstacles, il parait donc primordial à ce jour de se demander :

- si les patients et leurs familles se sentent guidés et convenablement informés sur les structures et les autres moyens à leurs dispositions qui pourraient simplifier ce parcours de soin.
- si les aidants professionnels ainsi que les professionnels de santé se sentent capable de prendre en charge un patient porteur de handicap et de lui apporter les gestes et soins relatifs à la santé orale de la manière la plus adaptée possible.

2. Matériels et méthodes

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'adolescence comme « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'adolescence, entre les âges de 10 et 19 ans » (12). Le nombre d'enfants et d'adolescents en situation de handicap scolarisés à la rentrée 2015 en France s'élevait à 350 000 (2). 279 000 soit 80% étaient scolarisés en milieu ordinaire et 20% étaient en établissement hospitalier ou médico-social.

Grâce à la littérature (13) (14), nous savons aujourd'hui que la santé bucco-dentaire des enfants et adolescents porteurs de handicap s'aggrave avec l'âge. Pour élaborer cette étude, il a donc été décidé de s'intéresser aux adolescents en situation de handicap de la région dunkerquoise, population à laquelle nous avions accès.

Dans un premier temps, c'est le public des adolescents scolarisés en milieu ordinaire par le biais des unités localisées d'inclusion scolaire (ULIS) du collège qui a constitué la première base de recueil d'informations. Dans un deuxième temps, ce sont les adolescents relevant des établissements médico-sociaux qui ont constitué la seconde base d'informations.

2.1. Les structures accueillant les adolescents porteurs de handicap dans la région dunkerquoise

2.1.1. Les unités localisées d'inclusion scolaire (ULIS)

2.1.1.1. Présentation du dispositif

Une unité localisée d'inclusion scolaire est un dispositif qui permet aux élèves qui y sont scolarisés de bénéficier d'une organisation pédagogique adaptée à leurs besoins ainsi que d'enseignements adaptés. Elle permet la mise en œuvre de leurs projets personnalisés de scolarisation (PPS). Elles font parties intégrantes de l'établissement scolaire dans lequel elles se situent (15).

Les ULIS permettent d'adapter le temps de scolarisation des élèves dont le handicap ne permet pas d'envisager un temps de scolarisation continue dans une classe du milieu ordinaire. Ils peuvent bénéficier au sein de ces structures, dans le cadre d'un établissement scolaire, d'une scolarisation adaptée (16).

Ce sont les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (17) qui détermine l'orientation d'un élève vers une ULIS et qui lui offre la possibilité de poursuivre en inclusion des apprentissages adaptés et d'acquérir des compétences sociales et scolaires.

Les élèves scolarisés au sein des ULIS présentent des troubles des fonctions cognitives ou mentales, des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, des troubles envahissants du développement (dont l'autisme), des troubles des fonctions motrices, de la fonction auditive, de la fonction visuelle ou des troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladies invalidantes) (16).

Ces élèves disposent d'un temps de scolarisation au sein d'une classe du milieu ordinaire de son établissement où ils peuvent effectuer des apprentissages à un rythme équivalent à celui des autres élèves (7).

2.1.1.2. Les différents types d'ULIS (15)

À chaque ULIS est associé un type de handicap. À ce jour, il existe des ULIS :

- TFC : ULIS qui accueille des élèves avec des Troubles des Fonctions Cognitives ou Mentales.

- TSLA : ULIS qui accueille des élèves avec des Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages.

- TED : ULIS qui accueille des élèves avec des Troubles Envahissants du Développement (dont l'autisme).

- TFM : ULIS qui accueille des élèves avec des Troubles des Fonctions Motrices.

- TFA : ULIS qui accueille des élèves avec des Troubles de la Fonction Auditive.

- TFV : ULIS qui accueille des élèves avec des Troubles de la Fonction Visuelle.

- TMA : ULIS qui accueille des élèves avec des Troubles Multiples Associés (pluri-handicap ou maladie invalidante).

2.1.1.3. Les Ulis-école et les Ulis collège-lycée

À compter du 1er septembre 2015, qu'ils soient situés dans une école, un collège ou un lycée, tous les dispositifs de scolarisation des établissements scolaires destinés aux élèves en situation de handicap sont dénommés unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) : ULIS-école, ULIS-collège et ULIS-lycée (16).

Les ULIS-écoles remplacent donc les anciennes classes d'intégration scolaire (CLIS), par abrogation de la circulaire n° 2009-087 du 17 juillet 2009 (15).

2.1.1.4. Les différentes structures dans le bassin dunkerquois

Le tableau ci-dessous (tableau n°1) permet d'associer chaque ULIS du bassin dunkerquois à sa ville d'implantation, aux types de handicap qu'elle accueille et au nombre d'élèves qui y sont scolarisés pour l'année scolaire 2018/2019.

Tableau 1 : Les ULIS implantées au sein du bassin dunkerquois

	Ville d'implantation	**Type d'ULIS**	**Nombre d'enfants scolarisés**
Ulis Anne Franck	Grande-Synthe	Troubles des fonctions cognitives	14 élèves
Ulis Boris Vian	Coudekerque Branche	Troubles des fonctions cognitives	11 élèves
Ulis Gaspard Malo	Dunkerque	Troubles envahissants du développement	14 élèves
Ulis Jean Zay	Dunkerque	Troubles spécifiques du langage	13 élèves
Ulis Lucie Aubrac	Dunkerque	Troubles des fonctions motrices	13 élèves

Ulis Maxence Van Der Mersh	Capelle-la-grande	Troubles spécifiques du langage	14 élèves
Ulis Moulin	Grande-Synthe	Troubles des fonctions cognitives	15 élèves
Ulis Pierre et Marie Curie	Gravelines	Troubles des fonctions cognitives	12 élèves
Ulis Septentrion	Bray-Dunes	Troubles des fonctions cognitives	14 élèves
Ulis Van Hecke	Dunkerque	Troubles des fonctions auditives	12 élèves
Ulis Westhoek	Coudekerque Branche	Troubles des fonctions motrices	16 élèves

La carte ci-dessous (figure n°2) permet d'apprécier l'emplacement de chaque ULIS sur le bassin de Dunkerque.

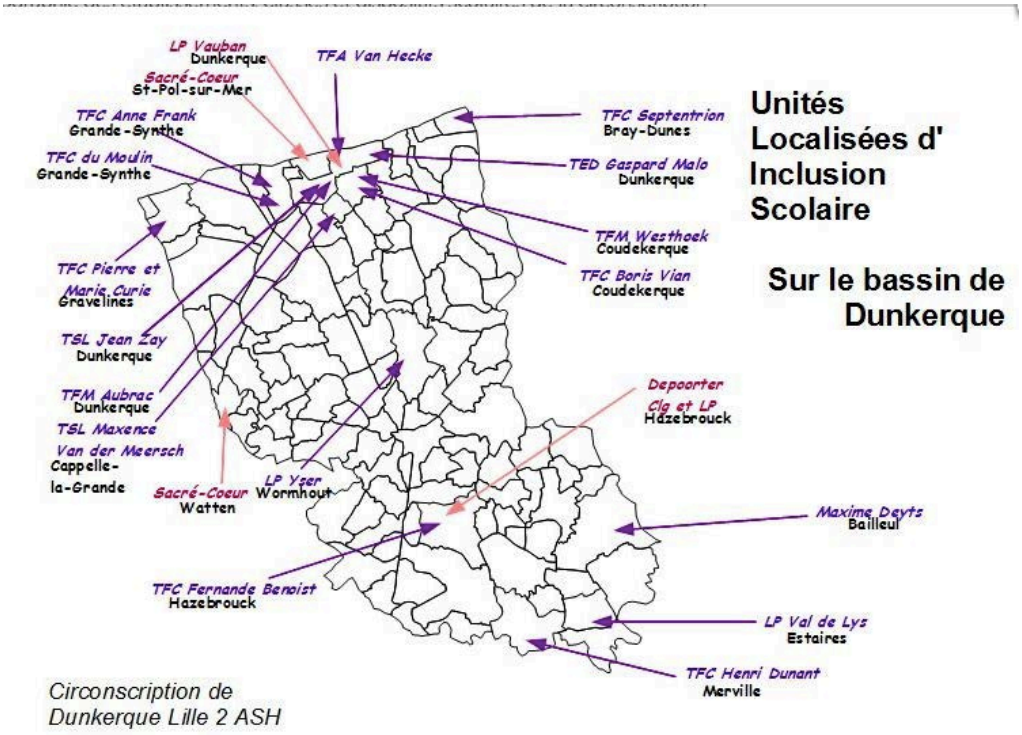

Figure 2 : Cartographie des unités localisées d'inclusion scolaire sur le bassin de Dunkerque (19)

2.1.2. Les instituts médico-éducatifs (IME)

Les instituts médico-éducatifs sont des établissements qui accueillent des enfants et adolescents en situation de handicap. Ils sont régis par l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 (20) et la circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989 (21). Ils regroupent les anciens instituts médico-professionnels et

les instituts médico-pédagogiques. Ils sont généralement créés par des fondations caritatives. Dorénavant, la plus grande partie des IME est à financement presque exclusivement public (après agrément par la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS)) mais elle reste à gestion associative dans la majorité des cas. L'accueil en demi-pension y est possible ainsi que l'internat (22).

La réglementation concernant les IME est inscrite dans le paragraphe 1 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du Code de l'action sociale et des familles (23).

Les décisions d'orientation vers ce type d'établissement sont prononcées par la MDPH après examen des dossiers.

2.1.2.1. Rôles des instituts médico-éducatifs (24)

Les objectifs des IME sont au nombre de 7. Ils consistent en :

- l'accueil des enfants en situation de handicap en externat, en semi-internat ou en internat, à temps complet ou à temps partiel,
- l'intervention interdisciplinaire (qui permet d'amener le jeune à prendre conscience de ses ressources, de ses difficultés et de tendre vers l'autonomie),
- les soins et rééducations,
- le maintien du lien avec le milieu familial et social,
- la scolarisation des enfants dans des dispositifs ordinaires ou adaptés,
- le suivi assuré pendant une période définie,
- la participation à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées.

2.1.2.2. Les IME dans le bassin dunkerquois

Comme évoqué précédemment, les IME sont restés à gestion associative dans la majorité des cas. Dans le bassin de Dunkerque, c'est l'association « Les Papillons Blancs » qui s'occupe de gérer 3 des IME qui ont participé à notre étude (c'est-à-dire l'IME du Banc Vert, l'IME de Rosendaël et l'IME de Coppenaxfort) (25). Celle-ci a été créée en 1961 et est dirigée par des comités de parents, impliqués et mobilisés pour les personnes en situation de handicap du bassin dunkerquois. C'est une association qui fait partie de l'Union nationale des parents

et amis des personnes handicapées mentales (UNAPEI), première fédération d'associations françaises de représentation et de défense des intérêts des personnes handicapées mentales et de leurs familles (26). L'IME Louis Christians est géré quant à lui par l'association AFEJI qui est une association créée en 1962. Elle est reconnue « association de bienfaisance ». Sa mission est d'assurer la formation, l'éducation, la rééducation et les soins des usagers accueillis dans de nombreux établissements répartis sur l'ensemble du département du Nord (27).

Le tableau ci-dessous (tableau n°2) indique le nombre de résidents présents dans ces IME du bassin dunkerquois et le nombre d'aidants professionnels y travaillant.

Tableau 2 : Les IME implantés au sein du bassin dunkerquois

	Ville d'implantation	**Nombres de résidents**	**Nombres d'aidants**
IME de Coppenaxfort	Craywick	60	40
IME du Banc Vert	Dunkerque	60	40
IME Louis Christians	Gravelines	58	40
IME de Rosendaël	Dunkerque	68	40

Nous pouvons ajouter que l'IMED (Institut Médico-Éducatif Dunkerque) n'a pas souhaité nous recevoir afin de distribuer les questionnaires.

La carte ci-dessous (figure n°3) permet d'apprécier l'emplacement des I.M.E du bassin dunkerquois.

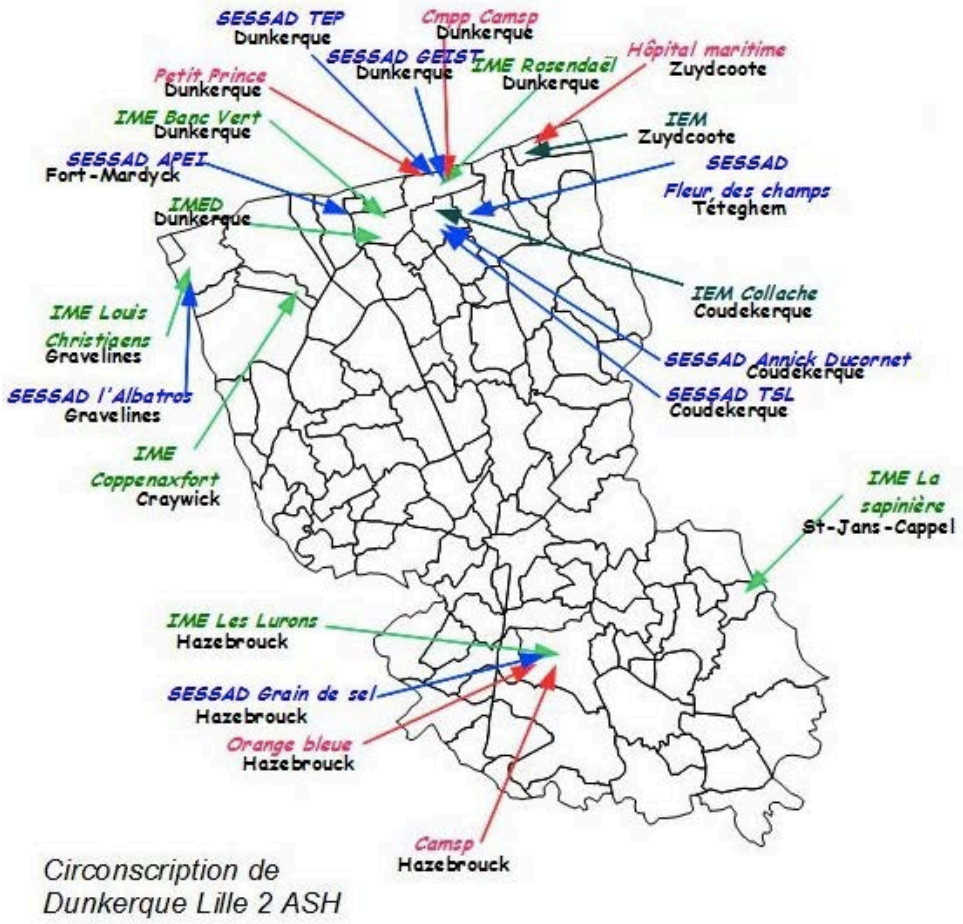

Figure 3 : Cartographie d'implantation des IME sur le bassin de Dunkerque (19)

2.2. La prise en charge de la santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap dans ces structures

La prise en charge de la santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap au sein de ces structures est variable :

Dans les ULIS, le brossage est réalisé à la maison, par l'adolescent lui-même ou avec l'aide d'un adulte.

Dans les IME, cela dépend du statut de l'adolescent. S'il est en externat, le brossage sera réalisé à la maison. En revanche, s'il est en internat, le brossage pourra être réalisé sous la supervision d'un aidant si cela semble nécessaire.

2.3. Mise en place de 3 questionnaires afin d'évaluer la prise en charge de la santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap

Dans l'objectif d'évaluer la prise en charge de la santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap dans la région dunkerquoise ainsi que le

ressenti de ces personnes face à l'état actuel de cette prise en charge, il a été décidé de réaliser un questionnaire à destination des parents d'adolescents en situation de handicap, des infirmières scolaires des collèges accueillant une ULIS et des aidants employés au sein des IME.

Pour plus de simplicité, il a été décidé de ne pas réaliser de questionnaire destiné aux adolescents en situation de handicap eux-mêmes. En effet, les handicaps rencontrés dans cette étude étant nombreux et différents et demandant donc une approche personnalisée, il aurait été trop complexe d'inclure les adolescents en situation de handicap dans cette étude.

Le questionnaire destiné aux infirmières scolaires étant potentiellement identifiant, une autorisation préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) était requise (annexe n°4).

Concernant les questionnaires destinés soit aux parents soit aux aidants, il n'a pas été nécessaire de réaliser une déclaration à la CNIL, les questionnaires étant totalement anonymes.

2.3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par auto-questionnaire. Les questionnaires (annexe n°1 ; n°2 ; n°3) n'ont pas tous la même population cible.

Les questionnaires s'adressent :

- aux parents d'adolescents en situation de handicap scolarisés en ULIS ou en institution (IME),
- aux infirmières scolaires des établissements comportant une ULIS,
- aux aidants professionnels des IME.

2.3.2. Lieux d'étude

L'étude est multicentrique. Elle s'est déroulée dans 11 ULIS collège ainsi que dans 4 I.M.E du bassin dunkerquois.

2.3.3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée de janvier 2019 à juin 2019.

2.3.4. Les populations étudiées

Les populations étudiées sont :

- Les parents d'adolescents en situation de handicap,
- Les infirmières scolaires des établissements accueillant une ULIS,
- Les aidants travaillant au sein des IME.

La réponse au questionnaire est basée sur le volontariat et les données ont été étudiées de manière anonyme.

2.3.5. Méthode de diffusion des questionnaires

Avant toute démarche, une information verbale a été délivrée aux participants de l'étude (infirmières scolaires et aidants) en ce qui concerne les modalités de réalisation et l'objectif de cette étude. De plus, un en-tête descriptif a été placé avant chaque questionnaire afin que chaque participant puisse avoir les informations.

2.3.5.1. Les parents d'adolescents en situation de handicap

Il a été remis un certain nombre de questionnaires aux enseignants chargés des ULIS et aux aidants des IME. Ils les ont eux-mêmes distribués aux parents de leurs élèves. Une urne a été placée dans l'établissement afin de recueillir les questionnaires restitués et remplis.

2.3.5.1.1. Nombre d'adolescents scolarisés dans les collèges participant à l'étude

Le tableau ci-dessous (tableau n° 3) indique, pour chaque ULIS démarchée, le nombre d'élèves scolarisés.

