



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY – METZ

**UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE D'ODONTOLOGIE**

Année 2013

N° 6152

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Théo SCHONG

Né le 19 février 1986 à Paris XIe

**PROGRAMME DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS UNE POPULATION
D'ADULTES POLYHANDICAPES DE LA REGION LORRAINE (Vic-sur-Seille,
Moselle):**

RESULTATS, POINTS FORTS, LIMITES

Présentée et soutenue publiquement
Le 24 juin 2013

Examineurs de la Thèse :

Pr. J-M. MARTRETTE

Pr. C. STRAZIELLE

Dr. V. STUTZMANN-MOBY

M. J. DEHAND

Professeur des Universités

Professeur des Universités

Maître de Conférences

Infirmier Diplômé d'Etat

Président

Juge

Juge

Invité

<p>Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique</p>	<p>M. BROU Dominique (Coopère) M. PREVOST Jacques M. BOOQUE Julien Mlle PHILIPPIN Béatrice M. SABATIER Antoine</p>	<p>Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale</p>	<p>Mme FILLIEU Marie-Pierre M. BOLENDER Yves Mlle PY Catherine M. REYON Nicolas</p>	<p>Professeur des Universités Maître de Conférences Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 56-03 Infectiologie, Pédiatrie, Sciences de la Santé, Odontologie Infantile</p>	<p>Mme de Médecine de l'Université Jean-Baptiste M. JANOT Francis Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline</p>	<p>Professeur Titulaire Professeur Contractuel Assistant</p>
<p>Sous-section 57-01 Parodontologie</p>	<p>M. AMBROSINI Pascal Mme BOUTELIER Catherine (Jussieu) M. MULLER Neal M. PENALIB Jacques M. GALLINA Sébastien M. JOSEPH David</p>	<p>Professeur des Universités Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 57-02 Chirurgie Bucco-Maxillo-Faciale, Pathologie et Thérapeutiques, Anesthésiologie et Réanimation</p>	<p>M. BRAVETTI Pierre M. ARTIS Jean-Paul M. VITNET Denis M. WANG Christon M. BALLY Julien M. CURTEN Rémi Mlle SCURDOT Alexandre</p>	<p>Maître de Conférences Professeur Titulaire Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistante</p>
<p>Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Biophysique, Histologie, Embryologie, Cellules, Anatomie pathologique, Sociologie, Neurobiologie)</p>	<p>M. WESTPHAL Alain M. MARTRETTE Jean-Marc Mlle ERBRECH Aude</p>	<p>Maître de Conférences Maître de Conférences Assistante Associée au CNRS/2007</p>
<p>Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie</p>	<p>M. ENGELS-DEUTSCH Marc M. AMERY Christophe M. MORTIER Eric M. CLUNY Pierre M. HESS Stéphan Mlle PECHOUX Sophie</p>	<p>Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistante</p>
<p>Sous-section 58-02 Fonctionnement (Prothèse complète, Prothèse partielle, Prothèse implantaire, Orthèse maxillo-faciale)</p>	<p>M. SCHOUVER Jacques M. LOUIS Jean-Pol M. ARCHILON Claude M. DE MARCH Pascal M. BARONE Serge Mlle SCHER Julie Mlle MONDON Hélène Mlle RIFFAULT Amélie M. SIMON Franck</p>	<p>Maître de Conférences Professeur des Universités Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques, Oculodentaire, Biométrie-fonction, Biophysique, Radiologie</p>	<p>Mlle STRAZZELLE Catherine M. RARDY Christophe (Stutsmann) Mme NOBY Vanessa (Stutsmann) M. SALOMON Jean-Pierre Mme DAVILOT Géo (Touquet)</p>	<p>Professeur des Universités Professeur des Universités Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant (France de la CNU/2003)</p>

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A NOTRE PRESIDENT ET JUGE,

Monsieur le Professeur Jean Marc MARTRETTE,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Doyen de la Faculté d'odontologie de Nancy

Chef de Service du CSERD de Nancy

Docteur en Sciences Pharmacologiques

Habilité à diriger des Recherches

Sous-section : Sciences biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)

Nous vous remercions sincèrement d'avoir honoré ce travail de votre attention.

Nous avons été très touché par la confiance, la disponibilité et les conseils que vous nous avez accordés tout au long de nos études, et tout particulièrement lors de la mise en place du programme Erasmus.

Pour votre compétence, vos conseils et votre bienveillance, veuillez trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance et de notre sincère estime.

A NOTRE DIRECTRICE ET JUGE,

Mademoiselle le Professeur Catherine STRAZIELLE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Neurosciences

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable de la sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,
Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Vous nous avez confié ce sujet de thèse et aidé à sa réalisation.

Votre soutien et vos précieux conseils nous ont permis de mener à bien l'élaboration de cet ouvrage.

Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement, votre sens clinique avisé et votre grande bienveillance.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos vifs remerciements et de notre plus profond respect.

A NOTRE JUGE,

Madame le Docteur Vanessa STUTZMANN-MOBY

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Nous vous remercions d'avoir accepté si spontanément de faire partie de notre jury de thèse.

Nous avons été sensible à l'accueil, aux conseils et aux encouragements que vous nous avez réservés lors de notre stage hospitalier à Brabois.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE JUGE,

Monsieur Jean DEHAND

Infirmier Diplômé d'Etat à la Maison Accueil Spécialisée de Vic-sur-Seille

Vous nous avez fait l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Nous vous remercions sincèrement de l'attention et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A tout le personnel de la Maison Accueil Spécialisée de Vic-sur-Seille ainsi qu'à tous ses résidents

A ma famille

A mes amis

**PROGRAMME DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS UNE
POPULATION D'ADULTES POLYHANDICAPES DE LA REGION
LORRAINE (Vic-sur-seille, Moselle):**

RESULTATS, POINTS FORTS, LIMITES

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
LE CONCEPT DU POLYHANDICAP	5
1. Le handicap	6
1.1. Définitions	7
1.2. Classifications.....	10
1.2. Les structures d'accueil pour adultes	15
2. La notion de l'adulte polyhandicapé	19
2.1. Epidémiologie.....	19
2.2. Etiologie	21
2.3. Manifestations cliniques.....	23
3. Les caractéristiques bucco-dentaires de la personne polyhandicapée.....	29
3.1. Les facteurs locaux intrinsèques.....	31
3.2. Les facteurs locaux extrinsèques	34
3.3. Les facteurs généraux	37
3.4. Les facteurs extrinsèques	41
3.5. Conséquences et évolution des pathologies dentaires	43
3.6. Besoins spécifiques et limites de la prise en charge	45
3.7. Prise en charge de la santé bucco-dentaire des patients polyhandicapés.....	55
3.8. Conclusion.....	59
LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE DE VIC-SUR-SEILLE.....	60
1. Les Maisons d'Accueil Spécialisé	61
2. La Maison d'Accueil Spécialisé de Vic-sur-Seille	62
2.1. Présentation de la MAS	62
2.2. Détail de la structure.....	63
3. Suivi dentaire de l'adulte polyhandicapé à la MAS de Vic-sur-seille	65
4. Étude clinique : organisation des soins bucco-dentaires.....	66
4.1. Evaluation de la santé bucco-dentaire des résidents.....	66
4.2. Organisation des soins d'hygiène.....	78
4.3. Sensibilisation et formation du personnel.....	79
4.4. Deuxième et troisième évaluations à moyen terme	81
Bilan	83

DISCUSSION	84
CONCLUSION	87
Bibliographie	88
Listes des annexes	96
Table des illustrations	108
Liste des tableaux	109

INTRODUCTION

« Les handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni vivants ni morts, ni en dehors de la société ni pleinement à l'intérieur. »

Robert Murphys, *The Body Silent*, 1987.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées marque une prise de conscience par la société des difficultés rencontrées par ces personnes, mais l'accessibilité à la santé n'est aujourd'hui encore pas acquise.

Plus que pour toute autre population, les personnes handicapées justifient du développement de méthodes de prévention et de soins bucco-dentaires.

A la demande du directeur de la MAS de Vic-sur-seille, nous avons effectué une étude clinique basée sur un programme de soins préventifs et curatifs, afin de tester ensuite l'amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents.

Dans une première partie, après la définition du handicap et du polyhandicap nous étudierons les caractéristiques médicales et bucco-dentaires de la personne polyhandicapée en considérant les conséquences sur l'adaptation nécessaire à leur prise en charge thérapeutique.

La seconde partie sera consacrée à la présentation du projet réalisé au sein de la maison d'accueil spécialisée de Vic-sur-Seille. Elle décrira les objectifs de l'action, une présentation de l'étude, et son bilan.

Ce travail servira de réflexions aux possibilités d'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes polyhandicapées tant au niveau de la structure qu'au niveau national.

LE CONCEPT DU POLYHANDICAP

1. Le handicap

De l'infirmité maléfique au désavantage social (1).

Pour mieux comprendre la notion de « handicap », il est utile de retracer les origines de ce concept et le parcours sémantique de ce mot. La représentation sociale du « handicap » a subi une longue évolution à travers les différentes sociétés humaines.

Durant l'Antiquité gréco-romaine, le handicap d'un nouveau-né est associé à une punition divine. L'enfant n'est pas alors traité comme un être humain, il est mis à l'écart, hors de l'espace social où il va mourir. Ceux qui en réchappent représentent un symbole et doivent être acceptés pour éviter la colère des dieux.

La culture hébraïque interdisait à l'individu souffrant d'infirmité de s'approcher des lieux de cultes, mais elle ne l'excluait pas de la société et il devait être traité avec compassion.

Une ambiguïté apparaît avec la religion chrétienne entre sacralisation et diabolisation. Longtemps, la religion donnera son statut au handicapé. Les infirmes étaient les objets de la charité religieuse. C'est la dimension de l'assistance qui primait alors, et entraînait un échange social.

Le Moyen-âge se caractérise par une ambivalence dans la façon de considérer le handicap, la société les rejette ou les accepte. Les infirmes physiques et mentaux pouvaient vivre au voisinage des rois et des princes, parfois *bouffons* dans une fonction de dérision. Les *bossus* étaient recherchés pour leur difformité qu'il fallait toucher pour conjurer le mauvais sort (2).

Par la suite, le principe de charité régresse, la société commence à encadrer cette population et à créer des lieux d'accueil, mais cette initiative garde un caractère ségrégatif. Au XVII^{ème} siècle, Louis XIV crée l'Hôpital Général où sont enfermés mendiants, valides et invalides. L'exclusion demeure, mais l'Etat s'implique, la notion de « maladie » à travers l'infirmité s'ébauche, on reconnaît la nécessité d'inculquer une éducation particulière à cette population.

C'est en 1827 que la notion de « handicap » apparaît. Expression d'origine irlandaise utilisée autrefois lors de courses hippiques, « handicap » vient de « hand in cap » ce qui signifie la main dans le chapeau. Elle désigne un système de discrimination négative qui consistait alors pour les courses équestres, à mettre un poids supplémentaire aux concurrents considérés comme plus performants (3).

Le terme « handicapped » est utilisé pour la première fois dans le *New York times* en 1905. La définition du mot « handicap » apparaît en France en 1940 dans le dictionnaire *Le Robert* (4). C'est en 1957 que ce mot apparaît pour la première fois dans le droit français à propos d'une loi sur les « travailleurs handicapés ».

Aujourd'hui il est nécessaire de définir le handicap non plus comme une limitation fonctionnelle de l'individu, mais comme un désavantage social dont la société est en partie responsable. Si le handicap n'est pas le seul fait de la personne et de ses déficiences, mais est également imputable à la société, les luttes pour réduire les handicaps doivent alors ne plus avoir pour seule cible les personnes, à travers la rééducation, les prises en charge individualisées et catégorisées, mais aussi prendre en compte l'organisation sociale.

Identifier la personne à son handicap serait la réduire à cette seule dimension. La personne n'est plus seulement une personne handicapée, mais une personne en situation de handicap, du fait de ses caractéristiques personnelles mais aussi de par un environnement matériel, humain et social inapproprié (5).

Il n'existe pas de définition unique du handicap. Chaque pays et chaque organisation apporte une réponse différente à la définition du handicap (6).

1.1. Définitions

1.1.1 Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'organisation mondiale de la santé a proposé, depuis 1980, plusieurs définitions successives pour aboutir en mai 2001 à une "Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)". Il s'agit d'un compromis de transition entre une approche médicalisée et une approche environnementale. Elle définit le handicap comme un terme générique pour « les déficiences, les limitations de l'activité et restrictions à la participation ».

Le handicap est l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale telle que la paralysie cérébrale, le syndrome de Down ou encore les troubles mentaux, et des facteurs personnels et environnementaux, comme par exemple des attitudes négatives, des moyens de transport et des bâtiments publics inaccessibles ou encore des soutiens sociaux limités (7).

1.1.2. Définition française

La définition légale du handicap en France est inscrite dans la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » :

« Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (8)

L'Institut National de la statistique et des Etudes Economiques (INSEE) distingue :

- le handicap «ressenti» (se déclarer handicapé quelque soit le handicap),
- le handicap «identifié» (en fonction de critères définis par l'enquête)
- le handicap «reconnu» (par une administration).

La notion de handicap est relative et évolue dans le temps : elle dépend des normes sociales en cours.

Selon l'INSEE, il y aurait 12 millions de personnes handicapées en France divisées en sept catégories, dont 1,2 million de personnes présentant des déficiences sévères (9).

Le handicap a été déclaré Grande Cause nationale en 2003 et un Conseil National Consultatif des personnes handicapées a été mis en place (10).

1.1.3. Autres définitions

Le terme de handicap est défini par les dictionnaires de manière peu consensuelle :

- Dictionnaire Larousse : *«Infirmité ou déficience, congénitale ou acquise.»*
- Dictionnaire Petit Robert : *«Désavantage, infériorité qu'on doit supporter»*
- Dictionnaire de médecine Flammarion : *«Désavantage résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui gêne ou limite le sujet dans l'accomplissement de son rôle social»*
- Dictionnaire des termes de médecine Garnier Delamare : *«Conséquence socio-professionnelle d'une incapacité»*
- Pour l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Infirmes (UNAPEI), une personne handicapée est : *«une personne à part entière, à la fois ordinaire et singulière. Elle est ordinaire parce qu'elle connaît les besoins de tous, elle dispose des droits de tous et elle accomplit les devoirs de tous. Elle est singulière, parce qu'elle est confrontée à plus de difficultés que les autres citoyens, et qui sont la conséquence d'une ou plusieurs déficiences»* (11).

Même si aucune définition n'est à l'heure actuelle satisfaisante, nous proposons de retenir celle du Forum des associations représentatives de personnes handicapées :

« Le handicap apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration » (12).

Michel Delcey analyse cette approche de la manière suivante :

« Le handicap n'est plus un phénomène statique mais dynamique, un processus (apparaît) qui résulte de la combinaison (interaction) de deux séries de facteurs : individuels (déficience et limitation fonctionnelle) et sociaux (barrière), l'accent étant mis sur la résultante sociale (intégration) de cette combinaison » (13).

Au début des années 90, cette définition, élaborée avec les personnes handicapées elles-mêmes, constitue une base pour tous les modèles proposés.

1.1.4. Le polyhandicap

Le « polyhandicap » est un mot français. Il est employé pour la première fois en 1969 dans la revue *Réadaptation* par le Dr. Zucman (14).

En 1993 le groupe d'étude du Centre Technique National d'Etude et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) propose une définition du terme « polyhandicap » :

« Association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée. »

Cette définition diminue le clivage entre maladie et handicap.

Le polyhandicap est défini aujourd'hui pour les enfants et les adolescents, par le Code de l'action social et des familles (CASF), dans le décret D 312-83 comme étant :

« ...un handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale ».

En 2002 le Groupe Polyhandicap France (GPF) propose sa propre définition :

« Le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain.

Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique.

La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomies optimales » Définition adoptée au Conseil d'Administration du 3/12/2002 (15).

Les définitions évoluent et oscillent entre deux contradictions :

Plus la définition est précise et plus elle cible les réponses aux besoins des personnes, plus elle les enferme dans des catégories de patients désertées par les professionnels.

Au contraire, plus on élargit la définition, moins on en exclut les personnes, mais on accentue le risque d'inadaptation des réponses à leur apporter.

1.2. Classifications

L'approche de la santé et des handicaps a nécessité une recherche de rigueur et de classification.

En 1893, un début de classification, la classification Bertillon, répertoriait une nomenclature des causes de décès (16).

En 1946 a été créée la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé (CIM). Elle fut révisée en 1990. La CIM est toujours reconnue par l'OMS.

Le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est une classification centrée sur les écarts avec la norme et qui établit des corrélations entre les symptômes et l'environnement.

La Classification Internationale des Handicaps initiée par le D^r Wood et expérimentée en 1976, pour être définitivement adoptée en 1992. La CIH a aujourd'hui évolué pour devenir la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

1.1.1. La classification internationale des Handicaps (CIH)

Cette classification analyse le handicap en trois points (Figure 1):

- **Une déficience** est une perte de substance ou l'altération d'une structure ou d'une fonction corporelle. La déficience correspond donc à la lésion (exemple : amputation, lésion de la moelle, dégénérescence d'un nerf...) et/ou au déficit en résultant (exemple : paraplégie, ankylose, aphasie, surdité, incontinence urinaire...).
- **L'incapacité** correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales. Par exemple : incapacité à marcher, à s'accroupir, à fermer le poing..., mais aussi (en « situation ») à se lever, se laver, utiliser les toilettes, s'habiller, communiquer, mémoriser, réfléchir...
- **Le désavantage** est la conséquence des déficiences ou des incapacités Il représente une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels : faire des études , gagner sa vie, fonder une famille...

La classification a permis de clarifier les concepts et de savoir de quoi on parle ; les définitions des trois niveaux de la CIH sont devenues des standards internationaux.

Elle a réussi à « décliner » le handicap de façon différente pour chaque personne et de l'envisager de façon globale, selon un modèle maintenant bien connu.



Figure 1 - Pluridimensionalité du handicap

Dans cette classification le concept du handicap est pluridimensionnel.

La CIH et les réflexions qui ont entouré sa conception ont abouti à une révolution du concept du handicap : considérer le handicap comme la conséquence d'une maladie (ou d'un accident) au lieu de l'assimiler à sa cause.

Cependant la CIH connaît de nombreuses limites. Les événements ne se déroulent pas toujours dans l'ordre, du « diagnostic » vers le « désavantage ». Ainsi, une incapacité comme l'impossibilité de se mouvoir peut entraîner des déficiences tels que des escarres. De même, l'existence de déficiences ou même d'incapacités n'entraîne pas forcément de désavantages. Le schéma est donc plus pédagogique que conforme à la réalité.

Le vocabulaire systématiquement négatif et le rôle de l'environnement dans la constitution du désavantage social reste largement ignoré.

Remplacée en 2001 par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), la CIH constitue cependant encore la trame actuelle de la notion de handicap.

1.1.2. *La Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*

La CIF a été proposée par l'OMS en 2001, elle fut adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé en Mai 2001. Elle est consultable à cette adresse : <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>

La CIF diffère de la CIH dans la représentation des relations entre fonctionnement et handicap. Elle y apporte quatre points fondamentaux :

- **Intégration du modèle social du handicap**, d'une approche réadaptative. On passe à l'égalité des droits et des chances, sous l'effet de pratiques alternatives et en privilégiant la représentation politique des personnes.
- **Perspective universaliste et systémique du fonctionnement humain**. Universaliste parce que le principe retenu est la non-discrimination et l'utilisation d'une terminologie neutre, systémique du fait de la prise en compte de l'environnement et de l'interaction des variables.
- **Introduction de la participation**. Il s'agit moins d'identifier les préjudices que d'identifier les causes individuelles et environnementales de la restriction de la participation sociale.
- **Adjonction d'une classification de l'environnement**. Les facteurs environnementaux sont évalués en termes de facilitateurs ou d'obstacles.

Le handicap y est avant tout une notion multidimensionnelle rendue dynamique par l'interaction entre les problèmes de santé personnels et l'environnement, chacun d'eux pouvant être fluctuant dans le temps (figure 2). La CIF aborde le handicap dans une dimension sociale en plus de la dimension individuelle. Le handicap y est composé de facteurs intrinsèques et extrinsèques à l'individu. Pourtant il y reste en grande partie d'ordre subjectif.

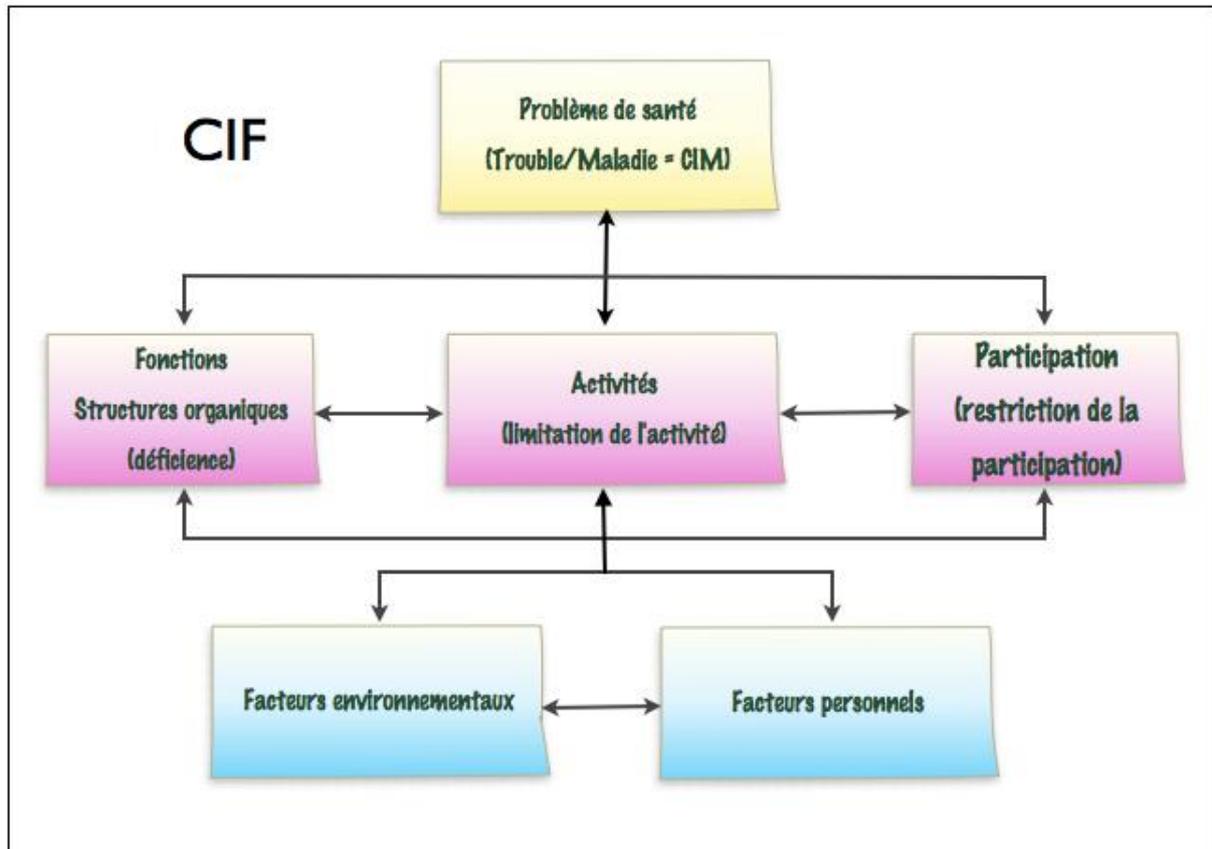


Figure 2 - CIF : Les interactions multidimensionnelles du handicap (17)

Il est important de définir certaines notions de cette classification: (9, 18)

- Les **déficiences** : peuvent être variables, d'un simple écart à une perte fonctionnelle importante. Elles concernent les structures anatomiques, les fonctions organiques, physiologique et psychologique.
- Les **limitations d'activité** : difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités. Ces limitations sont généralement estimées en termes de « capacité à faire », l'environnement étant supposé normalisé. On peut ainsi étudier les limitations à fixer son attention, à conduire un véhicule ou à soulever et porter des objets.
- Les **restrictions de participation** : problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans la vie réelle, comme l'insertion professionnelle ou le déroulement d'une vie familiale. Ces restrictions sont le plus souvent relevées en recourant à la notion de performance au sens de réalisation concrète. Plus encore que les notions précédentes, elles sont influencées par l'environnement qui rendra plus difficile ou, au contraire, aidera à la fixation de l'attention, à la conduite du véhicule ou au port des charges.