Tableau 3 : Nombre d'élèves scolarisés dans chaque ULIS

Collèges	Nombre d'élèves
Collège Anne Franck	14
Collège Boris Vian	11
Collège Gaspard Malo	14
Collège Jean Zay	13
Collège Lucie Aubrac	13
Collège Maxence Van Der Mersh	14
Collège du Moulin	15
Collège Pierre et Marie Curie	12
Collège du Septentrion	14
Collège Van Hecke	12
Collège du Westhoek	16
Total	148

2.3.5.1.2. Nombre de résidents dans les IME participant à l'étude

Le tableau ci-dessous (tableau n°4) indique, pour chaque I.M.E, le nombre de résidents.

Tableau 4 : Nombre de résidents accueillis dans chaque IME

Instituts	Ville	Nombre de résidents
I.M.E de Coppexnafort	Coppenaxfort	60
I.M.E du Banc vert	Petite synthe	60
I.M.E Louis Christians	Gravelines	58
I.M.E de Rosendaël	Rosendaël	68
	Total	246

2.3.5.2. Les infirmières scolaires des établissements accueillant une unité localisée d'inclusion scolaire.

Il a été remis en main propre un questionnaire à chaque infirmière scolaire de chaque collège démarché.

2.3.5.3. Les aidants travaillant au sein des instituts médico-éducatifs.

Un questionnaire est remis en main propre aux aidants des instituts médico-éducatifs démarchés. Le tableau ci-dessous (tableau n°5) indique le nombre de questionnaires distribués aux aidants professionnels.

Tableau 5 : Nombre d'aidants professionnels dans chaque IME

Instituts	Ville	Nombre d'aidants
I.M.E de Coppexnafort	Coppenaxfort	40
I.M.E de Rosendaël	Rosendaël	40
I.M.E du Banc vert	Petite synthe	40
I.M.E Louis Christiaens	Gravelines	40
	Total	160

3. Résultats des questionnaires

3.1. Analyse des résultats

3.1.1. Taux de participation

Concernant les collèges, 148 questionnaires ont été distribués aux parents d'élèves et 42 questionnaires ont été récupérés (tableau n°6) ce qui équivaut à un taux de participation de 28,38%.

Concernant les IME, sur 246 questionnaires distribués aux parents d'élèves, 73 questionnaires ont été récupérés (tableau n°7), ce qui équivaut à un taux de participation de 29,67%.

Concernant les aidants, 160 questionnaires ont été distribués et 21 récupérés (tableau n°8), ce qui équivaut à un taux de participation de 13%.

Concernant les infirmières scolaires, 11 questionnaires ont été distribués et 5 récupérés, ce qui équivaut à un taux de participation de 45%.

Nous obtenons donc un taux de participation global de 29,01%, ce qui correspond aux taux généralement obtenus dans ce type d'étude.

Nous pouvons également spécifier qu'un I.M.E (I.M.E Louis Christians) n'a pas souhaité participer à l'étude alors que les questionnaires ont été fournis ainsi que 4 U.L.I.S (Gaspard Malo, Van Der Mersch, Septention et Van Ecke). En effet, certains enseignants de ces collèges ont considéré que leurs élèves ne faisaient

pas partie de l'étude car leur handicap ne constituait pas, selon eux, un frein à l'accès aux soins (U.L.I.S TED ou TSL).

Tableau 6 : Nombre d'élèves ayant répondus aux questionnaires par collège

Collèges	Nombre d'élèves	Nombre de questionnaires récupérés
Collège Anne Franck	14	9
Collège Boris Vian	11	9
Collège Gaspard Malo	14	/
Collège Jean Zay	13	3
Collège Lucie Aubrac	13	5
Collège Maxence Van Der Mersh	14	/
Collège du Moulin	15	5
Collège Pierre et Marie Curie	12	6
Collège du Septentrion	14	/
Collège Van Hecke	12	/
Collège du Westhoek	16	5
Total	148	42

Tableau 7 : Nombre de parents de résidents ayant répondus aux questionnaires par IME

Instituts	Ville	Nombre de résidents	Nombre de questionnaires récupérés
I.M.E de Coppexnafort	Coppenaxfort	60	23
I.M.E du Banc vert	Petite synthe	60	31
I.M.E Louis Christians	Gravelines	58	/
I.M.E de Rosendaël	Rosendaël	68	19
Total		246	73

Tableau 8 : Nombre d'aidants professionnels ayant répondus dans chaque IME

Instituts	**Ville**	**Nombre d'aidants**	**Nombre de questionnaires récupérés**
I.M.E de Coppexnafort	Coppenaxfort	40	12
I.M.E de Rosendaël	Rosendaël	40	6
I.M.E du Banc vert	Petite synthe	40	3
I.M.E Louis Christiaens	Gravelines	40	/
Total		160	21

3.1.2. Caractéristiques de l'échantillon

Pour le questionnaire destiné aux parents d'adolescents en situation de handicap, il était demandé de préciser de quel type de handicap était porteur leur enfant. À la lecture des résultats, nous pouvons indiquer que les handicaps rencontrés dans cette étude sont :

- la trisomie 21,
- les troubles envahissants du développement dont l'autisme,
- la dysphasie,
- la dyspraxie,
- le syndrome de Rett,
- la mutation CDK13,
- le syndrome de l'X fragile,
- l'épilepsie sévère,
- le syndrome de Turner,
- le syndrome de Wiederman Steiner,
- la trisomie 47 ou syndrome de Klinefelter,
- l'hémiplégie,
- les troubles des fonctions cognitives.

L'échantillon est donc hétérogène.

L'âge des adolescents en situation de handicap participant à l'étude s'étale de 11 ans à 16 ans.

Pour le questionnaire destiné aux professionnels travaillant au sein des IME, il a été demandé de préciser leur fonction au sein de l'établissement. Ainsi, nous avons recueilli des questionnaires de la part :

- d'éducateurs spécialisés,
- d'infirmières,
- d'ergothérapeutes,
- de psychomotriciens,
- de psychologues,
- d'enseignants spécialisés.

On remarque que certaines professions ne participent pas aux gestes d'hygiène bucco-dentaire au sein des établissements. En revanche, ces professions peuvent recueillir les plaintes des enfants et des parents et nous en faire part dans le questionnaire.

3.2. Réponses aux questionnaires destinés aux parents d'adolescents porteurs de handicap

3.2.1. Premier rendez-vous et refus de soins

3.2.1.1. Pourcentage d'adolescents s'étant rendus chez le chirurgien-dentiste au moins une fois

À la lecture du graphique ci-dessous (figure n°4), on note qu'environ ¾ des parents ayant répondu aux questionnaires ont indiqué avoir emmené au moins une fois leur enfant chez un chirurgien-dentiste.

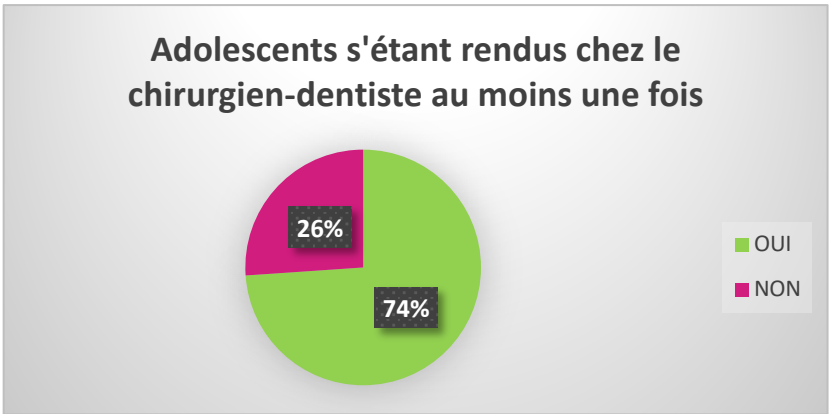

Figure 4 : Adolescents s'étant rendus au moins une fois chez le chirurgien-dentiste

L'âge moyen du premier rendez-vous chez un chirurgien-dentiste est de : 7,4 ans.

3.2.1.2. Pourcentage de refus de prise en charge en cabinet de ville

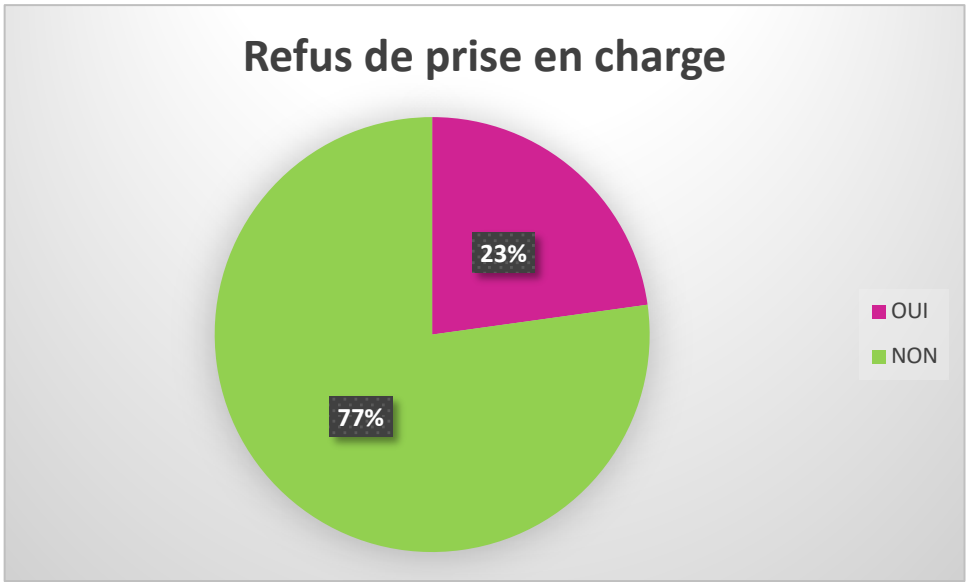

Figure 5 : Pourcentage de parents ayant été confrontés à un refus de prise en charge

On remarque à la lecture du diagramme ci-dessus (figure n°5) que 23% des adolescents en situation de handicap participant à l'étude ont subi un refus de prise en charge par un chirurgien-dentiste. Les parents ont indiqué que certains refus étaient dus à :

- l'âge du patient,
- le risque de morsure ressenti par le chirurgien-dentiste,
- la peur du patient,
- le manque de prise en charge des soins apportés aux enfants en situation de handicap,
- la Couverture Médicale Universelle (CMU) dont bénéficient certains des participants à l'étude et qui est refusée dans leur cabinet dentaire.

Suite à ce refus, il a été demandé si les patients ont su où s'orienter pour réaliser les soins nécessaires à leur enfant. À la lecture du diagramme ci-dessous, on remarque que 65% des patients ayant subi un refus lors de leur rendez-vous chez un chirurgien-dentiste ont été orientés vers d'autres structures où la prise en charge semblait possible. Certains ont été envoyés chez un chirurgien-dentiste pédiatrique par leur chirurgien-dentiste, d''autres au Centre Hospitalier de Dunkerque (CHD) ou d'autres au sein du service Handicap Adulte du service

d'odontologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. On note en revanche que 35% des patients n'ont pas su où faire soigner leur enfant (figure n°6).

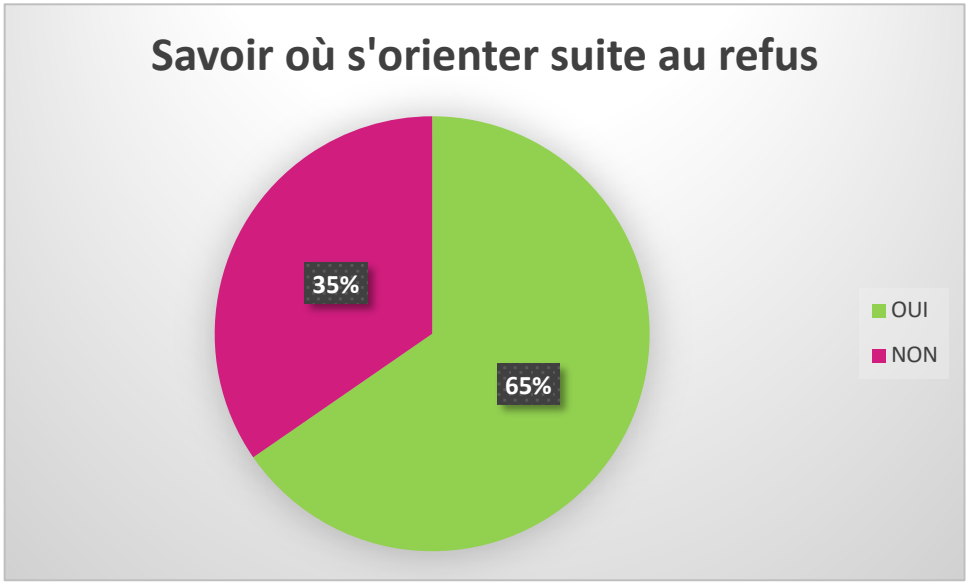

Figure 6 : Pourcentage de parents ayant su où s'orienter suite à un refus

3.2.2. Douleurs – Caries - Extractions

Il a été demandé aux parents si leur adolescent s'était déjà plaint de douleurs dentaires, s'il avait déjà eu une carie et si une dent avait déjà été extraite.

Le diagramme ci-dessous (figure n°7) montre que les pourcentages sont quasiment à égalité entre le « oui » et le « non ». Plus de la moitié des répondants ont reçu des plaintes de douleurs dentaires de la part de leur enfant.

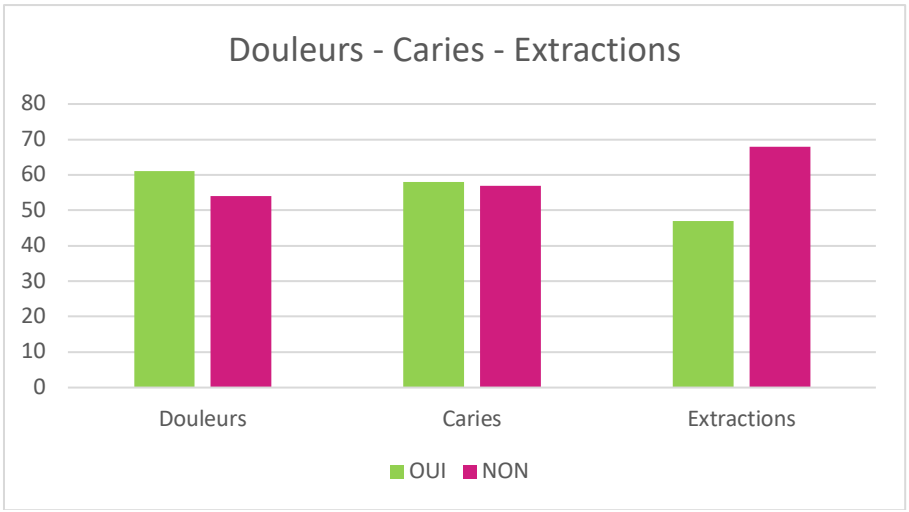

Figure 7 : Pourcentage d'adolescents présentant une douleur, une carie ou ayant déjà eu une extraction dentaire

3.2.3. Réalisation du brossage

Le diagramme ci-dessous (figure n°8) indique que 71% des adolescents en situation de handicap participant à l'étude se brossent les dents de manière autonome et 29% ont besoin d'un aidant, que ce soit l'un de leurs parents ou un aidant extérieur.

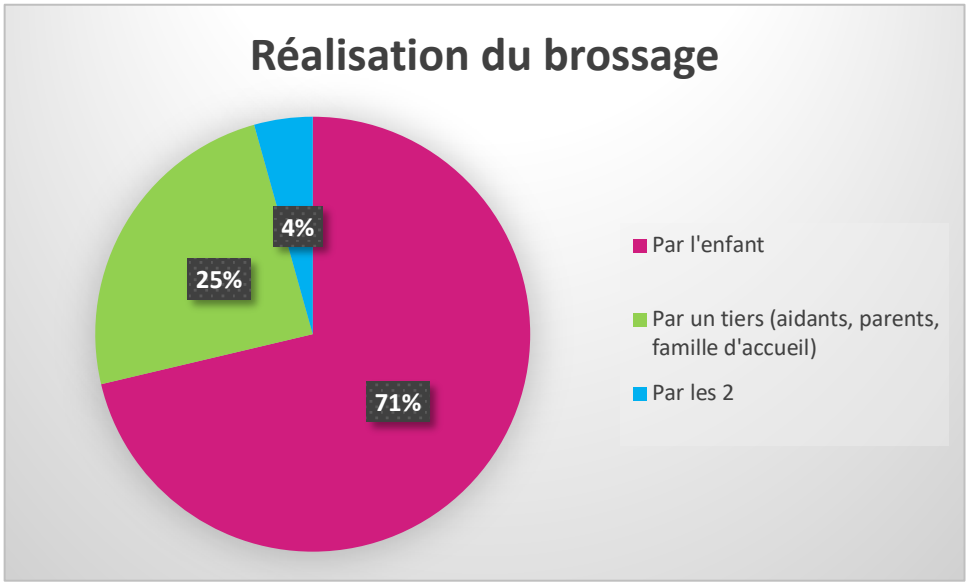

Figure 8 : Personne réalisant le brossage

3.2.4. Besoin d'informations concernant le brossage

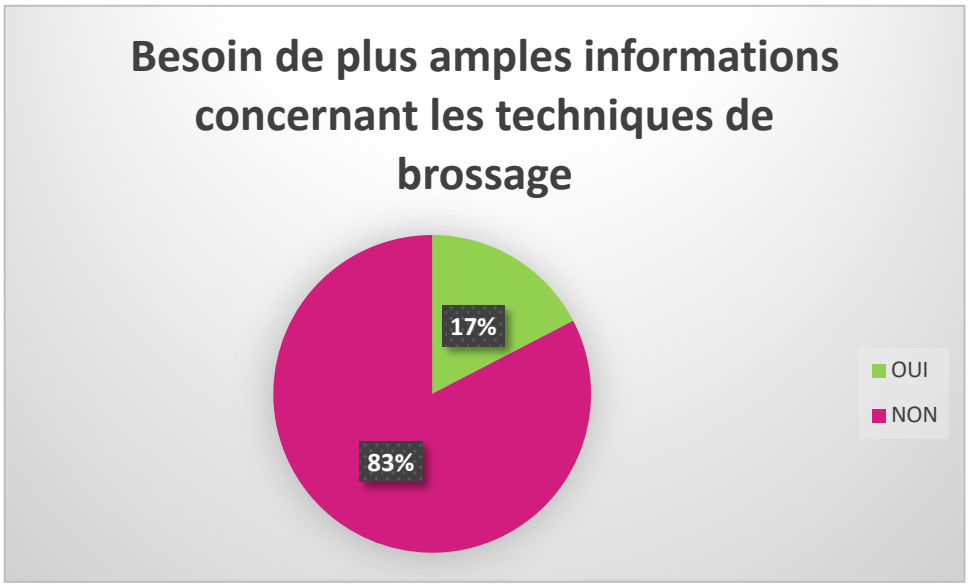

Figure 9 : Pourcentage de parents manifestant ou non le besoin de plus amples informations sur le brossage

Selon le graphique ci-dessus (figure n°9), la majorité (85%) des parents participant à l'étude n'éprouve pas le besoin d'avoir de plus amples informations concernant les techniques de brossage, que ce soit sur le matériel ou sur les gestes à adopter.