1.1.3. Autres classifications

La CIF et la CIH ne sont pas les seuls modèles qui ont été proposés pour envisager la question du handicap.

- **L'approche sociétale de Patrick Fougeyrollas**

L'approche de Patrick Fougeyrollas, anthropologue québécois et lui-même en situation de handicap, s'appuie essentiellement sur l'aspect sociologique de la question. Il propose un modèle nommé « *Processus de Production du Handicap* » (PPH) (19). Il s'appuie sur les résultats du colloque organisé à Québec en 1987 regroupant 25 experts de 13 pays.

La figure 3 résume ce modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne :

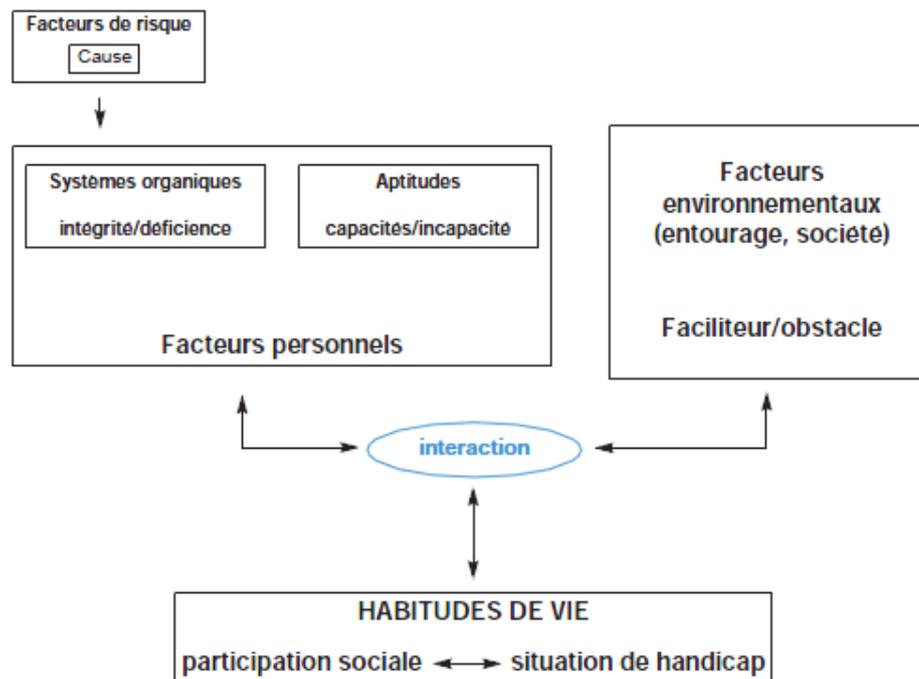


Figure 3 - Le processus de production du handicap - D'après P. Fougeyrollas et coll. (13)

Ici, une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux qui peuvent être des facilitateurs ou des obstacles.

Ce modèle présente l'inconvénient d'être complexe pour un usage clinique et social au quotidien.

Une définition du handicap est proposée : « *Les handicaps sont une perturbation pour une personne dans la réalisation des habitudes de vie compte-tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant, d'une part, de déficiences ou d'incapacités et, d'autre part, d'obstacles découlant de facteurs environnementaux.* »

- **Le Système d'Identification et de Mesure des Handicaps (SIMH)**

Le SIMH a été élaboré par le médecin anthropologue français Claude Hamonet. Cette approche est délibérément « positive » et ne parle plus de « classification », terme jugé trop stigmatisant mais d'« identification ». Elle repositionne la notion de personne face à la société et à la santé. Elle s'appuie sur un modèle à 4 dimensions : le corps, les capacités, les situations de la vie et la subjectivité (Figure 4). On aboutit ainsi à une représentation du phénomène du handicap, centré sur la notion de la personne (3).



Figure 4 - Représentation du Système d'Identification et de Mesure des Handicaps (20)

Il y a handicap chaque fois que la personne rencontre, à un moment donné, un obstacle (partiel ou total) dans l'accomplissement d'une ou de plusieurs activités. Ces obstacles peuvent être la conséquence d'une modification du corps, des capacités ou de sa subjectivité, mais aussi des situations particulièrement exigeantes ou contraignantes pour l'individu (Figure 5).

Etre handicapé c'est donc être en situation de handicap.

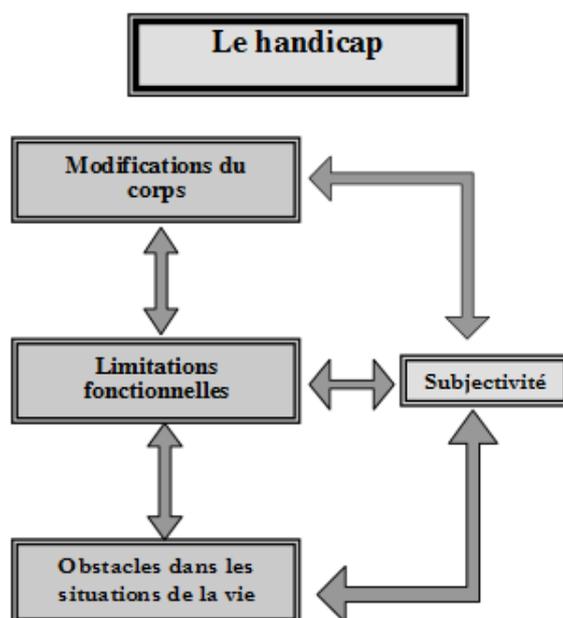


Figure 5 - Le système d'identification quadridimensionnel du handicap (3)

Claude Hamonet propose sa définition du handicap :

« Constitue une situation de handicap le fait, pour une personne, de se trouver, de façon temporaire ou durable, limitée dans ses activités personnelles ou restreinte dans sa participation à la vie sociale du fait de la confrontation interactive entre ses fonctions physiques, sensorielles, mentales et psychiques lorsqu'une ou plusieurs sont altérées, d'une part, et les contraintes de son cadre de vie d'autre part. »

L'auteur insiste sur le fait que c'est donc l'environnement non adapté qui crée le handicap, en admettant que certaines situations de handicap sont insurmontables du fait des limitations extrêmes des capacités de la personne. C'est le cas des personnes polyhandicapées.

1.2. Les structures d'accueil pour adultes

Elles constituent une réponse adaptée aux besoins de certaines personnes handicapées, compte-tenu de la lourdeur de leur handicap.

La prise en charge est assurée par des personnels médicaux, paramédicaux et éducatifs qui coopèrent dans le cadre du projet de vie de la personne handicapée.

Selon l'enquête « *Établissements Sociaux et médico-sociaux* » (ES) de 2006, le nombre de structures pour adultes handicapés a augmenté de 20 % entre 2001 et 2006. L'augmentation atteint 35 % en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) et 45 % en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).

Au total, plus de 200 000 adultes handicapés étaient accueillis par les établissements médico-sociaux au 31 décembre 2006. Environ 30 000 d'entre eux exerçaient en journée une activité professionnelle dans un Établissement et Service d'Aide pour le Travail (ESAT) et fréquentaient le reste du temps une structure d'hébergement. Les hommes sont toujours plus nombreux dans toutes les catégories d'établissements (60 % en ESAT et 56 % dans les autres établissements). L'âge moyen continue d'augmenter ainsi que la durée de présence dans un même établissement (plus de 10 ans en moyenne). Au cours de l'année 2006, les sorties ont représenté 6 % des effectifs. La moitié des personnes ayant ainsi quitté un établissement ont été orientées vers un autre établissement médico-social (21).

1.2.1. Les structures relevant de la compétence de l'Etat

Il existe deux types de structures d'accueil relevant de la compétence de l'Etat :

- **Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)**

Les Maisons d'Accueil Spécialisées ont vu le jour en septembre 1978, avec le décret d'application de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975.

Elles reçoivent des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

Les MAS proposent un accueil de jour permettant d'alléger les familles, et un accueil temporaire. Ce sont des établissements médico-sociaux financés en totalité par l'assurance maladie.

Il n'y a pas d'âge maximum d'admission en MAS et il n'existe pas de limite d'âge mettant fin à son accueil.

Une participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien reste à la charge du résident. Le montant du forfait journalier hospitalier est fixé à 18€ depuis le premier janvier 2010. Il peut être pris en charge par l'aide sociale du département, de manière totale ou partielle, ou au titre de la couverture maladie universelle complémentaire. Si le résident est bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), celle-ci pourra être réduite de 30 % en le dispensant de l'acquittement du forfait de la MAS (22).

Les missions de ces MAS sont :

- développer les potentialités des personnes accueillies
- maintenir leurs acquis et favoriser leurs apprentissages et leur autonomie
- favoriser leurs relations avec les autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement
- favoriser la participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées
- porter une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique
- veiller au développement de la vie affective et maintenir le lien avec la famille ou les proches
- garantir l'intimité en préservant un espace de vie privatif
- assurer un accompagnement médical coordonné (23)

- **Les Établissements et Services d'Aide pour le Travail (ESAT)**

Les ESAT remplacent les Centres d'Aide par le travail (CAT). Ce sont des établissements médico-sociaux, accessibles sur décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Ils permettent aux personnes handicapées qui n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire, y compris en entreprise adaptée ou de façon indépendante, d'exercer une activité à caractère professionnel dans un milieu de travail protégé. Ces personnes bénéficient, en fonction de leurs besoins, d'un suivi médico-social et éducatif. Le statut d'un travailleur handicapé en ESAT est particulier, il n'est pas soumis aux dispositions du code du travail.

1.2.2. Les établissements relevant de la compétence du Conseil général

- **Les Foyers de vie, Foyers Occupationnels pour Adultes (FOA) ou Services d'Activité de Jour et d'Hébergement (SAJH)**

Ce sont des établissements accueillant des personnes qui présentent un handicap important ne leur permettant pas d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais qui disposent toutefois d'un minimum d'autonomie pour accomplir des actes simples de la vie quotidienne. Ces établissements disposent le plus souvent de places d'accueil de jour.

- **Les Foyers d'Hébergement (FH)**

Ce sont des lieux de vie pour des travailleurs en ESAT qui ne sont pas autonomes. L'accueil est assuré en dehors du temps de travail.

- **Les Centres d'Activité de Jour (CAJ)**

Les CAJ accueillent des personnes handicapées adultes en externat. Ils sont dédiés à des personnes relativement autonomes mais qui ne peuvent pas encore travailler et leur propose des activités adaptées à leur handicap afin de développer leur autonomie.

- **Les centres d'initiation au travail et aux loisirs (CITL)**

Les CITL ont les mêmes missions que les CAJ.

1.2.3. *Les établissements relevant à la fois de la compétence du Conseil général et de celle de l'Etat*

- **Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM)**

Les FAM accueillent des adultes lourdement handicapés mentalement ou physiquement qui ne peuvent pas travailler. Ils bénéficient d'une surveillance médicale constante et de soins quotidiens. Les FAM offrent généralement un accueil permanent. Ils sont financés à la fois par la sécurité sociale pour les soins, et par le Conseil général pour l'hébergement.

1.2.4. *Démarches*

Pour pouvoir bénéficier d'un accueil dans l'une de ces structures, il est nécessaire de s'adresser à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Instituées par la loi du 11 février 2005, les MDPH offrent un accès unique aux droits et prestations auxquels peuvent prétendre les personnes handicapées. Elles ont pour mission « *l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que la sensibilisation de tous les citoyens au handicap* » (24)

Les MDPH assurent à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie et à sa mise en œuvre.

Agrément	Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	Ensemble des établissements centrés sur l'hébergement	Foyers occupationnels ou foyers de vie	Foyers d'hébergement	Foyers d'accueil polyvalent	Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	Maisons d'accueil spécialisé (MAS)
Déficients intellectuels	42	45	49	63	50	14	11
Déficients psychiques	7	3	4	3	5	4	3
Déficients intellectuels et déficients psychiques	39	26	30	28	27	19	12
Autisme et troubles envahissants du développement	NS	4	2	NS	8	19	8
Déficients moteurs	6	9	10	5	10	16	9
Traumatisés crâniens	1	2	NS	NS	1	57	5
Déficients visuels	2	1	2	NS	1	1	1
Déficients auditifs	2	1	NS	NS	1	2	NS
Polyhandicapés *	1	13	6	NS	2	21	60
Autre	3	1	1	1	NS	2	3
Total **	103	105	104	100	105	155	112

* Handicap associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante.