3.2.5. Estimation de la santé bucco-dentaire selon les parents

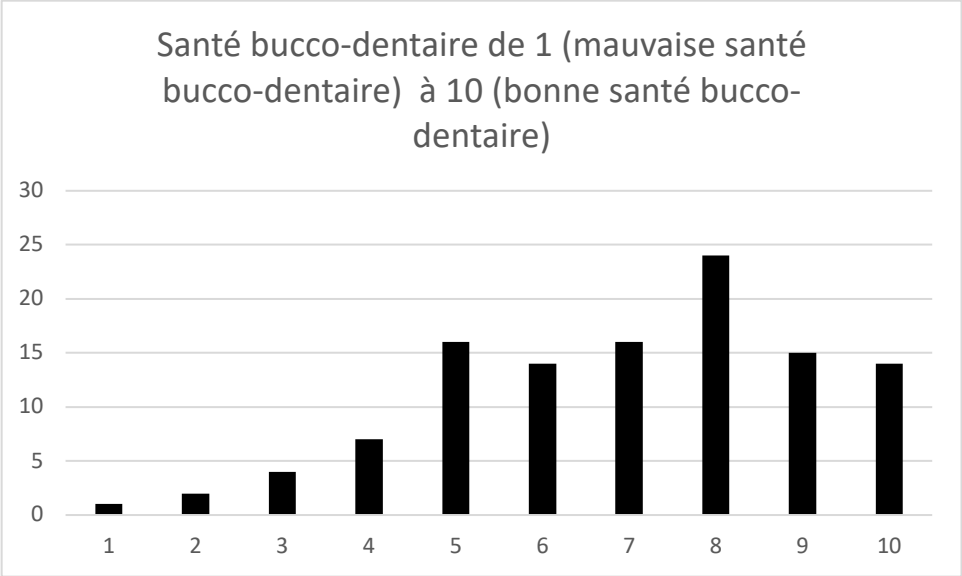

Figure 10 : Santé bucco-dentaire de 1 à 10 selon les parents d'adolescents en situation de handicap

La figure n°10 montre que les parents estiment la santé bucco-dentaire de leur enfant au-dessus de la moyenne.

3.2.6. Estimation des connaissances des différentes structures et dispositifs mis en place dans la région Hauts-de-France et en France

Dans la dernière partie du questionnaire, il a été demandé si les parents d'adolescents en situation de handicap connaissaient les dispositifs mis en place pour encourager et simplifier la consultation chez un chirurgien-dentiste.

3.2.6.1. Connaissance du réseau Handident

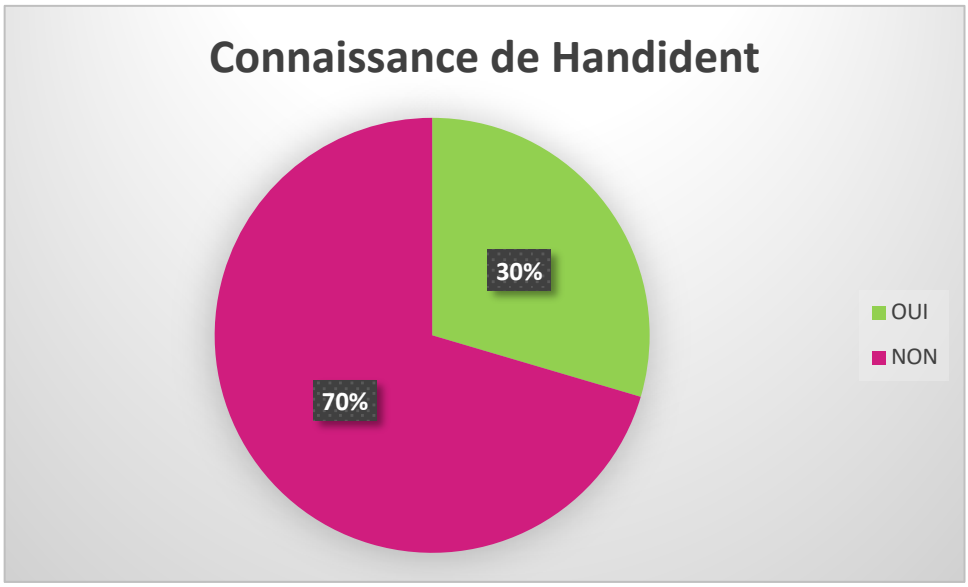

Figure 11 : Pourcentage de parents connaissant ou non le réseau Handident

À l'aide de ce graphique (figure n°11), on note que 70% des parents d'adolescents en situation de Handicap ne connaissent pas l'association Handident.

3.2.6.2. Connaissance du dispositif M'T Dent

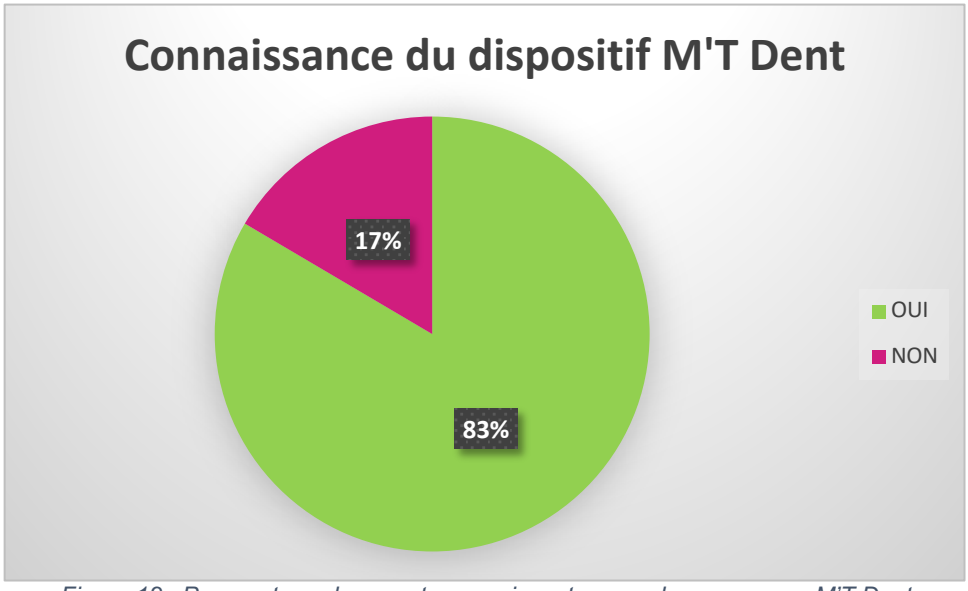

Figure 12 : Pourcentage de parents connaissant ou non le programme M'T Dent

Nous remarquons avec ce graphique (figure n°12) que la majorité des répondants connaît le programme M'T Dent (83%).

3.2.6.3. Estimation de leur connaissance

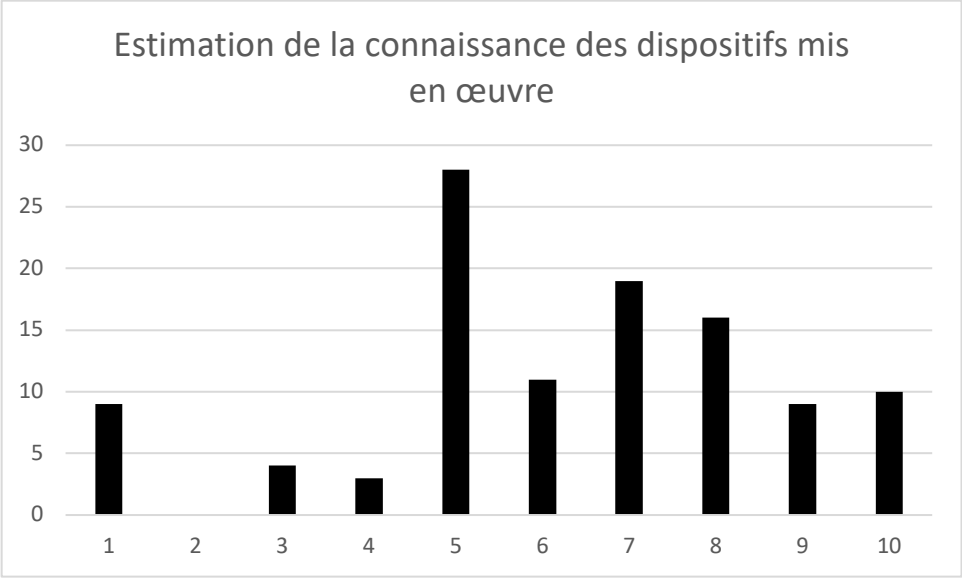

Figure 13 : Estimation de la connaissance des dispositifs existant de 1 à 10

Grâce à ce graphique (figure n°13), on remarque que les parents estiment leurs connaissances des différents dispositifs (Handident, M'T Dent, etc) en majorité au-dessus de la moyenne.

3.2.7. Participation à un dépistage annuel

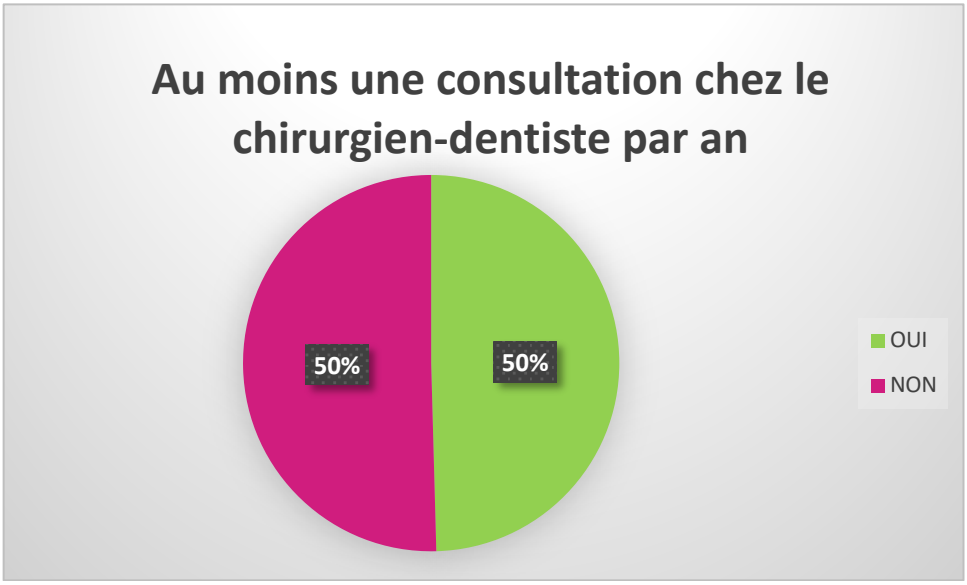

Figure 14 : Pourcentage d'adolescents s'étant rendus au moins une fois par an chez le chirurgien-dentiste

Le graphique ci-dessus (figure n°14) indique que la moitié des participants à l'étude emmènent au moins une fois par an leur enfant consulter un chirurgien-dentiste.

3.2.8. Les remarques apportées à la fin du questionnaire

À la fin du questionnaire, un encadré a été introduit afin que les participants nous fassent part de leurs remarques. Le tableau n°9 répertorie ces dernières.

Tableau 9 : Recueil des remarques diverses.

Remarques recueillies
- « Très peur du dentiste » - « Mauvaise prise en charge par les mutuelles des appareils dentaires, beaucoup de cabinets demandent l'avance des soins » - « Mon enfant ne sait pas cracher correctement, petit il avalait le dentifrice, ado il lui est encore difficile de se rincer la bouche correctement » - « Enfant scolarisé pendant 7 ans en IEM, pas de passage APESAL, selon la CPAM, nombre d'enfants insuffisant pour que ce programme se déplace en établissement spécialisé. » - « Handicap pas assez pris en compte pour les soins bucco-dentaires » - « Parfois, dentistes trop expéditifs avec le patient. Un peu plus de douceur et de compréhension seront appréciés » - « Dentiste qui vient une fois par an à l'IME pour dépistage et habituer les enfants » - « Handident injoignable » - « Refus de 10 cabinets dentaires » - « Pas assez de dentistes spécialisés pour enfants handicapés » - « Nous étions perdus et ne savions pas où faire soigner notre fils. Il a beaucoup souffert de caries. Après des recherches sur le net, nous avons pris rendez-vous à la faculté de chirurgie dentaire de Lille puis opérations à Seclin pour extractions dentaires » - « Refus du brossage » - « Besoin de stimulation pour le brossage, ne sait pas cracher » - « Soin à la faculté de chirurgie dentaire » - « Trouver des dentistes qui soignent le handicap devient très rare. Il faut qu'il accepte vu le temps et la patience que cela prend pour ouvrir la bouche » - « Difficultés à rencontrer un dentiste compréhensif et sachant accueillir, mettre en confiance le jeune » - « Je souhaite que ma fille aie un meilleure brossage »

3.3. Réponses aux questionnaires destinés aux aidants

3.3.1. Formation en santé bucco-dentaire

La première question du questionnaire destinée aux aidants travaillant au sein des IME traitait de leur formation en santé bucco-dentaire. À la lecture du graphique ci-dessous (figure n°15), on remarque que 76% de ces aidants n'ont pas reçu de formation concernant la santé bucco-dentaire, que ce soit sur les techniques de brossage, l'alimentation ou l'importance de tout cela chez les enfants et adolescents porteurs de handicap.

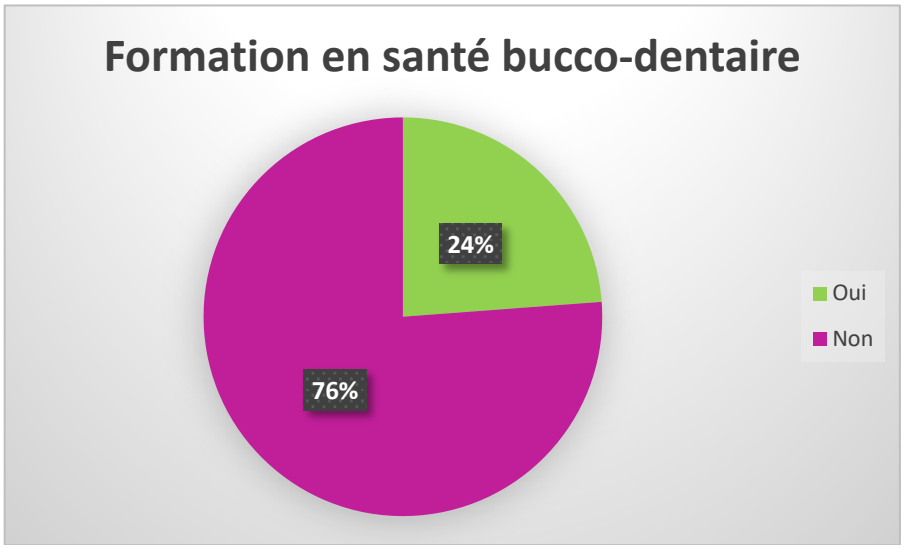

Figure 15 : Pourcentage d'aidants ayant reçus une formation en santé bucco-dentaire

La lecture du graphique ci-dessous (figure n°16) nous permet de noter que, parmi les aidants répondant, 62% souhaiteraient suivre une formation plus approfondie en santé bucco-dentaire.

Ils nous ont indiqué que cette formation pourrait prendre la forme d'un film, d'une mise en pratique avec matériel et d'enseignement théorique.

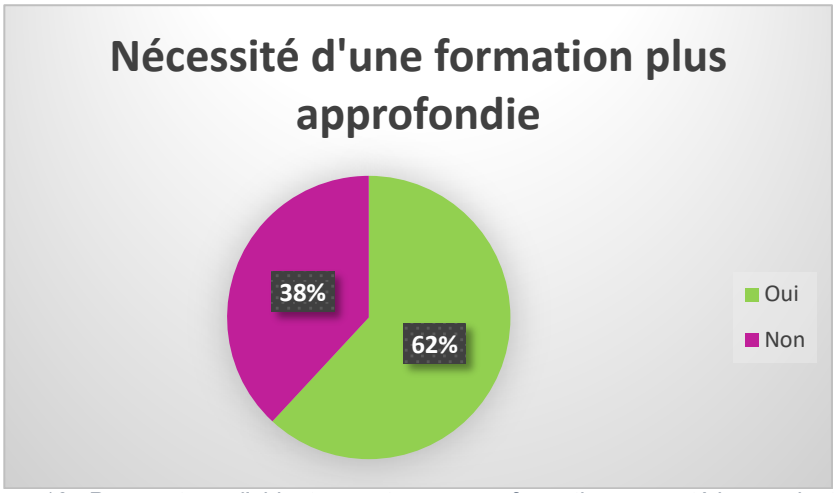

Figure 16 : Pourcentage d'aidants ayant reçus une formation en santé bucco-dentaire

3.3.2. Plaintes des adolescents

À la question relative aux plaintes des adolescents porteurs de handicap rapportées par les aidants, nous notons à l'aide de la figure n°17 que 100% des aidants indiquent que les enfants se sont plaints de douleurs dentaires, 80% de caries et 53% d'abcès dentaires. On note également que 66% se sont plaints d'une halitose.

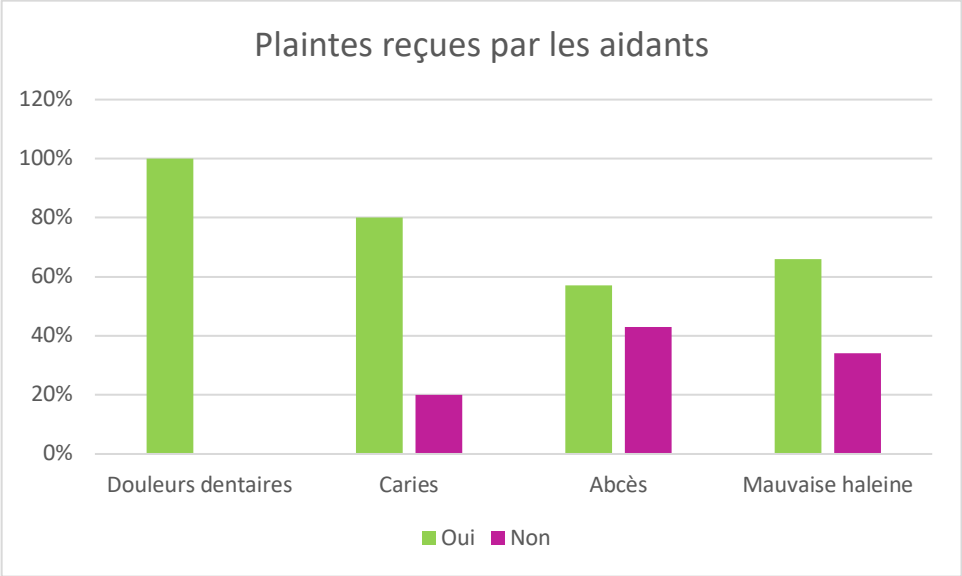

Figure 17 : Plaintes des adolescents porteurs de handicap

3.3.3. Évaluation subjective de l'état bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap

Voici les résultats à la question « Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'état bucco-dentaire des enfants en situation de handicap ? » avec une échelle égale à :

- 1 = mauvais état bucco-dentaire
- 10 = bon état bucco-dentaire

À la lecture du graphique (figure n°18), on remarque que les aidants évaluent l'état bucco-dentaire de ces enfants en majorité en dessous de la moyenne, avec un pic à 4/10.

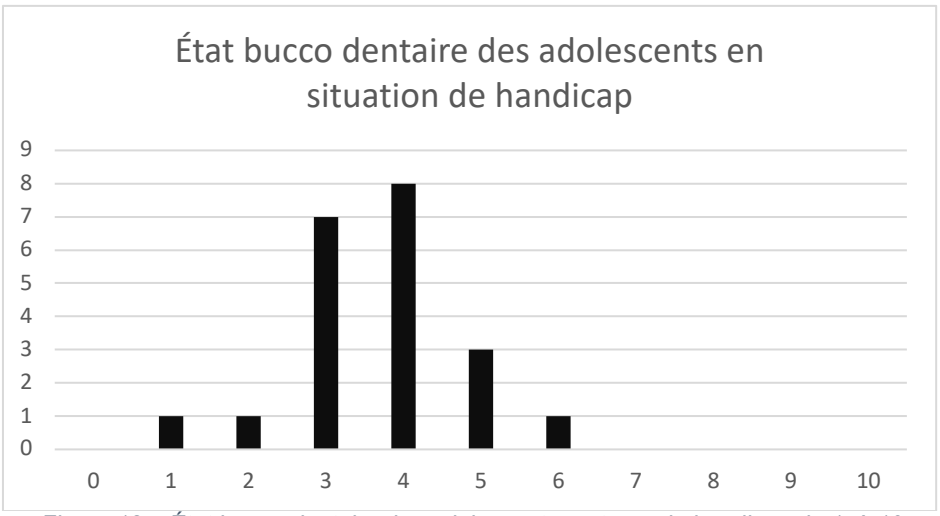

Figure 18 : État bucco-dentaire des adolescents porteurs de handicap de 1 à 10

3.4. Réponses aux questionnaires destinés aux infirmières scolaires

La première question de ce questionnaire portait sur la formation initiale des infirmières scolaires et plus précisément sur leur formation relative à la santé bucco-dentaire et son importance chez les personnes en situation de handicap. L'analyse des réponses à cette question (figure n°19) montre que 80% des infirmières n'ont pas reçu ce type de formation. Ceci peut donc expliquer le taux de réponses positives égal à 100% à la deuxième question qui abordait le sujet de la nécessité d'une formation plus approfondie dans ce domaine.

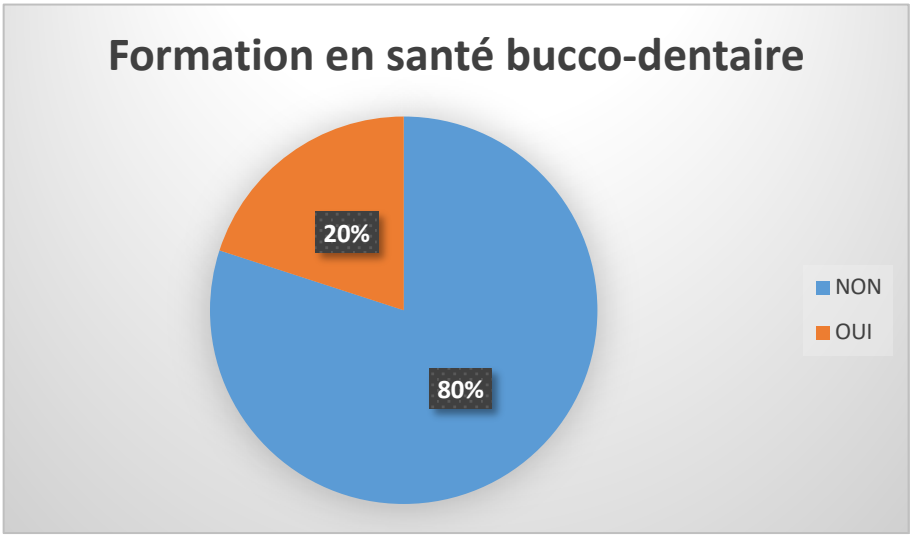

Figure 19 : Pourcentage d'infirmière ayant reçu une formation en santé bucco-dentaire

Toutes les infirmières interrogées indiquent qu'elles participent à un dépistage dans les écoles du premier et du second degré. Concernant ce dépistage, nous leur avons demandé quels critères retenaient leur attention. On remarque sur le graphique ci-dessous (figure n°20) que le brossage et la présence de caries sont constamment évalués, contrairement à l'absence de certaines dents et aux manifestations de douleurs. Certaines infirmières nous ont également indiqué porter une certaine importance aux malpositions dentaires.

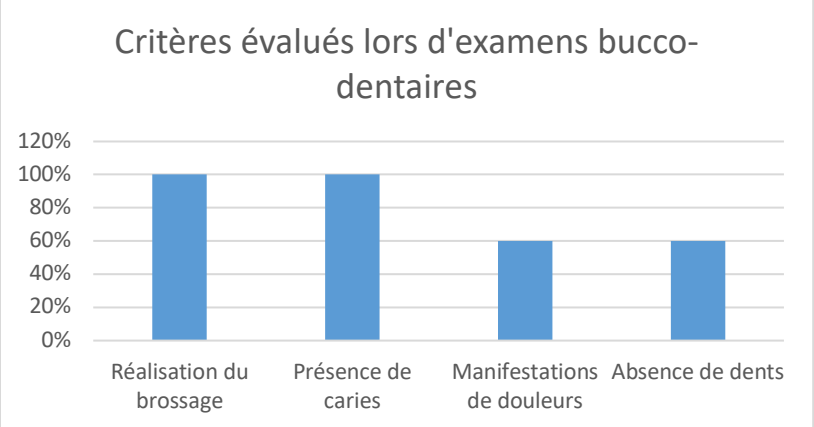

Figure 20 : Critères évalués lors des examens bucco-dentaires

3.5. Récapitulatif des résultats

3.5.1. Réponses des parents aux questionnaires

Tableau 10 : Récapitulatif des réponses des parents d'adolescents en situation de handicap

Questionnaire parents :	**OUI**	**NON**
Au moins eu un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste	74% (n=85)	26% (n=30)
Confrontation à un refus de prise en charge	23% (n=26)	77% (n=88)
Savoir où s'orienter suite au refus	65% (n=17)	35% (n=9)
Connaissance du réseau Handident	30% (n=34)	70% (n=81)
Connaissance du dispositif M'T Dent	83% (=96)	17% (n=19)
Consultation annuelle chez un chirurgien-dentiste	50% (n=57)	50% (n=58)
Besoin d'informations sur le brossage	17% (n=20)	83% (n=95)

Plaintes reçues par les parents :	**OUI**	**NON**
Douleurs	n=61	n=54
Caries	n=58	n=57
Extractions	n=47	n=68

Réalisation du brossage :	**Par l'enfant**	**Par un tiers**	**Par l'enfant avec l'aide d'un tiers**
	71% (n=82)	25% (n=24)	4% (n=5)

3.5.2. Réponses des aidants aux questionnaires

Tableau 11 : Récapitulatif des réponses des aidants

Questionnaire aidants :	**OUI**	**NON**
Formation en santé bucco-dentaire	24% (n=5)	76% (n=16)
Besoin d'une formation plus approfondie	62% (n=13)	38% (n=8)

Plaintes reçues par les aidants :	**OUI**	**NON**
Douleurs	100%	0%
Caries	80%	20%
Abcès	57%	43%
Halitose	66%	34%

3.5.3. Réponses des infirmières aux questionnaires

Tableau 12 : Récapitulatif des réponses des infirmières scolaires

	OUI	NON
Formation en santé bucco-dentaire	20% (n=1)	80% (n=4)
Nécessité d'une formation plus approfondie	100% (n=5)	

Critères examinés lors des examens bucco-dentaires	
Réalisation du brossage	100% (n =5)
Présence de caries	100% (n=5)
Manifestations de douleurs	60% (n=3)
Absence de carie	60% (n=3)

3.5.4. Estimation de la santé bucco-dentaire selon les parents et les aidants professionnels.

Grâce à ce graphique regroupant les résultats aux questions sur l'estimation de la santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap selon les parents (figure n°10) et selon les aidants (figure n°18), nous pouvons souligner que les réponses à cette question s'opposent.

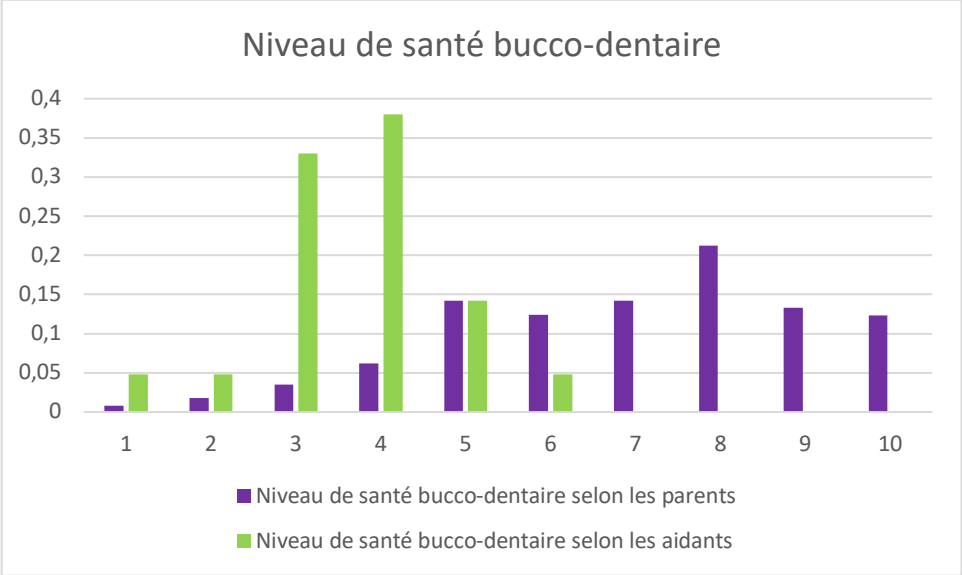

Figure 21 : Niveau de santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap vu par les aidants professionnels et par les parents

4. Discussion

Suite au recueil et à l'analyse des données, nous pouvons mettre en perspective les résultats obtenus afin d'essayer de répondre à notre problématique qui est :

- savoir si les patients et leurs familles se sentent guidés et informés sur les structures et les autres moyens à leur disposition qui pourraient simplifier ce parcours de soin.

- savoir si les aidants professionnels et les professionnels de santé se sentent capables de prendre en charge un patient porteur de handicap et de lui apporter des gestes et soins relatifs à la santé orale de la manière la plus adaptée possible.

4.1. Évaluation de la santé bucco-dentaire des adolescents porteurs de handicap

Il a été demandé aux parents et aux personnels des IME d'évaluer la santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap qu'ils ont pu rencontrer. On note que les résultats s'opposent : d'un côté nous avons les parents qui estiment la santé bucco-dentaire de leur enfant au-dessus de la moyenne avec un pic à 8/10 (figure n°10) et de l'autre nous avons le personnel des I.M.E qui l'estime en majorité en dessous de la moyenne avec un pic à 4/10 (figure n°18). Les résultats s'opposent (figure n°21).

On note également, concernant les aidants professionnels (figure n°17), que :

- 100% ont reçu des plaintes de douleurs de la part des adolescents dont ils s'occupent,
- 80% des adolescents avaient déjà eu une carie,
- 57% des adolescents avaient déjà eu un abcès dentaire,
- 66% souffraient d'halitose.

Dans la littérature, la santé bucco-dentaire des enfants en situation de handicap est largement documentée. En France (13), il est rapporté que :

- pour les enfants âgés de 6 à 12 ans scolarisés en milieu spécialisé, le risque de présenter un mauvais état de santé bucco-dentaire est 4 fois plus élevé, le besoin en soins est 2 fois plus élevé et le besoin en actions de prévention ou d'éducation à la santé est 5 fois plus élevé par rapport aux enfants ordinaires du même âge.
- les adolescents et jeunes adultes âgés de 13 à 20 ans ont un risque de présenter un mauvais état de santé bucco-dentaire 3,5 fois plus élevé, le besoin en soin est 1,5 fois plus élevé et celui en action de prévention ou d'éducation à la santé est 1,5 plus élevé par rapport cette fois aux enfants âgés de 6 à 12 ans. On constate que la situation s'aggrave avec l'âge.

Nous pouvons donc supposer que les parents ayant participé à l'étude surestiment la santé bucco-dentaire de leur enfant.

La priorité accordée à la santé orale de leur enfant en situation de handicap est à mettre en comparaison avec les pathologies directement liées au handicap et aux difficultés rencontrées par l'enfant. En effet, la majorité des parents d'enfants en situation de handicap place la santé bucco-dentaire à un niveau de priorité moindre, ils oublient les conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire et ceci constitue un facteur discriminant de prise en charge (14)(28). On parle souvent de « sidération » du handicap. Certains vont jusqu'à renoncer à réaliser le brossage des dents de manière quotidienne car ce dernier est vécu comme une « épreuve » dans des habitudes de vie déjà éprouvantes (29). Le président du groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques (GIHP), M . Bonet, parle « d'abdication » (28). Il est donc important de susciter l'intérêt autour de la question du handicap et de la santé orale.

4.2. La formation des aidants

Lors de l'analyse des résultats, on note que 76% (graphique n°12) du personnel des I.M.E n'a pas reçu de formation en santé bucco-dentaire et que 62% souhaiterait avoir une formation plus approfondie (graphique n°13).

Dans le rapport de mission « Handicap et santé bucco-dentaire » rédigé par le Docteur P.Hescot et le Docteur A. Moutarde datant du 7 juillet 2010, on note que les personnels médico-éducatifs ne suivent en effet aucune formation sur la santé bucco-dentaire, bien que les actes d'hygiène et de prévention bucco-dentaire sont primordiaux pour la santé des personnes en situation de handicap (29). Les enfants et adolescents en institutions ne bénéficient pas de programme d'éducation à la santé orale. Les parents ne sont donc pas sensibilisés à la santé bucco-dentaire.

Selon l'enquête Programme National Inter-Régime de 2004 (PNIR 2004) et comme l'a repris le Professeur Maryse Folliguet dans son rapport sur la santé bucco-dentaire des personnes handicapées (14), il n'existe pas de formation sur la santé bucco-dentaire à destination des personnels des établissements dans 88,4% des cas.

Le besoin d'avoir de plus amples informations concernant la santé bucco-dentaire des aidants professionnels interrogés lors de notre étude est donc justifié et nécessaire.

Nous pouvons nous appuyer sur des faits grâce à l'expérience réalisée par le réseau Acsodent dans le Maine-et-Loire (30). Ce réseau a fait intervenir 25 chirurgiens-dentistes dans 30 établissements accueillant des personnes en situation de handicap afin de réaliser des dépistages bucco-dentaires. En fonction des résultats, les patients étaient orientés en cabinet de ville ou vers une structure hospitalière. Parmi ces 30 établissements, une douzaine bénéficiaient déjà d'actions de sensibilisation et de formation à l'hygiène et la santé orale réalisées par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD). Ces établissements « sensibilisés » avaient mis en place des protocoles d'hygiène bucco-dentaire au quotidien, les chirurgiens-dentistes ont ainsi pu constater que dans ces établissements, la santé orale des personnes en situation de handicap était améliorée, avec un indice CAO moyen inférieur à celui des autres établissements « non sensibilisés ».

Dans son rapport « programme pour la santé orale des enfants, adolescents et adultes handicapés » de 2015 (31), l'UFSBD recommande qu'il y est au sein des IME, IMP, IMPro et EEAP :

- une journée entière de formation des personnels médico-éducatifs sur la question de la santé bucco-dentaire des enfants et adolescents en situation de handicap,
- des sessions d'éducation pour les enfants et adolescents,
- une réunion d'information pour les parents.

La formation des professionnels aidant au sein des établissements destinés à accueillir des personnes en situation de handicap semble donc être une mesure utile sur un plan de santé publique et nous verrons dans le dernier paragraphe les propositions faites dans ce sens.

4.3. Connaissance du programme M'T Dent et de l'association Handident.

Dans le questionnaire destiné aux parents d'adolescents en situation de handicap, il était demandé s'ils connaissaient l'association Handident Hauts-de-France et le programme de prévention M'T Dent.