** Un établissement peut avoir plusieurs agréments.

Lecture • 63 % des foyers d'hébergement pour adultes handicapés sont prévus pour accueillir des personnes avec des déficiences intellectuelles.

Champ • établissements médico-sociaux pour adultes handicapés.

Sources • Échantillon national, enquête ES 2006, DREES.

Tableau 1 - Agréments clientèle des établissements pour adultes handicapés (en % des établissements)

Le tableau 1 recense les différents établissements d'accueil. On peut observer qu'il existe des pathologies plus spécifiques pour chaque type de structure. Les MAS étant des établissements d'accueil pour les personnes dont le handicap est multiple et lourd.

2. La notion de l'adulte polyhandicapé

2.1. Epidémiologie

Selon l'OMS, environ dix pour cent de la population mondiale présenterait un handicap, soit 650 millions de personnes. Entre 110 et 190 millions de personnes ont des difficultés importantes sur le plan fonctionnel, ce qui représente entre 2,2 et 3,8% de la population mondiale (3).

En France, l'Allocation Adulte Handicapée (AAH) est la principale aide financière pour les personnes handicapées en âge de travailler, ayant un âge compris entre 20 et 60 ans et un taux d'incapacité supérieur à 50%. 916 700 personnes bénéficiaient de l'allocation aux adultes handicapés au 31 mars 2012 (25).

Les deux autres aides financières pour les personnes handicapées sont :

- la Prestation de compensation du handicap (PCH)

C'est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Elle est attribuée aux personnes présentant une incapacité totale ou plusieurs incapacités majeurs dans les domaines de la locomotion, de la communication, des déplacements, des actes essentiels de la vie. Elle indemnise les dépenses liées à la dépendance.

- l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

Elle est destinée à permettre à certaines personnes d'assumer les frais occasionnés pour l'emploi d'une tierce personne utile aux actes essentiels de la vie.

De décembre 2006 à juin 2012, le nombre de bénéficiaires d'une PCH ou d'une ACTP est passé de 139 000 à 223 000 personnes, soit une augmentation de 9 % par an (Figure 6).

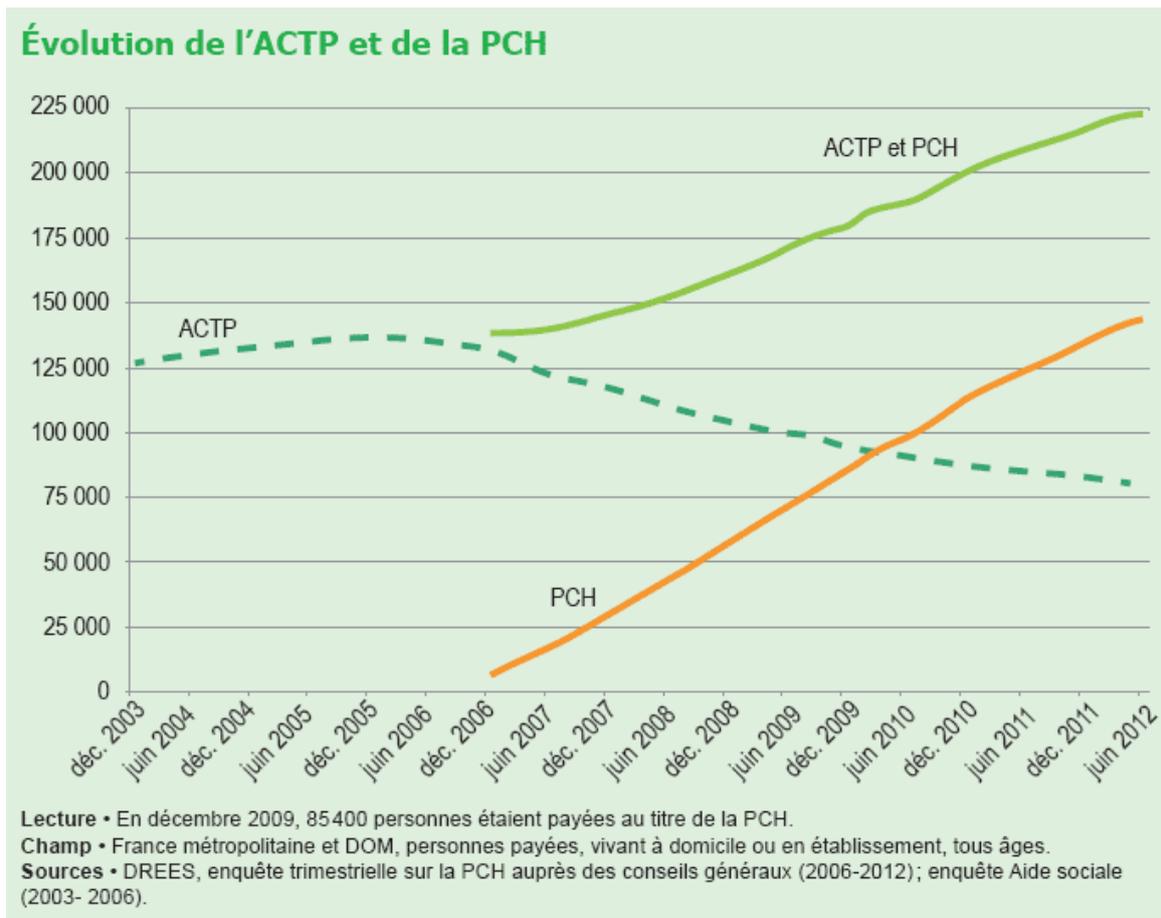


Figure 6 - Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 (26)

L'enquête « Handicaps – Incapacités – Dépendance » (HID), réalisée par l'INSEE entre 1998 et 2002, a été la première enquête représentative de la situation française sur le handicap. Il est prévu que celle-ci soit renouvelée tous les cinq ans afin d'en voir l'évolution. Elle recense environ 1600 personnes hébergées durablement en établissement pour personnes handicapées (MAS et FAM). (27)

Aucun organisme ne dénombre avec certitude le nombre de personnes polyhandicapées. La prévalence du polyhandicap serait comprise entre 0,4 et 2,5/1000, ce qui correspondrait à 60 000 - 120 000 personnes en France (23, 28, 29)

Chaque année en France, 700 à 800 enfants polyhandicapés naissent soit environ une naissance sur 100 000. 7,7% des adultes polyhandicapés sont accueillis dans des établissements médico-sociaux (30). Ces données doivent être utilisées avec prudence car même le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat souligne que l'information statistique sur le handicap est insuffisante (31).

Le nombre de personnes atteintes de polyhandicap reste stable depuis plusieurs années. La médecine a d'une part connu de grandes avancées en obstétrique, permettant ainsi de diminuer le nombre d'anoxies néonatales, et d'autre part progressée en réanimation en améliorant la survie des grands prématurés porteurs de séquelles handicapantes chez les survivants. En outre, la bonne prise en charge des personnes polyhandicapées a permis un accroissement de l'espérance de vie de cette population.

16% de la population présenteraient une déficience ou une incapacité qui ne leur autoriseraient pas l'accès aux services de soins dentaires ordinaires, et qui seraient incompatibles avec les mesures de prévention habituelles (32).

2.2. Etiologie

La grande disparité entre les différentes définitions du polyhandicap rend l'étude de ses étiologies complexe (12, 33)

Plusieurs points peuvent être retenus :

- **Les causes prénatales (environ 50% des cas)**
 - Les origines génétiques venant de maladies rares
 - Les souffrances cérébrales durant la grossesse
 - Les accidents vasculaires cérébraux prénataux
 - Les malformations
 - Les embryopathies (cytomégalovirus, HIV, toxoplasmose...)
 - Les intoxications fœtales (alcool, médicaments)

- **Les causes périnatales (environ 15% des cas)**
 - Les souffrances fœtales dans la majorité des cas
 - Les souffrances obstétricales étant en nombre plus réduit

- **Les causes postnatales (environ 5% des cas)**
 - Les conséquences de traumatismes crâniens graves
 - Le syndrome de Silverman (syndrome des enfants battus et bébés secoués)
 - Les méningo-encéphalites
 - Les anoxies cérébrales
 - Les accidents vasculaires
 - Les accidents d'anesthésie
 - Les pathologies convulsives
 - Les arrêts cardiaques

- **Les causes inconnues (environ 30%)**

Aucun facteur n'est retrouvé. Il est probable qu'une grande partie d'entre elles soit génétique et concerne des gènes du développement du cerveau.

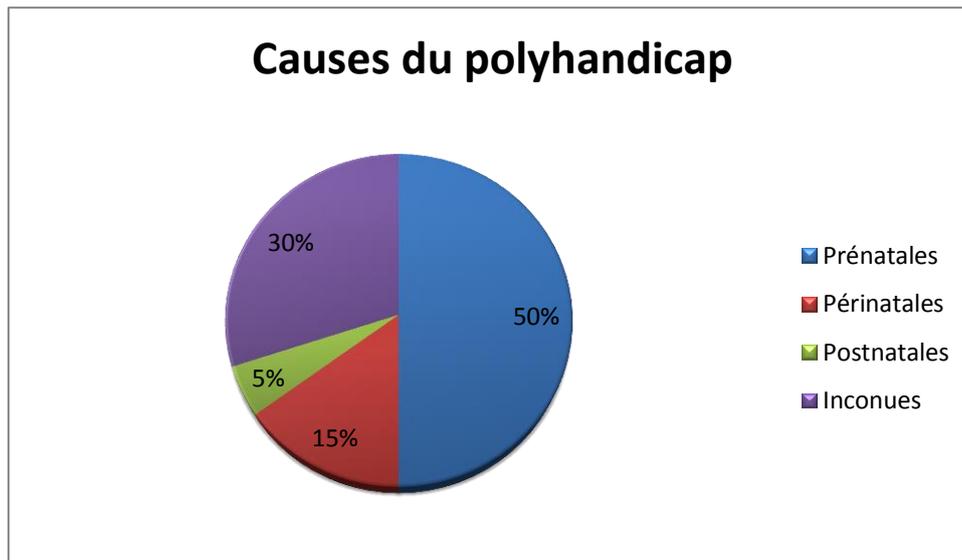


Figure 7 - Causes du polyhandicap

Les handicaps neurologiques dont le polyhandicap, surviennent pour moitié chez des enfants nés à terme, et pour moitié chez des enfants nés prématurément et/ou avec un retard de croissance intra-utérin.

La lésion en cause du handicap peut être stable ou évolutive, particulièrement dans les causes génétiques. Elle peut être isolée, mais il est important de souligner que les handicaps sévères profonds sont souvent le résultat d'une somme d'événements.

Les progrès actuels de la recherche portent sur les causes génétiques car les cas familiaux ne sont pas exceptionnels, mais aussi sur la prévention des embryopathies et des pathologies fœtales qui ne sont pas toujours décelables ni accessibles au traitement.

On peut distinguer schématiquement quatre grands groupes pathologiques pour les enfants polyhandicapés :

- Les infirmes moteurs d'origine cérébrale (lourdement handicapés sur le plan moteur)
- Les grands épileptiques sévères
- Les ensembles malformatifs (troubles moteurs moindres mais dysmorphie prédominante et déficience mentale sévère)
- Les maladies évolutives du système nerveux central

Mais quelque soit l'étiologie, même si la pathologie est fixée, le polyhandicap s'aggrave au fur et à mesure des complications qui majorent les différents handicaps entremêlés.

Le handicap primaire correspond aux lésions cérébrales. Il n'est pas évolutif et n'est pas accessible aux traitements.

Les handicaps secondaires regroupent des pathologies organiques sur lequel on pourra agir (déformation orthopédiques, troubles respiratoires, troubles digestifs, atteintes viscérales, problèmes d'hydratation...). C'est donc à ce niveau du handicap que le thérapeute va pouvoir jouer un rôle.

2.3. Manifestations cliniques

Le polyhandicap est une situation complexe qui touche la personne dans de multiples aspects de sa vie. On note l'association d'une déficience intellectuelle sévère voir profonde à une déficience motrice d'origine essentiellement neurologique. La population polyhandicapée a une morbidité plus fréquente et plus sévère que la moyenne (34).

2.3.1. *Les déficiences intellectuelles*

Il s'agit de déficiences mentales sévères (QI < 50) ou profondes (QI < 30).