Plusieurs résultats semblent confirmer ce que l'on s'attendait à observer. En effet, on note que 70% (figure n°11) des participants ne connaissent pas l'association Handident Hauts-de-France et qu'en revanche 83% (figure n°12) connaissent le programme M'T Dent.

On relève également que 85% des participants estiment leurs connaissances des dispositifs mis à leur disposition égales ou au-dessus de la moyenne (figure n°13).

Le programme M'T Dent est un dispositif qui s'adresse aux enfants dès 3 ans et aux jeunes jusque 24 ans (32). Ainsi, tous les 3 ans, l'Assurance maladie « offre » un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste. Ce dispositif a pour mission d'inciter les jeunes à consulter un chirurgien-dentiste régulièrement et s'inscrit donc dans une démarche de prévention. Dans le cadre de ce programme, des séances de sensibilisation et de motivation à l'hygiène dentaire sont réalisées dans les classes de CP des zones défavorisées.

Malheureusement, comme l'indique les Docteurs P. Hescot et A. Moutarde dans leur rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire », il n'est pas prévu de réaliser ce genre d'intervention (via le programme M'T Dent) dans les IME. De ce fait, les adolescents non scolarisés dans le milieu ordinaire ne bénéficient pas de ce dispositif et des séances qui y sont associées (29). Les parents d'adolescents en situation de handicap reçoivent le formulaire M'T Dent tous les 3 ans, d'où les 83% des participants à notre étude qui connaissent ce dispositif mais le fait que les séances de sensibilisation et de motivation, habituellement réalisées en classe de CP des zones défavorisées (ex Zone d'Éducation Prioritaire), ne soient pas réalisées dans les IME peut être pénalisant (33).

Ces séances pourraient :

- servir à dédramatiser les consultations dans un cabinet dentaire,
- permettre la rencontre avec un chirurgien-dentiste,
- permettre l'apprentissage des gestes d'hygiène orale du quotidien.

La proposition faite par le Dr P. Hescot et le Dr A. Moutarde d'étendre le dispositif M'T Dent aux IME est donc totalement justifiée et nécessaire.

En ce qui concerne l'association Handident Hauts-de-France (34), elle permet aux parents d'enfants et d'adolescents en situation de handicap de savoir

où s'orienter pour se soigner. Le fait que 70% des participants à notre étude ne connaissent pas cette association est donc préjudiciable pour l'accès aux soins de ces personnes.

On recense de nombreuses associations Handident réparties sur le territoire national (PACA, Franche-Comté, etc). Il existe d'autres types d'associations s'intéressant à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, avec des spécificités propres à chacune d'entre elles. Il parait intéressant d'en présenter certaines.

4.3.1. Association Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS) (35).

Elle a été créée en 2011 et succède à la Société Française d'Odontologie pour le Handicap. Elle a pour objectif « la promotion de la santé orale des personnes pour lesquelles un problème physique, psychique, cognitif, médical ou social aggrave la santé bucco-dentaire » (36). Elle organise tous les ans un colloque en France sur le thème du handicap et prépare le congrès International Association for Disability and Oral Health (IADH) de 2022 qui se tiendra à Paris.

Son site internet (soss.fr) permet d'accéder aux réseaux de soins au niveau national. Elle fédère ainsi les usagers du système de santé, les associations de patients porteurs de handicap (APF, Trisomie 21 France, etc), les associations de soins (Handident, Rhapsod'if, Aosis, Ascodent) et les chirurgiens-dentistes (libéraux, praticiens hospitaliers).

4.3.2. Handi-acces (37)

Handi-acces est une association créée en 2000 qui a pour mission d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires pour toutes les personnes déficientes. Elle est à l'initiative des professionnels de santé et des associations de personnes en situation de handicap de la région Lorraine.

Premièrement, celle-ci souhaite former les professionnels de santé à l'accueil et au soin des patients porteurs de handicap dans les cabinets de ville.

Deuxièmement, elle veut faciliter l'accès aux cabinets de ville en informant les patients en situation de handicap des conditions d'accessibilité de ces derniers, ce qui leur permet de faire un choix en fonction de leur handicap et de la situation géographique de leur domicile.

C'est pour ces raisons qu'en 2004, Handi-acces a mis en ligne un annuaire répertoriant :

- les praticiens en fonction de leurs lieux d'exercice et de leurs critères d'accessibilité,
- les réunions de formations à destination des praticiens.

4.3.3. RHAPSOD'IF : réseau handicap prévention et soins odontologiques d'Ile-de-France (38)

Rhapsod'If est une association à but non lucratif créée en 2008 à l'initiative de chirurgiens-dentistes, de parents, de professionnels d'établissements médico-sociaux et de représentants associatifs. Elle s'est donnée pour mission de réduire les inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap d'Ile-de-France et est structurée en deux pôles : le pôle prévention et le pôle soin.

Cette association a trois objectifs :

- favoriser la réalisation des soins d'hygiène buccodentaire dans les établissements accueillant des enfants en situation de handicap en développant la sensibilisation à l'hygiène buccodentaire pour les patients, familles, aidants, personnels soignants, éducateurs,
- réaliser un parcours de soins spécifiques aux personnes en situation de handicap en coordonnant les soins des praticiens de ville et ceux des services hospitaliers adhérents au réseau et en assurant une valorisation financière des soins spécifiques des personnes en situation de handicap,
- améliorer les stratégies de santé publique destinées aux personnes en situation de handicap en favorisant les échanges pluridisciplinaires entre les membres du réseau et en proposant des séances de formation sur la prise en charge des personnes en situation de handicap (MEOPA, hypnose).

4.3.4. Handident Alsace (39)

Handident Alsace, tout comme Handident Hauts-de-France, est une association dont la mission est la prise en charge de patients en situation de handicap. La particularité de cette association est qu'elle pratique une technique d'anesthésie peu connue qui est la sédation profonde ou Anesthésie Générale Sans Intubation (AGSI), réalisée à la Clinique Saint François d'Haguenau. C'est une technique qui utilise le propofol, molécule qui permet la réalisation de soins

bucco-dentaires sur des patients non-coopérants à l'état vigile sans le recours à une anesthésie avec intubation. La sortie du patient peut se faire 1 heure à 1 heure 30 après la fin des soins.

4.4. Besoin d'informations concernant les techniques d'hygiène bucco-dentaire

Il a été demandé aux parents s'ils souhaitaient recevoir plus d'informations concernant les techniques de brossage. 83% ont estimé qu'ils n'avaient pas besoin de ces informations.

De plus, on remarque que 71% (figure n°9) des participants à l'étude ont indiqué que leur enfant se brossait les dents seul.

Grâce à la littérature scientifique et à l'enquête PNIR 2004, nous disposons d'éléments relatifs à la santé bucco-dentaire des enfants et adolescents handicapés hébergés en établissements spécialisés (29). On constate en effet que dans 70% des cas, l'hygiène bucco-dentaire quotidienne est assurée seule par la personne en situation de handicap, y compris quand elle n'a pas les capacités motrices pour le faire. Nous pouvons ajouter que ces enfants et adolescents :

- ont un niveau d'hygiène bucco-dentaire faible (présence de plaque dentaire, de tartre et d'inflammation gingivale),
- présentent des caries sur les dents permanentes dans 37% des cas,
- présentent des caries sur dents temporaires dans 27,5% des cas.

Selon une étude nationale menée auprès de 7259 enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans et fréquentant un IME ou un EEAP (40), nous pouvons souligner que :

- environ 55 % des répondants se brossaient les dents quotidiennement,
- 48,2 % présentaient au moins un problème important ou sévère de santé bucco-dentaire,
- 44,3 % des enquêtes n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste au cours de l'année précédant l'examen,
- une action de prévention ou d'éducation pour la santé bucco- dentaire était nécessaire pour 77,4 % des enfants.

Nous pouvons donc supposer à nouveau que, malgré une santé bucco-dentaire diminuée chez la plupart des enfants et adolescents en situation de handicap, celle-ci n'est pas une priorité pour les parents qui ne souhaitent pas avoir de plus amples informations concernant les gestes d'hygiène orale du quotidien dans 83% des cas. Ce point nous fait revenir sur la « sidération » du handicap, qui place les gestes d'hygiène bucco-dentaire au second plan.

4.5. Refus de prise en charge dans un cabinet de ville

Dans notre questionnaire, il était demandé si les parents d'adolescents en situation de handicap avaient déjà vécu un refus de prise en charge de leur enfant par un chirurgien-dentiste. Lors de l'analyse des réponses, nous constatons que 23% (figure n°5) des participants ont répondu par l'affirmative à cette question.

Par la suite, il était demandé si, suite à ce refus, ils avaient su où s'orienter. 35% (figure n°6) des participants ont répondu par la négative à cette question.

Il paraît donc légitime de se demander pourquoi une partie des participants n'a pas su où faire soigner leur enfant.

Des études se sont intéressées à la complexité de la consultation dentaire dans un cabinet de ville (41). Cette consultation peut paraître difficile du point de vue du soignant et du soigné.

Du côté du soignant, les patients en situation de handicap présentent généralement des problèmes médicaux associés lourds (tels que le diabète, l'épilepsie, le risque d'endocardite infectieuse) qui pourraient entrainer des complications lors d'actes de chirurgie-dentaire. De plus, 68% des patients sont polymédiqués (neuroleptiques, anti-agrégants plaquettaires, sédatifs, anti-épileptiques). De par leur handicap, certains patients ont des facultés de compréhension et de communication diminuées ce qui peut favoriser un manque de coopération de la part du soigné. Tous ces aspects du handicap peuvent engendrer un stress et certains professionnels de santé préfèrent orienter le patient vers une structure qui est, selon eux, plus adaptée (23).

Du côté du soigné, l'environnement d'un cabinet dentaire peut être anxiogène. Les bruits, les odeurs ainsi que l'aspect intrusif des soins dentaires au sein de la cavité buccale peuvent créer un stress qui s'ajoute au stress engendré par le motif de consultation du soigné qui est, le plus souvent, la

douleur (28). C'est pour ces raisons que, selon l'enquête Handident PACA 2005, 21,5% des familles auraient renoncé à soigner leur enfant (41).

Cela explique mais ne justifie pas les refus de prise en charge auxquels font face les parents d'adolescents en situation de handicap. Nous proposons dans la dernière partie des solutions pour améliorer cette dernière.

4.6. Age du premier rendez-vous

Il a été demandé à quel âge l'adolescent porteur de handicap avait vu pour la première fois un chirurgien-dentiste. Nous avons obtenu une moyenne de 7,4 ans.

Selon les recommandations de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP), il est préconisé de consulter un chirurgien-dentiste dans les 6 mois suivant l'éruption de la première dent (42). Le chirurgien-dentiste pourra délivrer des conseils sur la prévention des maladies bucco-dentaires et sur l'utilisation des fluorures (43).

Au niveau international, on peut noter que l'American Academy of Pediatric Dentistry recommande des visites régulières chez le chirurgien-dentiste dans un but préventif et ce dès 1 an. Ces visites permettent d'aborder les mesures d'hygiène orale avec la personne responsable de l'enfant ou de l'adolescent (44)(45).

Cependant, il n'existe pas de recommandation de prévention de la carie spécifique aux personnes en situation de handicap en France. On peut tout de même noter qu'il existe des programmes de prévention au Royaume-Uni et aux États-Unis. En effet, le *Department of Health* propose un cadre général de prévention (46). Ce cadre consiste à :

- évaluer les besoins en santé bucco-dentaire avec les patients et les personnes les prenant en charge,
- fournir les informations nécessaires à une bonne hygiène orale,
- programmer des actions de prévention adaptées à chaque patient porteur de handicap,
- délivrer une formation appropriée aux personnes prenant en charge les personnes en situation de handicap.

Nous constatons donc par le biais de ces recommandations qu'il est primordial d'emmener un enfant consulter un chirurgien-dentiste dès son plus jeune âge, qu'il soit porteur ou non de handicap. L'âge moyen de première consultation obtenu (7,4 ans) dans notre étude semble être un âge trop avancé si l'on souhaite prendre en charge les patients en situation de handicap de la manière la plus optimale.

De plus, il est important de souligner que, parmi les participants à notre étude, 26% des adolescents en situation de handicap ne se sont jamais rendus chez le chirurgien-dentiste (figure n°4). Comme nous l'avons vu précédemment, ces patients représentent une population à risque de pathologies bucco-dentaires, ils ont donc un besoin en soins et en prévention accru (40) (14) (47). Il paraît primordial que des actions de prévention et d'information sur l'importance de la consultation d'un chirurgien-dentiste soient mise en place.

4.7. Remarques diverses

À la fin de chaque questionnaire, un encadré destiné à recueillir les remarques des participants a été placé. Il était spécifié que chaque information délivrée dans cette partie devait respecter l'anonymat. De ces remarques ressortent deux freins à une santé bucco-dentaire optimale.

La première est la difficulté pour les parents et les aidants professionnels à réaliser le brossage des dents des adolescents en situation de handicap. Certains parents indiquent que leur enfant « ne sait pas cracher correctement » et qu'il y a « besoin de stimulation ».

La deuxième est la difficulté à trouver un lieu où faire soigner la personne en situation de handicap. Certains parents nous ont confié qu'ils se sont sentis « perdus » quand leur enfant s'est plaint de douleurs dentaires. D'autres aimeraient qu'il existe « plus de dentistes spécialisés dans le handicap » car « trouver des dentistes qui soignent le handicap devient très rare. Il faut qu'il accepte vu le temps et la patience que cela prend ». Il faut trouver un dentiste « sachant accueillir et mettre en confiance » (tableau n°6) .

On note également que certaines associations ne se déplacent pas dans certaines structures. On a ici l'exemple de l'association APESAL (Association de Prévention et d'Éducation Sanitaire Actions Locales) qui est une association loi 1901 qui réalise des dépistages bucco-dentaires dans les classes de CP du

département du Nord dans le cadre du programme M'T Dent (48). Les parents d'adolescents porteurs de handicap souhaiteraient que cette association réalise des consultations également dans les IME.

Pour remédier à ces difficultés, une sensibilisation et une formation des aidants et des parents au brossage est importante. Comme il est dit dans le rapport de mission Handicap et Santé Bucco-dentaire : « Sensibiliser les aidants, c'est garantir qu'une attention particulière sera portée à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des enfants et des adultes handicapés » (29).

De plus, l'intégration dans la formation initiale des chirurgiens-dentistes d'un enseignement sur l'abord du patient porteur de handicap pourrait favoriser par la suite la prise en charge en cabinet de ville tout comme la réalisation de formation à ce sujet lors des formations continues. Selon les enquêtes réalisées lors de la création de l'association Handident Hauts-de-France par l'ESVAD de Mons-en-Baroeul et le conseil départemental des chirurgiens-dentistes du Nord, sur les 550 praticiens interrogés, 140 ont noté avoir des lacunes dans l'abord du patient en situation de handicap au cabinet dentaire mais aussi une volonté de progresser dans ce domaine. 40% des participants ont indiqué qu'ils étaient intéressés par des formations leur permettant de mieux connaître le handicap et d'aborder ainsi plus facilement la relation soignant-soigné dans ces cas (49).

4.8. Concernant les infirmières scolaires

Dans le questionnaire destiné aux infirmières scolaires, il était demandé si elles avaient reçu dans leur cursus une formation sur l'importance de la santé bucco-dentaire chez les personnes en situation de handicap, 80% ont répondu à cette question par la négative (figure n°19). Ensuite, 100% des participants ont indiqué qu'une formation à ce sujet serait nécessaire.

Il a été également demandé quels critères étaient évalués lors des examens bucco-dentaires réalisés dans les établissements du premier et du second degré. La réalisation du brossage et la présence de caries étaient évalués à chaque examen. En revanche, les manifestations de douleurs et l'absence de certaines dents étaient évaluées dans 60% des cas. Les malpositions dentaires étaient un critère qui était évalué dans certains cas.

La profession d'infirmier est régie par le code de la santé publique (50). Dans l'article relatif à cette profession, il est indiqué que les infirmiers doivent

participer à des actions de prévention, d'éducation à la santé, de formation ou d'encadrement. L'objectif de l'infirmier est de réaliser un travail de prévention ou de prise en charge avec une dimension soignante, en fonction de son domaine et de son lieu d'intervention (établissement scolaire, sanitaire ou médico-social) (51).

Nous pouvons donc nous demander comment les infirmières scolaires qui, dans 80% des cas selon notre étude, n'ont pas reçu de formation spécifique en santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, peuvent-elles délivrer un message de prévention à ce sujet ?

Pour les élèves en situation de handicap, scolarisés par exemple dans les ULIS, elles sont parfois le professionnel de santé de première ligne, celui qui peut renseigner les parents de ces élèves sur les questions de santé, celui qui peut détecter un problème bucco-dentaire et orienter vers une structure adaptée si cela semble nécessaire. Il semble donc important de réfléchir à intégrer une formation spécifique aux personnes en situation de handicap dans le cursus des infirmières scolaires, comme 100% des répondants à notre étude l'ont indiqué.

5. Comment améliorer cette prise en charge ?

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap est nettement inférieure à la moyenne nationale, avec des adolescents de 13 à 20 ans qui ont un risque de présenter un mauvais état bucco-dentaire 3,5 plus élevé par rapport aux enfants âgés de 6 à 12 ans. Il paraît donc important de se demander quelles mesures pourraient améliorer la santé de cette population et quelles actions pourraient faire évoluer la prise en charge de leur santé bucco-dentaire.

Nous verrons donc dans ce paragraphe quels projets et quelles propositions ont été fait afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Nous présenterons ensuite ce qui est d'ores et déjà mis en œuvre et, pour finir, nous évoquerons certaines pistes qui permettront l'évolution de la prise en charge du patient porteur de handicap.

5.1. Le projet Santé Orale et Autonomie (SOA) (52)

Le projet Santé Orale et Autonomie est une mesure expérimentale du Plan nationale de prévention bucco-dentaire 2006-2009 qui avait pour objectif le développement d'une politique de prévention pour les groupes à risques de

mauvaise santé bucco-dentaire (53). Il s'agissait de la première initiative nationale concernant la promotion de la santé orale des personnes en situation de handicap.

Ce projet avait pour objectif d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Pour cela, il proposait une action standardisée de promotion de la santé orale au sein d'établissements accueillant des personnes en situation de handicap. Les chirurgiens-dentistes participant étaient formés et rémunérés spécifiquement pour ce projet.