Elles sont l'atteinte des fonctions cognitives de la personne. Elles entraînent alors :

- des difficultés dans la gestion du temps ou de l'espace
- des troubles de l'apprentissage, voir l'impossibilité de raisonner ou de mettre en relation des situations entre elles
- une fragilité de la mémoire et de l'acquisition de connaissance
- une absence de langage, ou un langage pauvre

Pourtant l'expression des émotions peut être préservée ainsi que le contact avec l'environnement. L'acquisition d'autonomie peut être obtenue grâce à une bonne prise en charge du patient.

Les troubles comportementaux et psychiatriques sont de deux types :

- **Constitutionnels**, liés à l'atteinte cérébrale.
- **Réactionnels**, liés à la difficulté de communiquer des émotions, des ressentis face à la frustration, la peur ou la douleur. Ainsi le patient utilise les cris, les pleurs, l'agressivité ou l'automutilation car ce sont les seuls moyens pour lui d'exprimer son anxiété, son mécontentement ou son désagrément vis-à-vis de son environnement.

Ces déficiences intellectuelles imposent au praticien une approche particulière avec le patient :

- Avoir un attitude calme et sécurisante, un langage clair et intelligible
- Prendre le temps de faire connaissance, de mettre en confiance et d'établir un contexte de soins
- Etre attentif aux différents moyens de communication que la personne peut mettre en œuvre (cris, pleurs, agressivité...)
- Respecter et interpréter les réactions de gêne et les mouvements parasites
- Etre attentifs aux auto-mutilations qui intéressent souvent la sphère oro-faciale (morsures)
- Avoir l'aide d'un accompagnant qui participe aux soins

2.3.2. *Les déficiences motrices*

Les troubles moteurs sont pratiquement constants chez les personnes en situation de handicap. Ils sont définis comme étant une absence ou une réduction des possibilités pour un individu à agir sur son environnement physique. Ainsi le corps est atteint d'une incapacité à se mouvoir ou à se maintenir dans une position donnée.

Les moyens actuels permettant à ces personnes d'accéder à des degrés d'indépendance motrice sont très variables. L'usage d'un fauteuil roulant manuel ou électrique est limité par les possibilités intellectuelles et l'orientation spatiale.

Les répercussions des troubles moteurs sur la sphère oro-faciale ont une grande incidence sur le pronostic vital de la personne car ils engendrent des difficultés de déglutition et des fausses routes.

2.3.2.1. Infirmités motrices d'origine cérébrale (IMC)

Les personnes atteintes de ces affections présentent un défaut de régulation du tonus musculaire par les centres nerveux. Ces défauts peuvent être de diverses natures : (35)

- **La spasticité** a pour origine une atteinte du système nerveux central, c'est une augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire. A cause de cette hypertonicité, les mouvements des personnes spastiques s'arrêtent car elles sont dans l'incapacité de relâcher les muscles opposés à ceux qu'elles contractent. Ces contractions musculaires pathologiques sont appelées spasmes, et se notent le plus souvent aux membres supérieurs.
- **La rigidité** est une atteinte de la voie motrice extrapyramidale. Elle se caractérise par une exagération du réflexe de posture local. Elle est semblable à celle de la maladie de Parkinson.
- **L'athétose** se définit par la présence de mouvements involontaires, incoordonnés et de grande amplitude. Ces mouvements participent à un trouble neurologique dû à une lésion des noyaux gris centraux. Des troubles de la parole par contraction des muscles phonatoires y sont associés.
- **L'hypotonie massive** est responsable d'un relâchement musculaire dû à une baisse de l'excitabilité nerveuse et musculaire.

2.3.2.2. Troubles de l'organisation motrice

Ces déficiences motrices particulières sont surtout observées chez les sujets atteints d'encéphalopathies épileptiques précoces comme le syndrome de West ou de Lennox par exemple. La marche est souvent précaire, la personne méconnaît le sens de position de son corps dans l'espace. Elle a des troubles de l'équilibre et ne tient pas compte des obstacles, ce qui entraîne de fréquentes chutes. Des régressions motrices graves peuvent succéder à un état de mal convulsif ou à des absences répétées. Elles ne sont pas toujours définitives mais elles rendent la fonction motrice du patient aléatoire. On retrouve aussi des troubles de l'organisation motrice chez les sujets atteints d'encéphalopathies malformatives ou de certaines aberrations chromosomiques.

2.3.2.3. Troubles moteurs secondaires

Les troubles secondaires sont les conséquences du retentissement articulaire de la spasticité, de certaines positions ou de mouvements répétitifs.

On peut noter :

- des luxations de hanches
- des scoliozes évolutives
- des tassement de la colonne vertébrale
- des déformation de membres
- des fractures

Ces troubles réduisent la mobilité des patients, augmentent les risques de lésions d'appui, les déformations des membres et les douleurs lors de la mobilisation articulaire.

Une prise en charge précoce et tout au long de la vie des patients vise à prévenir l'apparition de ces « surhandicaps » ou handicaps secondaires.

Tous ces troubles moteurs limitent considérablement la prise en charge des soins dentaires :

Les mouvements parasites augmentent avec le stress, qui lui même génère d'autant plus de mouvements parasites. Il est donc important de limiter au maximum l'apparition de stress.

En cas de polyhandicap, il est rare que l'on puisse installer le patient sur le fauteuil dentaire. Les soins sont alors prodigués avec le patient assis sur son fauteuil roulant. Dans ce contexte d'inconfort, c'est au praticien de s'adapter lorsqu'il effectue les soins. Souvent, l'accompagnant est d'une aide précieuse pour maintenir la tête de la personne.

2.3.3. Les déficiences sensorielles

Elles sont difficilement évaluables et se dégradent avec le temps. Elles concernent surtout la vision (40% des sujets) et l'audition. Ces déficiences renforcent l'isolement du sujet et leur traitement est limité.

Les syndromes responsables d'un retard de développement peuvent induire des troubles sensoriels (cataracte ou myopie chez les personnes atteintes du syndrome de Down) (36).

Une otite chez un enfant handicapé incapable d'exprimer sa douleur peut passer inaperçue et donc favoriser l'installation d'une certaine surdité.

Il est donc essentiel de s'inquiéter de ces déficiences et d'agir en fonction de celles-ci.

Lors des soins, le praticien prévient son patient des actes qu'il va réaliser sans le surprendre, afin de ne pas augmenter le stress. C'est au praticien de trouver un moyen de communication intelligible pour le patient.

2.3.4. *L'épilepsie*

L'épilepsie est une pathologie chronique caractérisée par la répétition d'affections du cerveau provoquées par l'activation subite, simultanée et anormalement intense d'un grand nombre de neurones cérébraux, qui se traduit cliniquement par des *crises épileptiques*.

Faire une crise ne signifie pas nécessairement que l'on est épileptique. L'épilepsie se définit par la répétition des crises, plus ou moins fréquemment et plus ou moins longtemps dans la vie d'un individu.

L'épilepsie est fréquente, présente chez 35% à 60% (37, 38) des enfants et adultes polyhandicapés. Elle est souvent grave car lésionnelle et le plus souvent à début précoce.

Dans un quart des cas, elle sera difficile à équilibrer voir pharmaco-résistante. Les crises peuvent se manifester sous la forme d'absences, de crises toniques brèves, ou de crises imprévisibles. Des troubles du comportement peuvent aussi succéder à la répétition des crises comme des phases de somnolence coupées d'accès d'hyperactivité, ou des comportements d'agressivité.

La bouche est une zone à risque lors d'une crise majeure : les patients peuvent se fracturer les dents ou se mordre les lèvres et les joues. Il est donc préférable de détecter les facteurs déclenchant les crises afin de prévenir ces événements. Nous développerons les effets des médicaments contre l'épilepsie sur la sphère oro-faciale dans un prochain chapitre.

2.3.5. *Les troubles somatiques*

2.3.5.1. L'insuffisance respiratoire chronique

C'est la première cause de décès dans cette population. Elle est responsable de 60% des cas de décès (39). L'insuffisance respiratoire chronique résulte de la faiblesse des muscles respiratoires (diminution de la mobilité thoracique), des déformations thoraciques, et des troubles de la déglutition entraînant des inhalations salivaires ou alimentaires (fausses-routes) à répétition. Cet encombrement bronchique chronique entraîne souvent une surinfection chronique qui elle-même engendre une insuffisance respiratoire.

Lors des soins dentaires, afin de limiter les troubles respiratoires, le patient doit être pris en charge en position assise en évitant le décubitus de la tête. L'usage d'une aspiration fine mais efficace est recommandée pour les encombrements.

2.3.5.2. Les troubles nutritionnels

On retrouve un état de sous-alimentation et un problème d'hydratation chez les personnes polyhandicapées. L'hydratation est difficile à imposer. De plus, les troubles de la déglutition ainsi que les reflux gastro-œsophagiens accroissent les risques de vomissements et de fausses-routes. Les difficultés de mastication favorisent les repas mixés qui ont une incidence négative sur le goût et l'appétit des sujets. Les pertes salivaires sont aussi un facteur de déshydratation et d'encombrement pharyngé. Pour limiter le développement de pathologies orales, l'hydratation à l'aide de boissons sucrées et/ou acides est contre-indiquées.

2.3.5.3. Les troubles digestifs

On y retrouve :

- les troubles de la déglutition
- le bavage
- le reflux gastro-œsophagien
- la dénutrition
- les ulcères
- la constipation
- la diarrhée
- le portage chronique de bactéries multi-résistantes

Ces troubles sont d'autant plus sévères que le QI est bas. Ils sont récurrents chez ce type de patients. Les décompensations digestives aiguës avec diarrhées, vomissements voire hématomèse sont particulièrement sévères chez ces personnes fragilisées et sont la deuxième cause de décès après les troubles respiratoires.

Les difficultés d'élimination sont problématiques au quotidien. La constipation est traitée par un régime riche en fibres et des laxatifs, ce qui provoque des diarrhées quand le traitement est mal équilibré. S'ajoute à cela des troubles de l'élimination de l'urine dans le cas de vessie spastique et d'infection urinaire.

2.3.5.4. La fragilité cutanée

Pour la personne polyhandicapée, l'état statique en fauteuil et le temps passé au lit augmentent le risque d'escarres. Ainsi, la bonne prise en charge quotidienne de ces patients a une grande incidence sur leur qualité de vie.

2.3.6. *La douleur*

La douleur chez la personne polyhandicapée est encore trop souvent sous-estimée, sous-évaluée et sous-traitée souvent en raison d'un déni des professionnels ainsi que de l'entourage. Pourtant la douleur fait partie du quotidien de ces sujets.

Le premier obstacle rencontré pour une bonne prise en charge de la douleur est la difficulté d'évaluer celle-ci face à des personnes qui n'ont pas ou peu accès au langage verbal. Montrer où on a mal implique qu'on ait appris à le faire et qu'on ait les compétences cognitives et motrices pour le faire. Ainsi, la douleur ne peut être identifiée comme telle par les personnes ne présentant pas un bon schéma corporel, une analyse des sensations suffisante et/ou un moyen de les exprimer.

Certains signes peuvent aider à détecter ce malaise (pleurs, alimentation anormale, modification du comportement habituel, trouble du sommeil, nervosité...). C'est en étant attentif que l'on va pouvoir observer la douleur chez ces personnes. L'absence d'expression de la douleur tend à négliger le recours aux soins et favorise le développement des pathologies.

La douleur a le plus souvent pour origine des manifestations cliniques que nous venons de décrire (troubles respiratoires, troubles de l'alimentation, troubles digestifs et fragilité cutanée). La douleur peut être exacerbée par les actes de la vie quotidienne tels que la toilette, la mobilisation, le repas. Il s'ajoute à cela les pathologies bucco-dentaires, les problèmes orthopédiques, les fractures osseuses, les pathologies ophtalmologiques, les douleurs psychologiques (peur, enfermement)...

Enfin il est surtout primordial de veiller aux douleurs liées aux soins.

Quelques outils pour aider à l'évaluation de la douleur existent :

- L'échelle de l'hétéro-graduation de la personne handicapée mise au point par une équipe de l'hôpital San Salvador de Hyères dénommée DESS (Douleur Enfant San Salvador). (Annexe 1)
- L'échelle NCCPC (Non Communicating Children's Pain Checklist) ou GED-DI (Grille d'Évaluation de la Douleur Déficience Intellectuelle). (Annexe 2)
- L'échelle EDAAP (Evaluation de la Douleur de l'Adolescent et de l'Adulte Polyhandicapé) du Comité de lutte contre la douleur de l'hôpital de Hendaye. (Annexe 3)

Ces échelles ont pour but de réaliser une évaluation objective d'un phénomène subjectif au travers d'outils standardisés et reproductibles. Elles permettent de sensibiliser les soignants et à prendre en compte le symptôme douleur. Elles restent peu utilisées en pratique car elles comportent des items longs à répertorier et ne sont pas utilisables en urgence.

Lors des soins dentaires, ce sont souvent les accompagnants qui connaissent bien la personne qui peuvent guider le praticien vers une bonne prise en charge du patient. Il est important pour le chirurgien-dentiste d'être à l'écoute du patient et de pouvoir interpréter ses modes de communication pour identifier la ou les douleurs subies (Figure 8). Le praticien se doit d'être attentif aux douleurs liées aux soins.

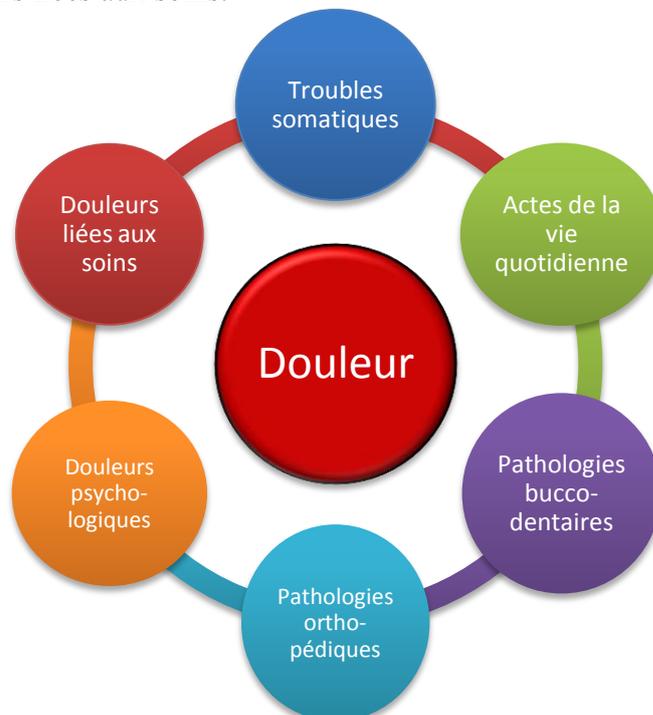


Figure 8 - Origines de la douleur

3. Les caractéristiques bucco-dentaires de la personne polyhandicapée

Les données sur les pathologies bucco-dentaires des personnes polyhandicapées sont divisées et incomplètes. Elles sont souvent recueillies sur des effectifs faibles de populations souffrant du même handicap, et sont réalisées grâce à des initiatives locales.

Les personnes handicapées constituent une population à haut risque de pathologies orales et leur état de santé bucco-dentaire s'aggrave avec l'âge (40). Les soins dentaires étant un facteur de stress, les difficultés techniques d'intervention doivent encourager au développement des méthodes de prévention de l'apparition des pathologies orales.

Les pathologies rencontrées sont de nature infectieuse, fonctionnelle et traumatique. Elles sont plus fréquentes et sont caractérisées par la gravité des stades de leur évolution. Certaines infections bucco-dentaires constituent des facteurs de risque d'affections générales (41).

Les pathologies orales sont identiques au reste de la population sur le plan qualitatif. Par contre sur le plan quantitatif, le développement de ces différentes pathologies est très spécifique chez les personnes polyhandicapées. Il faut ajouter à cela, la difficulté d'accès aux soins qui favorise l'évolution de ces pathologies.

Les troubles systémiques caractéristiques des personnes polyhandicapées sont responsables d'une augmentation de la prévalence des pathologies bucco-dentaires. On retrouve dans cette population peu de dents restaurées pour un grand pourcentage de dents extraites. Ceci est dû au manque de communication et/ou de coopération des patients, au manque d'hygiène bucco-dentaire journalière et à une prise en charge tardive des pathologies orales (42).

Le tableau 2 résume les conséquences de troubles fréquemment associés au handicap sur la santé bucco-dentaire : (21)

Trouble psychomoteurs	Risque de chutes, traumatisme bucco-dentaire, trouble des fonctions orales, trouble de la croissance cranio-faciale, hygiène dentaire inefficace
Troubles comportementaux	Difficulté de coopération pour les soins et l'hygiène dentaire
Trouble de la communication	Absence de déclaration des processus douloureux, absence de diagnostic et développement de pathologies
Immunodéficience	Développement du processus carieux et de la maladie parodontale
Epilepsie	Risque de fracture dentaire, risque de morsures de la langue
Traitement pharmacologique de l'épilepsie	Hyperplasie gingivale, augmentation des délais d'éruption dentaire
Troubles digestifs et RGO	Déminéralisation des tissus dentaires
Traitement pharmacologique des troubles mentaux	Xérostomie
Troubles de la motricité	Difficulté de prise en charge bucco-dentaire

Tableau 2 - Conséquence de troubles fréquemment associés au handicap sur la santé bucco-dentaire

Les pathologies bucco-dentaires et leurs effets ont des conséquences psychologiques et sociales. Dans une société où l'image est une valeur importante, les dysmorphoses, les édentements, l'incontinence salivaire et l'halitose participent à la stigmatisation et aux difficultés d'intégration sociale.

3.1. Les facteurs locaux intrinsèques

3.1.1. *Qualité des tissus dentaires*

- Les anomalies dentaires

Les anomalies dentaires ne sont pas spécifiques d'un handicap et les formes cliniques sont les mêmes que chez le sujet sain. Pourtant, elles s'expriment de façon plus fréquente chez la personne polyhandicapée. Dans de nombreux syndromes, les pathologies dentaires peuvent affecter la croissance, les fonctions et l'aspect esthétique des dents.

Par exemple, l'agénésie dentaire (92%) et la microdontie sont des signes cliniques fréquemment retrouvés chez les personnes atteintes du syndrome de Down (43, 44).

La dysplasie ectodermique s'accompagne, elle, d'anomalies de nombre et de forme qui concernent les dents temporaires et les dents permanentes : hypodontie, dents temporaires coniques, ou encore dents définitives incurvées. On observe également un retard d'éruption dentaire, des lésions gingivales et une sécheresse buccale. Si on n'appareille pas les enfants porteurs de dysplasies, ils présentent par la suite des troubles de croissance mandibulaire, des difficultés masticatoires et des répercussions psychologiques importantes.

Les anomalies dentaires touchant à la structure de l'émail rendent les dents plus vulnérables face aux attaques acides. Les anomalies de position vont favoriser la rétention de plaque dentaire et le développement de germes.



Figure 9 - Anomalie de position

- La maladie carieuse

Différents facteurs peuvent favoriser le développement de la maladie carieuse tels que l'alimentation, les médications, les troubles moteurs de la face, les troubles comportementaux, les anomalies dentaires, le manque d'hygiène dentaire et le faible accès aux soins.

Des études montrent que les indices carieux chez l'enfant polyhandicapé sont, ou semblables, ou plus élevés que pour l'enfant sain (45 – 47). A l'adolescence et à l'âge adulte, l'indice carieux est un peu supérieur à celui de la population générale (41). Ces études amalgament les patients autonomes et les patients dépendants.

Plusieurs études sur des populations de patients à troubles intellectuels en établissement de santé rapportent des incidences carieuses variables suivant la structure ce qui pose la question du programme de santé, de l'équipe de soin et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

3.1.2. Qualité des tissus gingivaux

Comme pour la maladie carieuse, la parodontopathie s'explique par un facteur prépondérant qui est le manque d'hygiène, et des facteurs associés qui sont :

- l'absence de soins
- une mastication dysfonctionnelle
- les malpositions
- les dysmorphoses dento-maxillaires
- les troubles fonctionnels
- les parafunctions
- un mauvais régime alimentaire

Cette maladie des tissus de soutien de la dent touche 80 à 90% des personnes handicapées. Elle est multifactorielle, directement liée à l'absence d'une technique d'hygiène adaptée. Elle est aussi induite par les médications, notamment les psychotropes et les antiépileptiques, qui induisent une hyperplasie gingivale voire une parodontopathie.

L'absence d'hygiène bucco-dentaire et de soins peut alors permettre le développement de la maladie parodontale jusqu'à des états de grande septicité buccale. Les maladies parodontales sont plus fréquentes chez les personnes vivant en établissement spécialisé (Figure 10). Elles aggravent le bavage ainsi que l'halitose, entraînent de fortes douleurs et provoquent la chute prématurée des dents (41).



Figure 10 – Gingivite

3.1.3. Absence de fonction

Les troubles moteurs au niveau de la face vont limiter la mastication et le nettoyage physiologique de la bouche ce qui favorise l'apparition de germes bactériens.

3.1.4. Le bruxisme

Le bruxisme est une activité motrice involontaire associée à un serrement et un grincement des dents. Il survient soit à l'éveil, principalement sous la forme de serrement, ou bien lors du sommeil majoritairement par du grincement (48). Les lésions du système nerveux central, le rôle de certains neurotransmetteurs et/ou l'existence d'une dysmorphose dento-maxillaire constituent des facteurs de risque de bruxisme pour la personne polyhandicapée.



Figure 11 - Bruxisme chez un résident de la MAS de Vic-sur-Seille.

Ce phénomène physiopathologique a plusieurs conséquences sur la santé bucco-dentaire. Il entraîne une usure prématurée de l'émail ainsi que de la dentine, provoquant ainsi des sensibilités dentaires et favorisant les fractures. A un stade avancé, l'usure prématurée des dents peut générer des dénudations pulpaire et une perte importante de la dimension verticale empêchant le contrôle de la mastication et de la déglutition (Figure 11). Ceci peut aboutir sur des pathologies fonctionnelles telles que des troubles de la ventilation, de la déglutition de la mastication ou de l'élocution (32).

Chez les personnes atteintes d'œsophagites associées à des reflux gastro-œsophagiens, les usures peuvent être plus marquées au niveau des dents postérieures. Chez les patients entretenant des habitudes de succion, morsure ou frottement d'objets divers, les usures se retrouvent plus particulièrement au niveau du secteur concerné par le frottement de l'objet.

Une première étude brésilienne réalisée en 2003, sur une population de 62 enfants polyhandicapés et 67 enfants normaux, montrait qu'un pourcentage significativement plus élevé d'enfants polyhandicapés était atteint de bruxisme (45). Une seconde étude relevait en 2007 que 69.4% de la population étudiée (121 enfants polyhandicapés) présentait un bruxisme alors que les tuteurs de ces derniers n'avaient rapporté qu'un taux de 57% (49).

Une enquête française de 2007 sur une population de personnes à handicap mental sévère rapporte un taux de bruxisme de 36% (50).

3.2. Les facteurs locaux extrinsèques

3.2.1. L'hygiène

L'hygiène buccale journalière est le facteur le plus important dans la prévention de l'apparition de pathologies orales et l'absence d'hygiène conduit à leur installation et leur progression rapide dans les établissements (42).

Les problèmes de ventilation orale ou les hyposialies induites par les médicaments vont diminuer le nettoyage physiologique de la bouche. Les personnes polyhandicapées nécessitent donc une attention toute particulière.

Les patients polyhandicapés ont un niveau de plaque dentaire plus élevé que la moyenne générale (Figure 12 et 13). Le manque de coordination physique et d'aptitudes cognitives limite la possibilité d'effectuer correctement certaines tâches dont l'hygiène dentaire quotidienne, elle est donc plus compliquée à mettre en place pour cette population. L'inefficacité des techniques d'hygiène, que celles-ci soient réalisées par l'individu lui-même ou par ses aidants, et l'absence de soins, constituent des facteurs aggravant les pathologies bucco-dentaires (51).

Le handicap, mental ou physique, peut conduire à une perte d'estime et un désintérêt de soi, l'hygiène buccale s'en trouve alors négligée. De plus, les difficultés psychomotrices ne permettent pas toujours la réalisation efficace des soins d'hygiène dentaire. Cette tâche est alors de la responsabilité des parents, de l'entourage ou du personnel soignant des centres spécialisés qui n'ont pas toujours reçu la formation adéquate.

Elle l'est également pour les personnes autonomes pour le brossage, car il est tout de même nécessaire de surveiller sa réalisation, et son efficacité.