5.1.1. Formation des chirurgiens-dentistes et du personnel des établissements médico-sociaux

Le projet SOA consistait tout d'abord en une formation délivrée en ligne (via le site internet dédié au projet : www.sante-orale-et-autonomie.fr), accessible uniquement aux chirurgiens-dentistes inscrits. Les supports de formation, correspondant à un volume horaire de 30 à 50 heures de travail, étaient donc accessibles 24h/24.

Les objectifs de cette formation étaient de :

- savoir aborder avec le personnel des établissements médico-sociaux la problématique de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et aborder de manière simple les connaissances relatives à la santé bucco-dentaire,

- présenter aux personnels des établissements médico-sociaux les techniques de prévention et d'hygiène bucco-dentaire du quotidien adaptée aux personnes en situation de handicap,

- savoir estimer les besoins en prévention des personnes en situation de handicap, ainsi que leurs besoins en soins et évaluer leur état bucco-dentaire,

- savoir reconnaitre les freins à la prévention et à la continuité des soins pour les personnes en situation de handicap,

- réaliser une action de promotion de la santé bucco-dentaire en établissement médico-social en suivant un protocole standardisé.

Une fois les chirurgiens-dentistes formés, il leur était possible de réaliser des actions de promotion de la santé orale au sein d'établissement médico-

sociaux ayant adhérés au projet SOA. Au cours de ces conférences de sensibilisation, le chirurgien-dentiste intervenant devait :

- présenter les principales affections bucco-dentaires, leurs origines et leurs conséquences,
- présenter les techniques d'hygiène orale et alimentaire du quotidien,
- rappeler les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap et ainsi présenter les techniques facilitant cette prise en charge en indiquant celles disponibles dans la région géographique de l'établissement,
- évoquer le caractère invasif des soins bucco-dentaires,
- présenter le site internet du projet SOA et inciter le personnel des établissements à consulter les supports de formation.

Une fois ces conférences de sensibilisation effectuées, le personnel pouvait indiquer au directeur de l'établissement s'il souhaitait mettre en place des actions de promotion de la santé orale sous forme d'ateliers.

Ces ateliers avaient pour objectifs :

- le recueil des données de santé bucco-dentaire des résidents de l'établissement,
- la réalisation d'un protocole d'hygiène orale personnalisé à chaque résident si cela s'avérait nécessaire,
- permettre une réévaluation et une comparaison de l'état bucco-dentaire des résidents 6 à 9 mois après le premier atelier.

5.1.2. Analyse du projet SOA

Le projet SOA étant un projet pilote, il a fallu évaluer son efficacité et sa faisabilité avant de le déployer sur tout le territoire français.

On note que 65% des chirurgiens-dentistes initialement inscrits au projet ont été jusqu'au bout de la formation sur internet. Ces chirurgiens-dentistes ont ainsi pu délivrer des actions de promotion de la santé bucco-dentaire au sein des établissements médico-sociaux.

Suite à ces actions, il a été rapporté que 94% des résidents des établissements participant au projet SOA présentaient un besoin d'action de

prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire. En effet, les freins à l'amélioration de la santé bucco-dentaire ne résidant ni dans le temps qui lui est consacré ni dans la réalisation du brossage mais bel et bien dans l'efficacité des procédures d'hygiène orale, c'est pourquoi ces actions de promotion de la santé du projet SOA semblent nécessaires aux seins de ces établissements.

Le projet SOA a permis :

- d'améliorer les connaissances des chirurgiens-dentistes sur les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap,
- d'améliorer les connaissances du personnel concernant l'importance de la santé orale et les gestes à adopter pour optimiser l'hygiène bucco-dentaire des résidents,
- d'améliorer statistiquement la santé bucco-dentaire des résidents bien que le personnel estime à 50% que ces actions n'ont pas eu d'impact.

La réussite de ce projet est à nuancer. En effet, on note que les chirurgiens-dentistes ont rencontré plusieurs freins à la réalisation de leurs actions liées à l'établissement (manque de personnel, locaux inappropriés), au personnel (manque d'implication, de formation, hygiène bucco-dentaire qui ne semble pas prioritaire), à l'organisation du système de santé français, à la conception du projet SOA et au caractère intime de la sphère orale.

Les directeurs ont également spécifié avoir rencontré des difficultés organisationnelles, financières et également liées aux aidants (hygiène orale non prioritaire pour certaines familles) et aux résidents (manque d'implication). Les directeurs des établissements médico-sociaux ont proposé que les familles soient également incluses dans le déroulement du projet.

En résumé, le projet SOA semblait avoir un impact positif sur les résidents des établissements participants mais les contraintes budgétaires, organisationnelles et les conditions de faisabilité et d'efficacité n'étaient pas suffisamment remplies pour étendre le projet au niveau national.

5.2. « Un parcours de santé et de soins sans rupture d'accompagnement » (54)

En avril 2013, un rapport sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées a été établi par Monsieur Pascal Jacob, président de

Handidactique, en mission auprès de Madame Marie-Arlette Carlotti, Ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion et de Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé de l'époque.

Ce rapport fait plusieurs propositions afin d'améliorer le parcours de soin de la personne en situation de handicap. Certaines de ces propositions concernent le milieu de la santé bucco-dentaire.

5.2.1. Une formation pour le personnel des institutions (aidants, aides-soignants, infirmiers, éducateurs)

Pour le personnel des établissements, ce rapport propose une formation annuelle de 1 à 3 heures suivie de travaux pratiques concernant le brossage (distribution de kit). Ces formations seraient financées par la dotation de l'Assurance maladie.

5.2.2. Une formation pour les aidants et l'entourage familial

Ce rapport propose une formation et des réunions de sensibilisation à la santé bucco-dentaire de l'entourage familial et de la personne en situation de handicap. Celles-ci pourront être organisées par les associations de personnes en situation de handicap sous forme de conférences avec distribution de kit de brossage et de support papier fournis par exemple par l'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD).

Nous pouvons ajouter que l'UFSBD propose d'ores et déjà sur son site internet des fiches qui ont pour objectif de préparer la personne en situation de handicap à la consultation chez son chirurgien-dentiste (55).

5.2.3. Promotion du programme M'T Dent

Ce rapport propose, dans sa proposition n°2, de rendre obligatoire un bilan M'T Dent dans les I.M.E à 6, 9 et 12 ans. Ceci serait financé par l'Assurance maladie. C'est ce que propose également le Docteur P.Hescot et le Docteur A. Moutarde dans le rapport de mission « Handicap et santé bucco-dentaire » (29).

5.2.4. Création d'un registre de chirurgiens-dentistes de proximité

Ce rapport propose la réalisation d'un registre de chirurgiens-dentistes aptes à accueillir des patients en situation de handicap. Ce registre serait disponible dans les MDPH, à l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, sur Améli.fr, auprès des associations afin de savoir orienter les patients demandeurs.

Ce registre existe aujourd'hui grâce à l'association Handident Hauts-de-France et est disponible sur le site internet handident.com (34).

5.2.5. Proposition n°12 : prise en charge du MEOPA.

Ce rapport propose une évolution de la nomenclature et une prise en charge par la Sécurité Sociale de l'utilisation du gaz MEOPA, ceci ayant pour objectif de revaloriser les soins et le travail du chirurgien-dentiste.

La nouvelle convention a appliqué cette proposition.

5.3. Promotion du réseau Handident (34)

5.3.1. Qu'est-ce qu'Handident ?

Handident est une association loi 1901 créée en mai 2004. Celle-ci voit le jour suite aux interrogations sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap émises par l'Association des Paralysés de France (APF) du Nord Pas de Calais et du Comité Régional de Coordination de l'Ordre des Chirurgiens Dentiste 59/62 (CRCO) en 1999.

5.3.2. Quels sont ses objectifs ?

Son but principal est de faire évoluer l'offre de soins relative aux personnes en situation de handicap. Elle souhaite améliorer l'accès aux soins bucco-dentaire en favorisant la prévention mais aussi en ayant des actions curatives auprès de ce public.

Les acteurs de ce réseau sont les chirurgiens-dentistes, les professionnels du secteur médico-social, les associations de personnes en situation de handicap et bien évidemment les personnes en situation de handicap elles-mêmes, accompagnées de leurs familles.

5.3.3. Fonctionnement et action du réseau Handident

5.3.3.1. « Faciliter l'accès aux soins »

Afin de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, l'association Handident a mis en place un numéro de téléphone et un accueil téléphonique dans le but d'orienter et de proposer une prise en charge adaptée à chaque situation.

On retrouve également sur le site handident.com une liste de chirurgiens-dentistes faisant partie du réseau et donc susceptible d'accueillir des personnes en situation de handicap au sein de leur cabinet dentaire.

5.3.3.2. « Développer la prévention »

L'association Handident souhaite favoriser la prévention en :

- instaurant des actions de dépistage réalisées par un chirurgien-dentiste,
- mettant l'accent sur le développement professionnel continu qui permet au professionnel, une fois formé, de comprendre l'importance de cette santé bucco-dentaire et ainsi de garantir une qualité de vie et de soins aux personnes en situation de handicap,
- créant des ateliers éducationnels destinés à la personne en situation de handicap et à son entourage. Ces ateliers sont animés par des chirurgiens-dentistes du réseau et permettent d'aider les aidants familiaux aux gestes d'hygiène bucco-dentaire du quotidien et de les adapter aux spécificités de chaque personne.

5.3.3.3. « Améliorer l'offre de soin »

L'offre de soins à disposition des personnes en situation de handicap s'articule autour de 3 recours.

Le premier recours est de se faire soigner en cabinet de ville par un chirurgien-dentiste libéral, ce qui permet à la personne en situation de handicap de se soigner le plus souvent au plus proche de son lieu de résidence. Pour les aider, le réseau Handident a donc mis à disposition sur son site internet une liste de chirurgiens-dentistes faisant partie du réseau.

En cas d'échec ou de limitation dans un cabinet de ville, le réseau Handident peut orienter la personne en situation de handicap vers une Unité de Santé Orale Spécifique (USOS). C'est le second recours. Au sein de ces USOS, le chirurgien-dentiste aura à sa disposition les techniques de sédation consciente afin de prendre en charge son patient de la manière la plus optimale.

En troisième et dernier recours, si l'état du patient l'exige ou si les 2 précédents niveaux de prise en charge n'ont pas suffi, le réseau Handident oriente le patient vers un hôpital où il sera soigné sous anesthésie générale.

Ces 3 aspects de prise en charge peuvent être concomitants afin d'offrir un suivi régulier et un véritable parcours de soins aux patients en situation de handicap.

5.3.4. Comment promouvoir cette association ?

Lors de l'analyse des données de notre étude, nous remarquons que 70% des personnes interrogées n'ont pas connaissance de l'existence d'une telle association. Certains ont émis leur souhait d'avoir de plus amples informations concernant cette dernière.

Sur le site internet handident.com, on retrouve une plaquette (annexe n°5) qui permet de présenter le dispositif Handident. La diffusion de cette plaquette pourrait être étendue aux IME ainsi qu'aux infirmières scolaires qui seraient ainsi dans la possibilité d'informer les personnes concernées de l'existence de l'association qui n'est pas très visible.

5.4. Nouvelle convention : vers une prise en charge du handicap

Depuis le 1er avril 2019, une nouvelle convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie est appliquée. L'article 12 « *Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère »* de l'arrêté du 20 aout 2018 de cette même convention porte sur la prise en charge des personnes en situation de handicap (56).

Il indique que les partenaires conventionnels sont conscients de la difficulté liée à la prise en charge de patients en situation de handicap au sein des cabinets dentaires de ville.

5.4.1. Valorisation de la prise en charge par les chirurgiens-dentistes de ville.

Cet article prévoit une valorisation de la prise en charge qui se matérialise par un supplément facturable une fois par séance avec ou sans MEOPA à hauteur de 100 €. Cette valorisation est identifiée sous le code CCAM YYYY183.

5.4.2. Prise en charge des techniques de sédation consciente (MEOPA)

Dans le but d'améliorer l'accès aux soins de cette population particulièrement fragile, il est prévu dans la nouvelle convention de 2019 qu'une prise en charge des techniques de sédation consciente telle que le MEOPA soit mise en place. Ces techniques doivent être utilisées par des chirurgiens-dentistes formés à son utilisation et en respectant l'ensemble des conditions réglementaires encadrant son usage.

5.4.3. Patients concernés

Les patients concernés par ces modifications liées à la nouvelle convention sont les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant et bénéficiant de :

- l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)
- la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

L'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé ou AEEH est une aide financière qui permet de compenser les frais d'éducation et de soins dont a besoin un enfant porteur de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge jusqu'aux 20 ans de l'enfant (57).

La Prestation de Compensation du Handicap ou PCH est destinée à rembourser les dépenses associées à une perte d'autonomie (aménagement du logement, besoin d'un aidant). Elle est calculée en fonction de l'âge, du degré d'autonomie, du lieu de résidence et des ressources. Elle peut être associée à l'AEEH ou l'AAH (58) (59).

5.4.4. Une évolution de la nouvelle convention encore possible

Lors de la rédaction de la nouvelle convention par les partenaires conventionnels, il a été convenu de mettre en place des groupes de travail. Ces

groupes travailleront sur un élargissement de la population concernée par voie d'avenant. Ils étudieront également les possibilités d'une meilleure prise en charge des soins réalisés dans les établissements médico-sociaux et la mise en place de téléconsultation de dépistage auprès des personnes en situation de dépendance résidant dans ces établissements.

5.5. Le contrat d'engagement au service public (CESP)

5.5.1. Présentation du contrat d'engagement au service public (60)

Le contrat d'engagement de service public mentionné à l'article L. 634-2 du code de l'éducation est ouvert aux étudiants admis à poursuivre des études odontologiques à l'issue des épreuves de classement de fin de première année ou ultérieurement au cours de ces études. Le contrat d'engagement de service public engage son signataire pour une durée minimale de deux ans.

Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le Centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études odontologiques.

En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation dans les conditions définies par voie réglementaire. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

5.5.2. Vers une diminution de la pénurie en professionnel de santé

Au cours de la dernière année de leurs études, les signataires d'un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste nationale de lieux d'exercice où l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Cette liste est établie par le Centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé. Elles arrêtent les lieux d'exercice conformément aux conditions définies par voie réglementaire. (61)

Ces lieux d'exercice se situent dans les zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins identifiées dans les schémas régionaux d'organisation des soins en application du dernier

alinéa de l'article R. 1434-4 du code de la santé publique ou dans les zones déterminées dans les mêmes schémas régionaux en application du cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du même code (62).

5.5.3. Dans la région dunkerquoise

Selon la cartographie du territoire réalisée en 2014, les zones entourant Dunkerque se trouvent soit en zone intermédiaire, soit en zone très sous dotée, comme nous l'indique la carte ci-dessous (figure n° 21) (63). L'installation de chirurgiens-dentistes dans ces zones très sous dotées permettrait non seulement de pallier à une inégalité territoriale de répartition de l'offre de soin pour le public ordinaire et par extension pour les publics les plus fragiles telles que les personnes en situation de handicap.

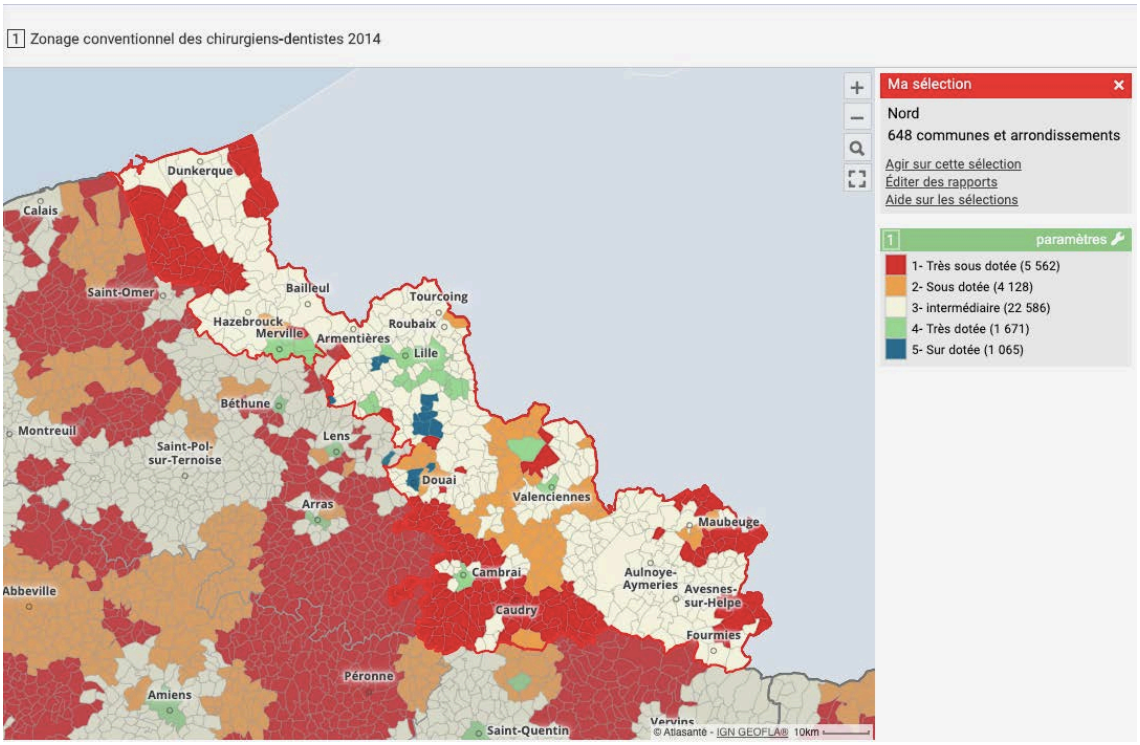

Figure 22 : Cartographie du zonage conventionnel des chirurgiens-dentistes (région Nord)

5.6. Intégration dans la formation initiale d'enseignements relatifs aux soins de personnes en situation de handicap

Une étude, réalisée par le Dr Moussa Badran en 2011 relative à la formation initiale des chirurgiens-dentistes, montre que celle-ci comporte des cours traitant des soins spécifiques nécessaires à la prise en charge des patients porteurs de handicap. En revanche, le volume horaire peut varier de 5 à 180 heures en fonction des facultés ce qui crée des inégalités de formation des chirurgiens-

dentistes sur le territoire français (64). Cet enseignement, bien qu'existant, reste donc insuffisant pour pallier aux besoins en santé bucco-dentaire et ce malgré la loi HPST de 2009 qui prévoyait une formation spécifique des professionnels de santé (65)(66).