Figure 12 - Accumulation de plaque dentaire par manque d'hygiène

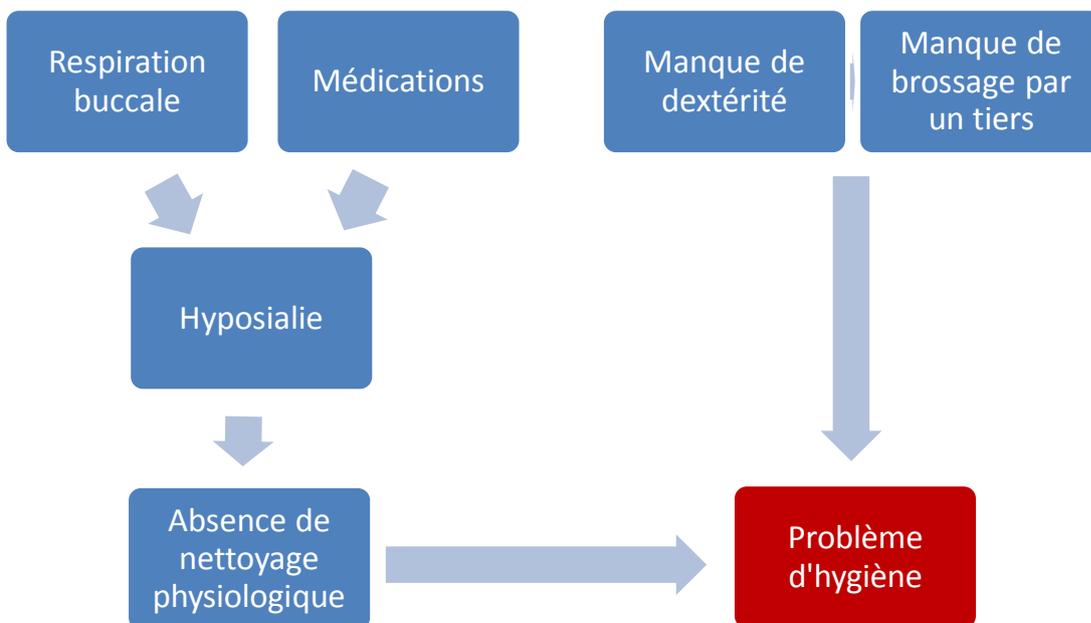


Figure 13 - Processus résultant au manque d'hygiène

3.2.2. *Les traumatismes dentaires*

Les pathologies traumatiques font suite à des chutes relatives aux troubles moteurs et aux crises d'épilepsie fréquentes chez la personne polyhandicapée. La fracture des dents antérieures, l'expulsion ou la luxation des dents sont alors courantes.

Ces pathologies peuvent évoluer chroniquement en foyers infectieux osseux si aucune prise en charge n'est effectuée.

Une étude brésilienne rapporte un taux de 18% de traumatisme dentaire dans une population de 60 personnes polyhandicapées (52).

3.2.3. *Les mutilations*

L'automutilation, dans le cadre des psychoses infantiles et déficitaires et de la déficience mentale profonde, est un fait clinique constaté quotidiennement par le personnel sanitaire. Elle peut être bénigne et sans réelle dangerosité, mais elle est quelque fois beaucoup plus grave et met en jeu la vie du patient.

Plusieurs raisons à ces agissements sont décrites :

- Une automutilation à visée structurante, pour des sujets en carence d'apports sensoriels.
- Une redirection ou autorégulation de l'impulsivité, de l'agressivité, liée à un vécu angoissant.
- Une tentative d'ébauche de communication (53).
- L'existence de foyers douloureux qui n'auraient pas été identifiés.

La cavité bucco-dentaire est souvent victime de morsures, grattages ou d'abrasions non accidentelles au niveau des lèvres, de la langue ou des joues pouvant s'infecter. Une étude de 1999 rapporte même des cas d'auto-extraction chez des patients autistes (54).

3.3. Les facteurs généraux

3.3.1. *Les troubles psychomoteurs*

Ces troubles altèrent la coordination motrice essentielle à une bonne hygiène bucco-dentaire. Ils vont de plus restreindre la réalisation des mouvements de nettoyage physiologique de la cavité buccale. La personne est alors dépendante pour son hygiène bucco-dentaire et l'efficacité de ces soins dépend donc de la motivation et du savoir faire d'une tierce personne (55) (56).

3.3.2. *Les troubles de la ventilation*

Une respiration buccale ou mixte engendre une sécheresse de la cavité orale qui diminue le nettoyage physiologique de la bouche et donc, favorise le développement des pathologies gingivales et l'apparition de caries. De plus, l'hyposialie provoque douleur et inconfort. La ventilation buccale a des répercussions fonctionnelles importantes en terme de difficultés dans la mastication, la déglutition et la phonation (57).

3.3.3. *Les troubles comportementaux*

Ils entraînent trop souvent une prise en charge de soins sous anesthésie générale au cours de laquelle les avulsions sont préférées aux soins conservateurs (58).

3.3.4. *Les dysmorphoses dento-maxillaire*

Les troubles moteurs s'expriment au niveau de la cavité buccale. Le développement du massif facial moyen peut être perturbé par l'absence de maturation de la fonction linguale. Ainsi, l'hyperactivité ou l'hypoactivité linguale va engendrer une projection en avant ou en arrière du rebord dento-alvéolaire maxillaire. Ces dysmorphoses peuvent rendre la mastication et l'élocution difficile, augmenter le risque de traumatisme, et favoriser les maladies parodontales et carieuses.



Figure 14 - Dysmorphose maxillaire

3.3.5. Les troubles de la mastication

Les troubles moteurs, les troubles d'éruption dentaire, les édentements non compensés et le bruxisme provoquent des troubles de la mastication. Ces troubles sont mis en évidence par l'incapacité des malades à mastiquer certains aliments. L'ouverture et la fermeture des mâchoires sont déprimées. Les mouvements latéraux de la langue pour transporter ou maintenir les aliments entre les dents sont inefficaces ou impossibles, d'où l'usage de nourriture mixée, ce qui entretient les troubles (59, 60). Une étude française sur 365 patients sévèrement handicapés mentaux rapporte un taux de 60% de mauvaise mastication.

3.3.6. Les troubles dysphagiques

La déglutition est : l'action d'avalier, l'action de faire passer le contenu de la bouche dans le pharynx puis dans l'œsophage (35).

Chez la personne polyhandicapée, les lésions cérébrales sont à l'origine d'une mauvaise organisation des fonctions sensitivo-motrices de l'alimentation, ce qui justifie la grande fréquence de ces troubles dans cette population (61).

En effet, les perceptions sensorielles sont appauvries ou ralenties et les réponses motrices sont lentes. La bouche et les lèvres se ferment mal. La langue est jetée en dehors de la bouche et la tête est en extension donc les aliments ne peuvent se collecter sur le dos de la langue. La déglutition est présente, mais au mauvais moment et provoque alors des fausses-routes. Un incontinence salivaire peut également être associée (Figure 15).

Selon un rapport anglais, 40% des personnes polyhandicapées présentant des dysphagies, sont atteints d'infections des voies respiratoires de manière récurrente (62). Les troubles de la déglutition augmentent aussi le risque de fausses routes et sont responsables de l'installation de l'incontinence salivaire.

Une amélioration de la déglutition permet d'éviter les fausses routes, les problèmes broncho-pulmonaires et les reflux gastro-oesophagiens.

Si la déglutition est impossible, une alimentation par voie entérale via une sonde d'alimentation est nécessaire.



Figure 15 - Les troubles dysphagiques

3.3.7. Les fausses-routes

Elles se produisent lors de l'association de deux phénomènes : la présence d'aliments au niveau du carrefour aéro-digestif et la difficulté de déclencher une déglutition à ce moment. On en distingue cinq types:

- Les fausses-routes directes

Elles se produisent quand un aliment est propulsé trop vite vers le pharynx, soit passivement, soit activement, par un mouvement inadapté de la langue. La déglutition n'est alors pas préparée et ne peut se faire, ou se réalise trop tard et les aliments passent alors dans les voies aériennes. Cet accident est favorisé par les mouvements d'hypertension de la tête.

- Les fausses-routes indirectes

Elles sont causées par l'effet de dispersion de certains aliments mal homogénéisés faute de mastication suffisante. La déglutition ne permet pas d'avaler la bouchée « d'un bloc ». Les aliments glissent alors du pharynx ou de la base de la langue vers les voies aériennes.

- Les fausses-routes par regorgement

Elles proviennent du même mécanisme que les fausses routes indirectes. Les aliments non déglutis s'accumulent dans les réservoirs entre deux déglutitions. Lorsque les réservoirs du pharynx sont pleins et débordent, ils passent alors dans les voies aériennes.

- Les fausses-routes par régurgitation

Ces fausses routes sont déclenchées lorsque le pharynx est inondé par des aliments provenant de l'estomac par régurgitation lors de reflux gastro-œsophagiens et de vomissements.

- Les fausses-routes nasales

Elles sont dues à une mauvaise tension du voile du palais. Celui-ci a pour rôle d'éviter tout reflux de nourriture vers le rhinopharynx lorsque le pharynx se contracte pour propulser les aliments vers.

3.3.8. Les reflux gastro-œsophagiens (RGO)

Chez la personne polyhandicapée, les problèmes digestifs sont source de douleurs, de dénutrition, d'encombrements bronchiques et de déshydratation. Le RGO se caractérise par une remontée du liquide gastrique vers l'œsophage. Il est plus fréquent et plus sévère que dans la population générale et certainement sous-diagnostiqué chez les patients polyhandicapés (50). Une étude hollandaise rapporte qu'environ 50% des personnes en institution présentant un retard mental sont atteintes de RGO (63).

En raison de nombreux troubles de la motricité digestive, la jonction entre l'œsophage et l'estomac reste ouverte. Le fait que la personne polyhandicapée soit sujette à l'incontinence salivaire ne va pas permettre à la salive de réaliser son rôle de lavage et de tampon. L'acide brûle alors la muqueuse de la partie basse de l'œsophage et peut être responsable d'ulcérations douloureuses.

Son diagnostic en majorité lié à la douleur n'est pas aisé. Une perte d'appétit, une anémie, des vomissements fréquents, des pneumopathies récidivantes, des érosions dentaires, des réveils nocturnes, peuvent faire évoquer un RGO.

L'amélioration de la déglutition, la diminution du bavage, une alimentation adaptée, l'introduction de rinçages réguliers et une position assise lors de la digestion (au moins une heure), peuvent diminuer les brûlures provoquées par les RGO. Les médicaments utilisés habituellement pour traiter les RGO ont des actions décevantes sur les personnes polyhandicapées. Le traitement chirurgical, accompagné des mesures préventives, est le seul traitement durable.

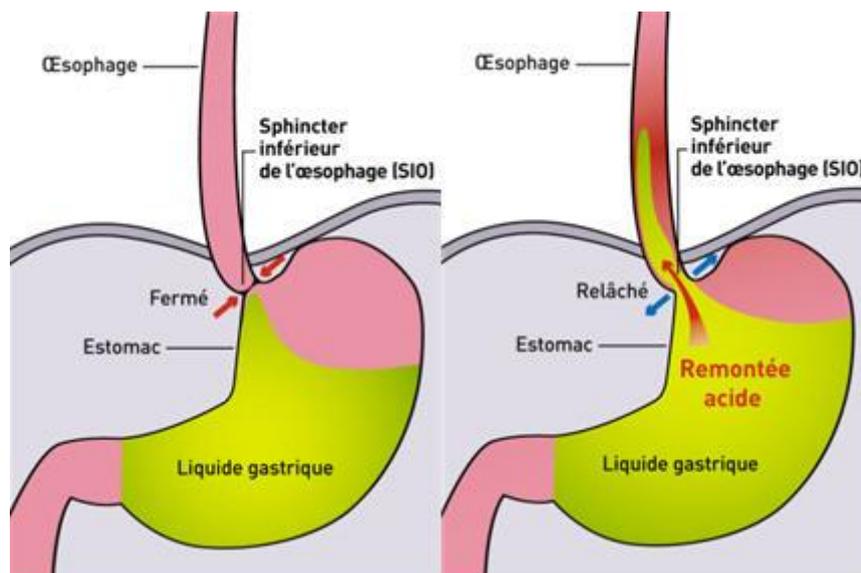


Figure 16 - Le reflux gastro-oesophagien (64)

3.3.9. *L'incontinence salivaire*

L'incontinence salivaire est définie comme une perte de salive par l'orifice buccal, persistante après l'âge de quatre ans (65). Appelés aussi « bavages », ces troubles sont très fréquents chez l'enfant (entre 40% et 90%) (50, 66, 67) et s'élèvent à environ 33% pour la population polyhandicapée en général (40, 68). Ils peuvent être causés par une hypoesthésie buccale entraînant un feedback sensorimoteur défectueux, un nombre réduit de déglutitions spontanées, une ouverture constante de la bouche, des troubles dysphagiques, une posture de la tête en avant, parfois une hypersalivation.