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille a tenté de remédier à ce manque de formation. Au sein du service d'odontologie du Centre Hospitalier Universitaire de Lille existe un secteur réservé à la prise en charge des patients porteurs de handicap. Ce secteur, créé en 2012 par le Professeur Elisabeth Delcourt est supervisé aujourd'hui par le Docteur Florence Seguy. Les patients reçus dans ce secteur sont soignés par une dizaine d'étudiants de 6ème année. Ces étudiants sont donc confrontés au Handicap et aux spécificités que cela représente. Ils reçoivent donc une formation adaptée à ce type de prise en charge.

Les étudiants ne participant pas à cette vacation ne se retrouvent que très rarement face à un patient porteur de handicap lors de leur formation initiale. Il serait judicieux de leur en faire profiter en la rendant obligatoire une fois par an (en 4ème et 5ème année) afin que tous les étudiants soient confrontés au moins une fois à la prise en charge de patients porteurs de handicap. La littérature a montré que les étudiants ayant été confrontés à la prise en charge de ces patients avaient tendance à les soigner davantage (14). Une formation plus approfondie permettrait donc de favoriser l'accueil et le soin des patients en situation de handicap.

5.7. L'association Dent'dicap

L'association Dent'Dicap est une association loi 1901 qui a vu le jour en décembre 2012, parallèlement à la création du service Handicap Adulte du service d'odontologie du CHU (49). Elle est créée à l'initiative d'étudiants de la Faculté de chirurgie-dentaire de Lille. Cette association étudiante souhaite réaliser des actions de solidarité et de prévention bucco-dentaire auprès de personnes en situation de handicap. Pour se faire, elle organise des actions aux seins d'établissements comme les IME où les étudiants peuvent effectuer des dépistages bucco-dentaires, sensibiliser les personnes porteuses de handicap ainsi que les aidants aux gestes d'hygiène bucco-dentaire. Elle souhaite également sensibiliser et former les étudiants de la faculté de Lille.

5.8. Le service sanitaire

5.8.1. Description du service sanitaire

Le service sanitaire est une mesure visant à mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé, premier axe de la stratégie nationale de santé. Il a été instauré à la rentrée universitaire 2018 et est encadré par le décret n° 2018-472, publié lui-même au Journal Officiel le 13 juin 2018 (67).

Il consiste en la réalisation d'actions de prévention, réalisées par les 47 000 étudiants en santé de différentes filières (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, infirmiers et masseurs-kinésithérapeute) qui devront élaborer par groupe un projet commun sur une thématique donnée relevant d'enjeux prioritaires de la santé tels que l'alimentation, l'activité physique, l'addiction, la santé sexuelle. Ainsi, le service sanitaire permet aux étudiants d'être sensibilisés à ces enjeux et d'acquérir des compétences pédagogiques nécessaires au partage de leur savoir aux publics concernés (68). De plus, grâce à l'interdisciplinarité du service sanitaire, les étudiants intègrent la santé orale et toutes les autres thématiques traitées à la santé générale du patient.

Ce service sanitaire a donc pour objectif de :

- permettre aux étudiants de s'initier aux enjeux de la prévention primaire,
- encadrer la réalisation d'actions de prévention primaire concrètes, actions qui suivent la politique de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et contre les inégalités territoriales d'accès à la santé,
- privilégier l'inter-professionnalité et l'interdisciplinarité lors des actions réalisées par le biais du service sanitaire,
- inclure la prévention dans les pratiques des professionnels de santé (69).

5.8.2. Évolution du service sanitaire

Selon l'alinéa 2 de l'article D-4071-2 relatif au service sanitaire, les publics identifiés comme prioritaires sont « notamment les élèves des établissements primaires, secondaires et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur ». Les étudiants en santé, après avoir suivi une formation théorique et pratique dans le cadre du service sanitaire, vont donc réaliser leurs actions de prévention sur une thématique donnée auprès de publics prédéfinis qui sont actuellement représentés principalement par des établissements scolaires.

Le service sanitaire étant mis en place depuis la rentrée 2018, un temps d'évaluation des actions y a été intégré. Cette évaluation permettra de déployer par la suite le service sanitaire auprès de publics plus fragiles tels que les EHPAD et les établissements médico-sociaux.

De ce fait, nous pouvons espérer que des actions de promotion de la santé orale seront réalisées et proposées à des publics fragiles tels que les adolescents porteurs de handicap qui ont, comme nous avons pu le constater, besoin de ce genre de mesure.

6. Conclusion

Comme les études mentionnées l'ont mis en évidence, les personnes en situation de handicap connaissent une recrudescence des pathologies dentaires. Elles constituent un groupe à haut risque de pathologies orales (70). Leur santé bucco-dentaire est mauvaise, s'aggrave avec l'âge et tend à devenir nettement inférieure à celle de la population générale (4)(14).

Comme nous l'avons vu dans la dernière partie, les mesures à prendre pour tenter de remédier à cette situation peuvent être de différentes natures.

Premièrement, elles peuvent être de nature informative. La sensibilisation des professionnels de santé à l'accueil des personnes en situation de handicap dans les cabinets de ville permettrait de faciliter l'accès aux soins de ces personnes. La sensibilisation des parents d'enfants et d'adolescents à l'importance de la santé orale permettrait d'éviter les situations d'urgences trop souvent rencontrées chez les patients en situation de handicap et l'information des professionnels aidants dans les établissements médico-sociaux pourrait améliorer la santé bucco-dentaire de leurs résidents et par ce biais, améliorer leur santé générale.

Deuxièmement, elles peuvent être de nature formative. En effet, des chirurgiens-dentistes mieux formés à l'abord du patient en situation de handicap dès la formation initiale favoriseront et faciliteront l'accès aux soins dans les cabinets de ville. Cela rassurerait le praticien de se sentir capable de soigner une personne en situation de handicap dans des conditions optimales. Le service sanitaire, par le biais d'actions dans les établissements médico-sociaux tels que les IME, rendrait possible la confrontation entre étudiants en santé et personnes porteuses de handicap.

Pour finir, les mesures à prendre peuvent être de nature administrative. La nouvelle convention signée entre l'UNCAM et les chirurgiens-dentistes a apporté des évolutions sur le plan du handicap. D'autres pistes pourraient être explorées afin d'améliorer la prise en charge comme l'extension des séances de sensibilisation réalisées dans le cadre du programme M'T Dent aux IME.

Le propos de cette thèse n'est pas d'apporter un jugement moral sur le manque d'accès aux soins des personnes en situation de handicap mais de comprendre les conditions qui expliquent ce manque de prise en charge. Il est important de nos jours de diriger notre pratique vers la prévention et la sensibilisation à la santé orale de nos patients et en particulier des populations les plus fragiles telles que les personnes en situation de handicap. Si dans la vie quotidienne, la question de la santé bucco-dentaire n'est pas évoquée ou que les personnes ne sont pas sensibilisées à cette problématique, il paraît évident que l'hygiène orale sera, encore de nos jours, mise au second plan et donc que la santé orale de ces patients à besoins spécifiques ne pourra s'améliorer.

L'information selon laquelle la santé orale fait partie intégrante de la santé générale de la personne doit être donnée aux aidants familiaux et professionnels. Pour les chirurgiens-dentistes, les formations sur les types de handicap, leurs effets sur la santé générale et la santé orale du patient doivent être délivrées. Ainsi, ils pourront mieux appréhender l'interdépendance de ces deux composantes et, par ce biais, prendre en charge la personne dans sa globalité.

Références bibliographiques

1. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social - 2017 - Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? DARES Analyses n°032 [Internet]. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr

2. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018| CNSA [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr

3. Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

4. Haute Autorité de Santé - Accès aux soins des personnes en situation de handicap - Rapport de la commission d'audition publique [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr

5. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.

6. Instruction DGOS/R4/DGCS/3B no 2014-236 du 25 juillet 2014 relative au recensement des dispositifs de consultations dédiés aux personnes en situation de handicap et au recueil de leur activité [Internet]. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr

7. Le Nord, département 100% inclusif pour les personnes en situation de handicap [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr

8. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

9. Qu'est ce que la MDPH? - Département du Nord [Internet]. [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: https://mdph.lenord.fr

10. Code de l'action sociale et des familles - Article L146-4. Code de l'action sociale et des familles.

11. Code de l'action sociale et des familles - Article L146-3. Code de l'action sociale et des familles.

12. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: https://www.who.int

13. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in Oral Health for Children with Disabilities: A French National Survey in Special Schools. Chan A-W, éditeur. PLoS ONE. 25 juin 2008;3(6):e2564.

14. Folliguet M. - Rapport « La santé bucco-dentaire des personnes handicapées » 2006 [Internet]. [cité 24 déc 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr

15. Scolarisation des élèves en situation de handicap [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse ulis école. [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr

16. Scolarisation des élèves handicapés - Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) - Éduscol [Internet]. [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: http://eduscol.education.fr

17. Code de l'action sociale et des familles - Article L241-5. Code de l'action sociale et des familles.

18. Unité Locale d'Inclusion Scolaire - L'ULIS - Collège Boris Vian [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: http://boris-vian-coudekerque-branche.savoirsnumeriques5962.fr

19. Cartographie des établissements, classes et dispositifs scolaires de la circonscription – Inspection de Dunkerque Lille 2 ASH [Internet]. [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: http://dkl2.etab.ac-lille.fr

20. Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés. | Legifrance [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

21. Circulaire n° 89-17 : La prise en charge des déficients intellectuels ou inadaptés [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: http://dcalin.fr

22. Les Instituts Médico-Éducatifs (IME) [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: http://dcalin.fr

23. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-11. Code de l'action sociale et des familles.

24. Andrzejewski Antoine. Place du chirurgien-dentiste dans la prise en charge pluridisciplinaire de la personne en situation de handicap. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie-dentaire]. Université de Lille. 2014.

25. Association. Les papillons blancs [Internet]. Les papillons blancs de Dunkerque. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: http://www.papillonsblancs-dunkerque.fr/

26. L'Union nationale des parents et amis des personnes handicapées mentales [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://www.unapei.org

27. L'Afeji, une entreprise associative - Afeji.html [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: http://www.afeji.org

28. Rapport d'évaluation, programme de prévention et d'éducation bucco-dentaire de l'Aisne, novembre 2008.

29. Hescot DP, Moutarde DA. Rapport de mission « Handicap et santé bucco-dentaire » Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. 2010;61.

30. Audition des Drs Bagory et Abbé-Denizot, avril 2010.

31. Programme pour la santé orale des enfants, adolescents et adultes handicapés. UFSBD. 2015 [Internet]. [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ufsbd.fr

32. M'T dents [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr

33. M'T Dents, résultats 2012 - Assurance Maladie – 29.pdf [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr

34. HANDIDENT Hauts-de-France [Internet]. handident. [cité 24 déc 2019]. Disponible sur: https://www.handident.com

35. SOSS - Santé Orale et Soins Spécifiques [Internet]. soss. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: https://www.soss.fr

36. Ordre National des Chirurgiens Dentistes. Accès aux soins bucco-dentaires, Rapport 2017.

37. Handiacces - Accueil [Internet]. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: http://www.handi-acces.org

38. Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques D'Ile de France [Internet]. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: http://www.rhapsodif.com

39. Réseau Handident Alsace | Soin dentaire et handicap [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: https://www.handident-alsace.com

40. Dorin M. Etude descriptive des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans fréquentant un IME ou un EEAP. Communication orale - Journées Nationales du Collège des Enseignants en Santé publique bucco-dentaire, Toulouse, 12 juin 2006.

41. Enquête Handident PACA menée sur un panel de 170 patients handicapés reçus au cabinet de 24 chirurgiens-dentistes.

42. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Argumentaire. Haute Autorité de Santé. Mars 2010.

43. D'arbonneau F, Bailleul-Forestier I, Foray H, Nancy J, Rousset MM. Rôle de l'alimentation dans la prévention de la carie dentaire. Recommandations de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique. J Odontostomatol Pediatr 2006;1(3):153-63. 2006;153, 63.

44. American Academy of Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee, American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on the role of dental prophylaxis in pediatric dentistry. Révisé 2007. Pediatr Dent 2007;27(7 Reference Manual):87- 9.

45. American Academy of Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee, American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance, and oral treatment for children. Révisé 2007. Pediatr Dent 2007;27(7 Reference Manual):84-6.

46. Department of Health, British Association for the Study of Community Dentistry. Delivering Better Oral Health: An evidence- based toolkit for prevention. London: NHS; 2007.

47. British Society for disability and oral health BSDH. Oral health care for people with mental health problems: Guidelines and recommendations. Report of BSDH Working group Party. London: BSDH 2000.

48. APESAL. APESAL [Internet]. APESAL. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: https://www.apesal.fr

49. Lenne Mathieu. Naissance de l' « Accueil Handicap Adulte » du Service d'Odontologie Caumartin du CHRU de Lille. [Thèse de doctorat en chirurgie-dentaire]. Université de Lille. 23 sept 2014;136.

50. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 2004-802 juill 29, 2004.

51. Denis-Queinec A. Scolarisation et prise en charge pluridisciplinaire des enfants avec TED : Organisation des partenariats à partir d'études de cas. Élaboration d'un outil d'observation à destination des équipes pédagogiques. [Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie]. Université de Lille. 2011.

52. Catteau C. Evaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco- dentaire en établissement médico-social: le Projet Santé Orale et Autonomie. Médecine humaine et pathologie. [Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université D'auvergne]. Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand I, 2013. Français.

53. Anne.G. Le plan de prévention bucco-dentaire [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr

54. Anne.G. Rapport Jacob « Pour la personne handicapée : un parcours de soins sans rupture d'accompagnement ; l'hospitalisation au domicile social ou médico-social » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr

55. Télécharger les fiches CoActis [Internet]. UFSBD. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ufsbd.fr

56. Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie - Article 12.

57. Code de la sécurité sociale - Article L541-1. Code de la sécurité sociale.

58. Code de l'action sociale et des familles - Article L245-1. Code de l'action sociale et des familles.

59. Code de l'action sociale et des familles - Article L245-3. Code de l'action sociale et des familles.

60. Décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques - Article 1. 2013-735 août 14, 2013.

61. Code de l'éducation - Article L634-2. Code de l'éducation.

62. Décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques - Article 9. 2013-735 août 14, 2013.

63. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr

64. MOUSSA-BADRAN S. Aspects Ethiques et Juridiques de la prise en charge des Personnes en Situation de Handicap en Odontostomatologie. [Thèse de doctorat en droit médical]. Paris : Université Paris 8, 2011, 415p.

65. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

66. Etat des lieux de notre formation initiale et continue en matière de soins spécifiques, Lettre en santé publique bucco-dentaire 2009 ; 4 : 17-23.

67. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé. 2018-472 juin 12, 2018.

68. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr

69. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé.

70. Moysan V, Hennequin M, Bory E, Dorin M. Développement d'indicateurs originaux en santé bucco-dentaire dans le cadre du programme national interrégime 2004 de l'Assurance maladie, en France. Pratiques et Organisation des Soins 2006;37:285-298.

Table des illustrations :

Figure 1 : Approche du nombre de personnes en situation de handicap (2) (3) _____19
Figure 2 : Cartographie des unités localisées d'inclusion scolaire sur le bassin de Dunkerque (19) _____25
Figure 3 : Cartographie d'implantation des IME sur le bassin de Dunkerque (19) _____28
Figure 4 : Adolescents s'étant rendus au moins une fois chez le chirurgien-dentiste_____35
Figure 5 : Pourcentage de parents ayant été confrontés à un refus de prise en charge _____36
Figure 6 : Pourcentage de parents ayant su où s'orienter suite à un refus ___37
Figure 7 : Pourcentage d'adolescents présentant une douleur, une carie ou ayant déjà eu une extraction dentaire _____37
Figure 8 : Personne réalisant le brossage _____38
Figure 9 : Pourcentage de parents manifestant ou non le besoin de plus amples informations sur le brossage _____38
Figure 10 : Santé bucco-dentaire de 1 à 10 selon les parents d'adolescents en situation de handicap _____39
Figure 11 : Pourcentage de parents connaissant ou non le réseau Handident 40
Figure 12 : Pourcentage de parents connaissant ou non le programme M'T Dent _____40
Figure 13 : Estimation de la connaissance des dispositifs existant de 1 à 10 _41
Figure 14 : Pourcentage d'adolescents s'étant rendus au moins une fois par an chez le chirurgien-dentiste _____41
Figure 15 : Pourcentage d'aidants ayant reçus une formation en santé bucco-dentaire _____43
Figure 16 : Pourcentage d'aidants ayant reçus une formation en santé bucco-dentaire _____43
Figure 17 : Plaintes des adolescents porteurs de handicap_____44
Figure 18 : État bucco-dentaire des adolescents porteurs de handicap de 1 à 10 _____44
Figure 19 : Pourcentage d'infirmière ayant reçu une formation en santé bucco-dentaire _____45
Figure 20 : Critères évalués lors des examens bucco-dentaires _____45

Figure 21 : Niveau de santé bucco-dentaire des adolescents en situation de handicap vu par les aidants professionnels et par les parents_____47
Figure 22 : Cartographie du zonage conventionnel des chirurgiens-dentistes (région Nord) _____69

Table des tableaux :

Tableau 1 : Les ULIS implantées au sein du bassin dunkerquois_____ 24

Tableau 2 : Les IME implantés au sein du bassin dunkerquois_____27

Tableau 3 : Nombre d'élèves scolarisés dans chaque ULIS_____31

Tableau 4 : Nombre de résidents accueillis dans chaque IME_____ 31

Tableau 5 : Nombre d'aidants professionnels dans chaque IME_____32

Tableau 6 : Nombre d'élèves ayant répondus aux questionnaires par collège_33

Tableau 7 : Nombre de parents de résidents ayant répondus aux questionnaires par IME_____ 33

Tableau 8 : Nombre d'aidants professionnels ayant répondus dans chaque IME_____ 34

Tableau 9 : Recueil des remarques diverses_____ 42

Tableau 10 : Récapitulatif des réponses des parents d'adolescents en situation de handicap_____ 46

Tableau 11 : Récapitulatif des réponses des aidants_____46

Tableau 12 : Récapitulatif des réponses des infirmières scolaires_____47

Annexes :

Annexe n°1 : Questionnaire destiné aux parents

Santé bucco-dentaire des enfants en situation de handicap

Questionnaire adressé aux parents

Date : Établissement : Type de handicap :

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en chirurgie dentaire, je réalise une étude sur l'accès aux soins des enfants en situation de handicap. Ce questionnaire a été réalisé afin que vous, parents, puissiez me faire part de votre ressenti par rapport à la santé bucco-dentaire de votre enfant ainsi que de vos connaissances concernant les programmes de santé bucco-dentaire mis en place dans la région dunkerquoise.
Je vous remercie par avance du temps que vous y consacrerez.

Concernant votre enfant :

1) Est-il déjà allé chez un chirurgien-dentiste ? OUI NON
   Si oui, à quel âge y est-il allé :
   - pour la première fois ? …
   - pour la dernière fois ? ….

2) Est-ce qu'un chirurgien dentiste a déjà refusé de prendre en charge votre enfant ? OUI NON

   Pour quelle(s) raison(s) ? ……..

3) Si oui, avez-vous su où orienter votre enfant suite à ce refus ?
   OUI NON
4) A-t-il déjà eu :
   - Des douleurs dentaires ? OUI NON
   - Des caries ? OUI NON
   - Une/des extraction(s) dentaire(s) ? OUI NON

5) Évaluez la santé bucco-dentaire de votre enfant sur une échelle de 1 à 10 ? (1 = mauvaise hygiène bucco-dentaire ; 10 = bonne hygiène bucco-dentaire)

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6) Le brossage des dents :

- est-il réalisé par votre enfant ? OUI NON

- est-il réalisé par un tiers (parents, aidants ?) OUI NON

- Ressentez-vous le besoin d'avoir de plus amples informations concernant les techniques de brossage ? OUI NON

Concernant les programmes de santé bucco-dentaire :

1) Connaissez-vous le réseau HANDIDENT ? OUI NON

2) Votre enfant participe-t-il à un dépistage annuel ? OUI NON

3) Connaissez-vous le programme d'examen bucco-dentaire mis en place par la sécurité sociale (à 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans) ?
OUI NON

4) Évaluez vos connaissances des dispositifs mis à votre disposition pour la santé bucco-dentaire de votre enfant sur une échelle de 1 à 10 ?
(1 = connaissances faibles ; 10 = connaissances excellentes)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Perspectives d'améliorations :

1) Pensez-vous que des améliorations peuvent être apportées concernant :
- L'accès aux soins bucco-dentaires de votre enfant ?
OUI NON
- La formation des parents, des aidants ?
OUI NON
- L'information concernant la prise en charge de votre enfant au sein des cabinets dentaires ?
OUI NON

Remarques diverses : (soyez vigilant de ne pas transmettre d'informations qui pourraient permettre de vous identifier)

Annexe n°2 : Questionnaire destiné aux infirmières scolaires

Santé bucco-dentaire des enfants en situation de handicap

Questionnaire adressé aux infirmières scolaires

Date : Établissement :

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en chirurgie dentaire, je réalise une étude sur l'accès aux soins des enfants en situation de handicap. Pour ce faire, j'ai rédigé ce questionnaire afin que vous puissiez me faire part de vos connaissances relatives à votre formation dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
Je vous remercie par avance pour le temps que vous y consacrerez.

Concernant votre formation :

1) Vous a-t-il été délivré, lors de votre cursus, des informations concernant l'importance de la santé bucco-dentaire des enfants en situation de handicap ?

   OUI NON

2) Pensez-vous qu'une formation supplémentaire serait nécessaire ?

   OUI NON

3) Si oui, sous quelle(s) forme(s) :

Concernant vos actions pour la santé bucco-dentaire :

1) Réalisez-vous des dépistages bucco-dentaires dans le cadre scolaire ?
   - Dans le 1er degré (école maternelle et primaire) : OUI NON
   - Dans le 2nd degré (collège, lycée) : OUI NON

2) Quels sont les critères que vous prenez en compte afin d'évaluer la santé bucco-dentaire des enfants (en situation de handicap ou non) ?
   - Réalisation du brossage OUI NON
   - Présence de carie OUI NON
   - Manifestation de douleurs OUI NON
   - Absence de certaines dents OUI NON
   - Autres : ……

3) Accordez-vous une attention particulière lorsqu'il s'agit d'enfants en situation de handicap ?

OUI NON

4) Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous la santé bucco-dentaire des enfants en situation de handicap qu'il vous a été permis d'ausculter (1 = mauvaise santé bucco-dentaire ; 10 = bonne santé bucco-dentaire))

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Remarques diverses : (soyez vigilant de ne pas transmettre d'informations qui pourraient permettre de vous identifier)

Annexe n°3 : Questionnaire destiné aux aidants

Santé bucco-dentaire des enfants en situation de handicap

Questionnaire adressé aux aidants

Date : Établissement : Profession :

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en chirurgie dentaire, je réalise une étude sur l'accès aux soins des enfants en situation de handicap. Ce questionnaire a été réalisé afin que vous puissiez, en tant qu'aidant, me faire part de vos connaissances relatives à votre formation dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
Je vous remercie par avance pour le temps que vous y consacrerez.

Concernant votre formation :

1) Vous a-t-il été délivré, lors de votre cursus, des informations concernant les modalités d'hygiène bucco-dentaire des enfants en situation de handicap ?

OUI NON

2) Pensez-vous qu'une formation supplémentaire serait nécessaire ?

OUI NON

3) Si oui, sous quelle(s) forme(s) ? :

Concernant la réalisation du brossage :

1) Réalisez-vous et/ou supervisez-vous le brossage d'enfant en situation de handicap ?

OUI NON

2) Si oui, sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous la difficulté de réalisation du brossage chez les enfants en situation de handicap ?
(1 = facile ; 10 = difficile)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous vos connaissances concernant les différentes techniques et les différents matériels de brossage ? (1 = insatisfaisante ; 10 = satisfaisante)
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous la qualité du brossage qui est réalisé chez les enfants en situation de handicap ? (1 = insatisfaisant ; 10 = satisfaisant)
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Concernant la santé bucco-dentaire des enfants en situation de handicap au sein de votre établissement :

1) Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'état bucco-dentaire de ces enfants ? (1 = mauvais état bucco-dentaire ; 10 = bon état bucco-dentaire)
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) Les enfants en situation de handicap ce sont-ils déjà plaints de :
   - Douleurs dentaires : OUI NON
   - Caries : OUI NON
   - Abcès dentaires : OUI NON
   - Mauvaise haleine : OUI NON

Remarques diverses : (soyez vigilant de ne pas transmettre d'informations qui pourraient permettre de vous identifier)

Annexe n°4 : Déclaration à la CNIL

2018151

Utilisés : 0 Ko

Éléments généraux

Responsable(s) chargé(s) de la mise en oeuvre	Etienne Deveaux
Interlocuteur(s)	Louise Hars
	Thomas Trentesaux
Nom du traitement	Accès au soin de chirurgie dentaire pour les enfants en situation de handicap dans la région de Dunkerque
Priorité du traitement (1=haute, 4=basse)	4
Date d'ouverture du dossier	10 déc. 2018
Etat de la déclaration	Validation en cours
Date de mise en oeuvre	1 janv. 2019
Date fin de traitement prévu	30 sept. 2019
Composante(s)	Faculté de Chirurgie Dentaire
Service(s) concerné(s)	
Autre service	

Informations générales

Dates et auteurs	Date de création	11/12/2018 15:24
	Date de modification	11/12/2018 16:01
	Créateur	Jean-Luc Tessier
	Contributeurs	Jean-Luc Tessier
	Dernier contributeur	Jean-Luc Tessier
Version visualisée	0.0	
Objet de la mise à jour		
Date de la mise à jour		
Bloc-notes	attentes questionnaires	
Documents annexes	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.	

Formalités

Type de déclaration	Déclaration normale
Lien vers la référence	Une déclaration normale est mise en oeuvre car une partie de la population cible est potentiellement indentifiée : les infirmières scolaires (parfois 1 par établissement ou 1 pour plusieurs établissement)
Si déclaration à la CNIL n°	
Finalité	La thèse de Madame Louise HARS porte sur l'accès aux soins des enfants en situation de handicap dans la région dunkerquoise : état des lieux et perspectives d'amélioration. Le directeur de thèse est le Dr Thomas TRENTESAUX.
Détails des finalités	il s'agit de mettre à disposition des différents publics cibles, des questionnaires papier qui, une fois renseignés, seront déposés dans des urnes dans les différents sites. Les questionnaires sont récupérés par Madame HARS qui les stocke et code sur un tableur les réponses. Cette déclaration ne porte que sur les questionnaires des infirmières scolaires.
Type de traitement	Facultatif
Application(s) logicielle(s) utilisée(s)	
Catégories des personnes	

Données traitées

Données anonymes	Non
Méthode de collecte des données	par questionnaire papier
Données identifiantes (directe et indirecte)	L'établissement qui peut ne disposer que d'une infirmière et donc qui permet une identification indirecte.
Autres données non identfiantes	questionnaires. le codage sur tableur des questionnaires est anonymes
Interconnexion de fichiers	Non
Zone de libre commentaire	
Données sensibles	Non
Risques et impacts sur la vie privée	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

concernées par le traitement	
Autres personnes concernées	Parents d'enfants en situation de handicap (questionnaires anonymes) Aidants (questionnaires anonymes) Personnels des Instituts Médicaux Educatifs (questionnaires anonymes) Infirmières scolaires (questionnaires potentiellement indentifiants)
Nombre approximatif de personnes concernées	
Modalité d'information auprès des usagers concernés	L'information est données sur les questionnaires
Fichier(s) d'information	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.
Fonction de la personne auprès de laquelle s'exerce le droit d'accès	dpo@univ-lille.fr
Autre personne	Louise Hars <louise.hars.etu@univ-lille.fr>

Qu'est-ce que HANDIDENT ?

HANDIDENT est une association loi 1901, qui gère le réseau régional, d'accès à la santé buccodentaire pour personnes en situation de handicap. Elle a la volonté de mutualiser les connaissances et les compétences professionnelles d'acteurs divers et complémentaires: les chirurgiens-dentistes, les professionnels de santé, les familles et leurs associations, les établissements et services du secteur médico-social, pour trouver des solutions.

- La personne en situation de handicap, la personne phobique et la personne âgée dépendante bénéficie d'un parcours de soins adaptés et spécifiques au travers du réseau.
- HANDIDENT coordonne des actions de prévention: ateliers éducationnels et dépistages dans les établissements et services du secteur sanitaire et médico-social.
- HANDIDENT est également un organisme de développement professionnel continu.

HANDIDENT met la personne au cœur de ses actions pour un accès précoce et régulier aux soins oraux.

Avec le soutien de l'

ars Agence Régionale de Santé Nord - Pas-de-Calais

HANDIDENT est adhérent de

Santé Orale et Soins Spécifiques

Quand faut-il contacter HANDIDENT ?

Vous pouvez nous appeler si :

- Vous êtes un usager en situation de handicap et que vous rencontrez des difficultés pour accéder aux soins buccodentaires !
- Vous êtes chirurgien-dentiste ou un professionnel de santé et vous souhaitez répondre au besoin de vos patients en situation de handicap !
- Vous êtes un aidant familial ou un professionnel et vous souhaitez accompagner une personne en situation de handicap pour améliorer sa santé orale !

Le site internet propose la liste des chirurgiens-dentistes signataires de la charte de votre territoire de santé :

www.handident.com

Association HANDIDENT
Centre Marc Sautelet – 10, rue du petit boulevard – BP 20127
59653 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex –
Tél: 03.28.80.07.86 Fax: 09.70.63.01.18
handident@gmail.com

HANDIDENT
Hauts-de-France

Réseau régionale Hauts-de-France d'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap

Nos Objectifs

FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS

- Notre site > www.handident.com
- Notre permanence téléphonique > 03 28 80 07 86

DÉVELOPPER LA PRÉVENTION

- Ateliers éducationnels
- Dépistages
- Développement Professionnel Continu du personnel sanitaire et médico-social

AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS

- Développement Professionnel Continu des chirurgiens-dentistes
- Soins en cabinet de ville
- Soins en Unités de Santé Orale Spécifique
- Soins sous anesthésie générale

Nous sommes à votre écoute !

Faciliter l'accès aux soins

03. 28. 80. 07. 86

L'accueil téléphonique

L'accueil et l'écoute téléphonique sont une étape importante de la coordination. Toutes personnes en situation de handicap et ses aidants, ainsi que les professionnels de santé trouvent auprès de nous une écoute active. Nous sommes là, pour évaluer le besoin dans le cadre d'une situation personnelle et proposer une orientation et une prise en charge adaptée aux besoins.

Développer la prévention

Le dépistage

Un chirurgien-dentiste du réseau se déplace au sein de l'établissement pour évaluer l'état de d'hygiène buccodentaire et les besoins en soins de la personne.

Développement Professionnel Continu

Une fois formé le personnel est en mesure de comprendre les enjeux d'une bonne santé buccodentaire. Il devient ainsi un relai éducationnel incontournable garantissant la qualité de vie dans l'accompagnement et l'élaboration du projet personnel de l'usager.

Les ateliers éducationnels

A destination des usagers et de leurs familles, ils sont un espace et un temps privilégiés afin d'adapter les gestes d'hygiène buccodentaire aux difficultés de chaque personne. Ils sont co-animés par le personnel formé et un chirurgien-dentiste duréseau.

Améliorer l'offre de soins

Les soins en cabinet de ville

Ils sont les soins de 1 ère intention et le l er recours. Ils permettent à la personne en situation de handicap de se soigner au plus près de son lieu de résidence. En cas de limite ou d'échec, une orientation vers des soins adaptés et différenciés se fera dans le cadre de la coordination du réseau.

Les soins en Unité de Santé Orale Spécifique (USOS)

C'est le second recours de soins. En effet, lorsqu'il est impossible de procéder aux soins dans un cabinet de ville, la coordination du réseau HANDIDENT oriente la personne en besoin de soins vers l'USOS ou le chirurgien-dentiste peut utiliser les techniques de sédation consciente comme l'approche cognitivo-comportementale et/ou l'inhalation de gaz MEOPA .

Les soins sous anesthésie générale

C'est le troisième recours de soins. Les patients qui ont besoin de soins sous anesthésie générale sont orientés vers des établissements hospitaliers visibles et lisibles au sein du réseau.

Ces recours peuvent être combinés les uns avec les autres pour offrir des soins et un suivi régulier en tenant compte de la spécificité de la personne. C'est le parcours de soins.

Les partenariats

USOS du Hainaut

Centre Hospitalier Sambre Avesnois
Service d'Odontologie-Stomatologie
13 Boulevard Pasteur-BP60249
59607 MAUBEUGE Cedex
Secrétariat médical : 03.27.69.44.51

USOS du Littoral dunkerquois

Centre Hospitalier de Dunkerque
130 avenue Louis HERBEAUX
BP 6367
59385 DUNKERQUE Cedex 1
Secrétariat médical : 03.28.28.56.10

USOS de laMétropole

Centre Marc Sautelet
10 rue du Petit Boulevard
PB20127
59653 Villeneuve d'Ascq Cedex
Secrétariat médical : 09.63.23.93.33
Mail : ad.handident@gmail.com

USOS du Littoral boulonnais

Centre d'enseignements et de soins dentaires
du Centre hospitalier de Boulogne
Allée Jacques MONOD
62200 BOULOGNE-SUR-MER
Secrétariat médical : 03.21.99.32.60
Mail : cesd@ch-boulogne.fr

Comment nous aider ?

Notre association est considérée comme étant d'intérêt général sur avis favorable de la Direction Générale des Finances Publiques. L'association HANDIDENT est donc habilitée à recevoir des dons et à émettre un reçu fiscal. Ce don ouvre le droit à une réduction d'impôts (pour les particuliers 66% au titre de l'impôt sur le revenu et 75% au titre de l'ISF. Pour les entreprises la réduction est de 60%).

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année [2020] – N°:

Accès aux soins des adolescents en situation de handicap dans la région dunkerquoise : questionnaires, état de lieux et perspectives d'amélioration

HARS Louise - f. 93 : ill. 22 ; réf. 70

Domaines : Handicap

Mots clés RAMEAU : Dents – Soins et Hygiène ; Adolescents handicapés ; France – Dunkerque (Nord ; région)

Mots clés FMeSH : Soins dentaires pour personnes handicapées ;

Mots clés libres : Instituts médico-éducatifs ; Unités localisées d'inclusion scolaire

Résumé de la thèse en français

15 ans après l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005 en faveur des personnes en situation de handicap et 45 ans après la première loi de 1975, il existe encore en France des inégalités dans l'accès aux soins de ces personnes.

Le département du Nord, de par son histoire en la matière, est particulièrement concerné par cette question. La taille des Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale (CDES) et des Commissions d'Orientation Technique et de Reclassement Professionnel (COTOREP), remplacées depuis 2006 par les CDAPH, constituait une exception française.

C'est pour ces raisons que nous avons réalisé une étude transversale par 3 auto-questionnaires auprès des parents d'adolescents en situation de handicap d'ULIS et d'IME, des infirmières scolaires et des aidants professionnels des IME dans l'objectif de réaliser un état des lieux de l'accès aux soins des adolescents porteurs de handicap de la région dunkerquoise.

Les conclusions que nous en avons tirées permettent de mettre en lumière plusieurs leviers qui pourraient améliorer l'accès aux soins dentaires de cette population : la sensibilisation des aidants familiaux à la santé orale, la formation des aidants professionnels aux geste d'hygiène bucco-dentaire du quotidien ainsi que celle des chirurgiens-dentistes à l'abord des personnes porteuses de handicap au sein d'un cabinet dentaire de ville.

De nombreux projets et mesures politiques ont été mis en place depuis quelques années mais il parait primordial, à ce jour, que les politiques de santé s'axent davantage sur la prévention et la prise en charge de ces personnes en situation de handicap afin de répondre au mieux à cet enjeu de santé publique.

JURY :

Président : Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Madame le Docteur Marion DEHURTEVENT

Madame le Docteur Florence SEGUY