3.4. Les facteurs extrinsèques

3.4.1. Les médications

Les personnes polyhandicapées consommant un grand nombre de médicament, il est important de faire attention aux médicaments se présentant sous la forme de sirop ou contenant du sucre. Ces derniers peuvent favoriser l'apparition de caries, il est recommandé de choisir alors les formes ne contenant pas de sucre.

Un grand nombre de médicaments prescrits en raison de troubles neurologiques et/ou psychiatriques ont des effets indésirables qui altèrent l'hygiène orale ou gênent les soins dentaires.

La population polyhandicapée bénéficie souvent de traitements généraux ou psychotropes prolongés qui sont facteurs d'effets secondaires indésirables pouvant être importants et parfois ignorés comme par exemple les troubles quantitatifs et qualitatifs de la sécrétion salivaire.

- Les antiépileptiques

Certains traitements antiépileptiques comme la phénithoïne (DI-HYDAN®) ou la carbamazépine (TEGRETOL®) vont induire une hyperplasie gingivale pouvant ralentir la phase d'éruption des bourgeons dentaires et augmenter le risque de déminéralisation initiale. Elle diminue également l'efficacité du brossage des dents.

- Les antipsychotiques neuroleptiques

Les traitements neuroleptiques peuvent induire un syndrome parkinsonien qui associe des tremblements, une hypertonie et une hypokinésie (mouvements rares et lents). Ces symptômes sont moins fréquents avec les neuroleptiques atypiques des dernières générations (rispéridone, olanzapine, clozapine...) qu'avec les neuroleptiques conventionnels largement utilisés par le passé (halopéridol, chlorpromazine...).

Le syndrome parkinsonien est en général corrigé par des médicaments anti-cholinergiques (LEPTICUR®) dont la prescription peut entraîner une hyposialie et accroître le risque de dyskinésies tardives persistantes même après l'arrêt des traitements neuroleptiques.

Ces dyskinésies tardives peuvent être particulièrement gênantes dans la prise en charge du patient : mouvements du corps choréiformes (mouvements involontaires, brusques et saccadés), hochements de la tête, akathisie (impossibilité de rester immobile), tremblements de repos au niveau des extrémités des membres d'intensité variable.

Les dyskinésies tardives sont le plus souvent bucco-faciales :

- La langue peut-être animée de mouvements incessants
- Les lèvres de mouvements stéréotypés de pincements ou de succions
- La bouche peut rester entrouverte avec une contraction des masséters entraînant un mâchonnement et un bavage.

- Les benzodiazépines anxiolytiques

Les benzodiazépines peuvent avoir un effet sédatifs, mais peuvent aussi être responsables de réactions paradoxales qui amène une excitation et une aggravation de l'agitation anxieuse.

- Les antidépresseurs

Les antidépresseurs, surtout les imipraminiques (clomipramine, amitryptiline), peuvent avoir comme effets indésirables des dysarthries se rajoutant à une xérostomie parfois très gênante.

La xérostomie et une diminution du PH salivaire sont des facteurs de risque de développement carieux, de pathologie parodontale, d'infections orales (candidose), et d'halitose.

Les psychotropes perturbent la sécrétion salivaire qui a normalement une grande importance dans l'activité antimicrobienne, la régulation du pH, la lubrification, le nettoyage physiologique de la bouche, la reminéralisation de la cavité buccale et le maintien de l'intégrité des muqueuses.

Ces troubles salivaires incitent à une consommation excessive de produits sucrés tels que des bonbons et des chewing-gum, et à boire en grande quantité des boissons acides et sucrées afin de palier à cette sécheresse buccale (40). Ils sont aussi responsables d'une déminéralisation des tissus dentaires, et d'une modifications des défenses immunologiques et enzymatiques (69).

Les médicaments psychotropes altèrent donc l'hygiène orale et leurs effets secondaires moteurs gênent la prise en charge des soins bucco-dentaires.

Des antiémétiques sont souvent prescrit contre les vomissements et les nausées (VOGALENE®, SCOPODERM®). Ces derniers peuvent induire une xérostomie et des dyskinésies.

3.4.2. Le manque de prévention

L'absence d'apport fluoré topique ainsi que le manque d'hygiène bucco-dentaire (aux moins deux brossages efficaces par jour) vont permettre aux autres facteurs de favoriser le développement de la maladie carieuse et parodontale.

3.4.3. L'alimentation

Les personnes polyhandicapées ont plus de mal à s'alimenter que la population générale. Ceci est due aux troubles sensori-moteurs bucco-faciaux, mais aussi aux troubles physiques et psychiques qui conditionnent le déroulement du repas. Comme pour le brossage des dents, ces personnes ne sont pas toujours autonomes. Le personnel favorisera alors le fait "d'aider à manger", plutôt que de "donner à manger".

En institution, l'alimentation ne sera pas toujours bien équilibrée. Afin d'avoir une bonne nutrition et une bonne hydratation, le recours aux produits sucrés favorisera le développement de caries. L'installation du sujet, son degré de participation, les diverses méthodes d'aide à la fermeture de la bouche et à la déglutition, sont importantes pour que le sujet s'alimente correctement. Il doit être assis avec la tête légèrement fléchie. Un repas à température modérée, plus riche en sucres complexes qu'en protéines, pauvre en graisse, et entrecoupé de petits apports d'eau sera le plus digeste.

Il est préférable de conserver au maximum une alimentation solide et variée. Cela permet de sauvegarder les capacités masticatoires ainsi qu'une fonction linguale normale, mais aussi de stimuler la gustation et la salivation. Si les capacités masticatoires de la personne ne permettent pas un tel régime, il est préférable d'adopter une nourriture variée de consistance molle. En effet, la nourriture moulinée entraîne des dysfonctions masticatoires (70).

Même lorsque l'usage d'une alimentation par sonde gastrique est indispensable, il est préférable de maintenir la présence de la personne dans la salle à manger lors des repas et d'essayer quelques tentatives d'alimentation par voie buccale pour préserver le plaisir du goût (60).

Pour les liquides il est préférable d'utiliser un verre souple ou échancré, afin que la lèvre supérieure atteigne le liquide, et d'aider la personne à refermer la bouche. L'usage de boissons gélifiées peut présenter une aide contre la déshydratation de certains patients.

3.4.4. *L'accès aux soins*

Les soins bucco-dentaires n'étant pas une priorité dans le tableau clinique lourd qu'engendre le polyhandicap, ceux-ci sont bien souvent laissés de côté. Ils sont d'autant plus négligés si le patient ne communique pas ou si le soignant n'interprète pas le signal de douleur du malade. L'absence de prise en charge du patient va profiter au développement du processus carieux. Les foyers douloureux et infectieux vont alors accroître l'anxiété et l'opposition aux soins. De plus, certains syndromes associant des troubles systémiques (diabète, cardiopathies...) peuvent être aggravés par les foyers infectieux d'origine dentaire.

3.5. Conséquences et évolution des pathologies dentaires

Du fait du manque ou de l'absence de communication, les pathologies dentaires sont difficiles à diagnostiquer. Si elles ne sont pas identifiées et prises en charge, elles vont provoquer douleur, inconfort et s'aggraver. Les pathologies infectieuses donnent lieu à des édentements rarement compensés, engendrent des dysfonctionnements de la mastication et de la déglutition qui eux-mêmes induisent des problèmes de digestion, des fausses-routes et une dénutrition. Par ailleurs, les conséquences esthétiques et phonatoires aggravent les difficultés de socialisation (Figure 16).

Les pathologies infectieuses dentaires peuvent être une porte d'entrée pour des bactéries pouvant migrer vers d'autres organes et provoquer des infections rénales, pulmonaires, cardiaques ou une septicémie.

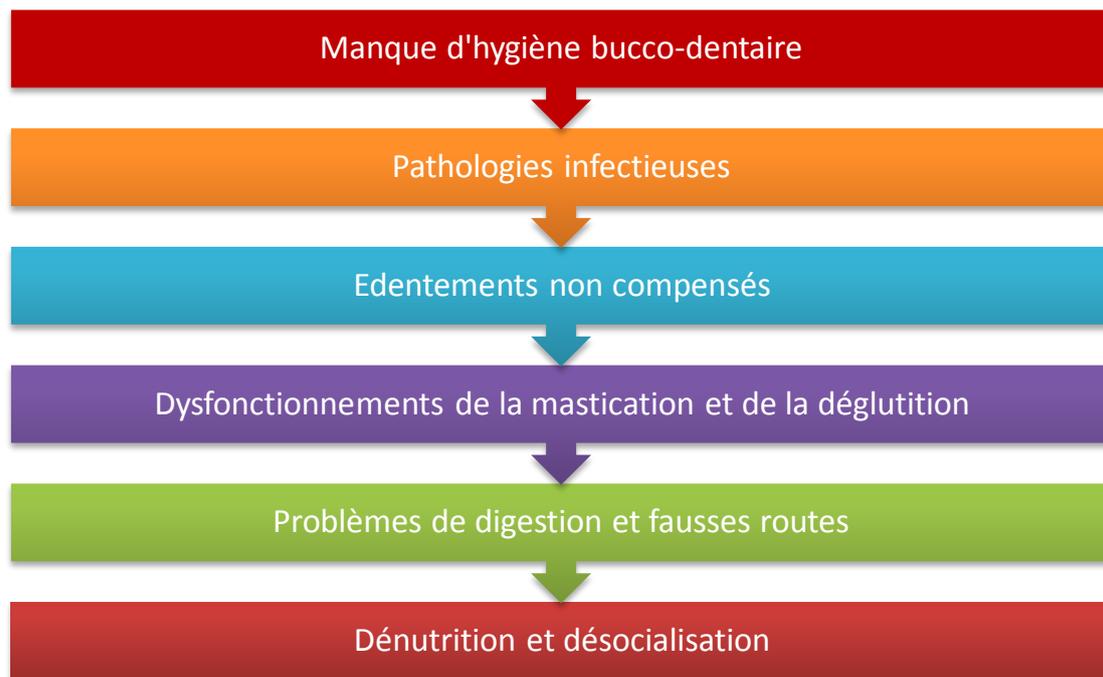


Figure 17 - Evolution des pathologies dentaires

Au jour le jour, ces pathologies rendent les repas longs et fastidieux pour les personnes qui prennent en charge ces patients.

Le manque de formation à l'hygiène bucco-dentaire des personnels sanitaires ainsi que les difficultés d'intervention vont constituer des facteurs aggravant pour ces pathologies.

La mauvaise prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes polyhandicapées est responsable d'évènements douloureux qu'il est difficile de diagnostiquer. Ainsi, la réponse en soins s'en trouve retardée.

Les couts de santé globaux se trouvent augmentés par l'absence de soins dentaires. D'une part, la morbidité augmente avec les épisodes infectieux, les troubles systémiques et comportementaux de ces patients, et d'autre part, les avulsions dentaires induisant des édentements peuvent aggraver les difficultés de nutrition et de socialisation. Les difficultés d'alimentation et les fausses routes mènent à la mise en place de Gastrostomies Endoscopiques Percutanées (GEP) augmentant encore les troubles fonctionnels de l'appareil manducateur et la désocialisation.

3.6. Besoins spécifiques et limites de la prise en charge

Les personnes polyhandicapées font partie, en santé bucco-dentaire, du groupe des personnes à « besoins spécifiques ». La Direction générale de la santé définit cette expression comme : *«... rassemblant les personnes qui pour des raisons médicales, mentales ou physiques nécessitent une prise en charge personnalisée de leur santé orale. Ces besoins spécifiques concernent essentiellement la conception d'un plan de traitement global compatible avec l'existence d'états pathologiques multiples, la prise en compte des difficultés de coopération pour les soins, et la mise en place de programmes spécifiques de prévention et d'éducation à la santé qui permettront de limiter les interventions thérapeutiques chez ces patients »* (71).

Les difficultés de prise en charge de ces personnes, en termes d'hygiène buccale et de soins, augmentent la prévalence et l'incidence des pathologies, ainsi que leur gravité. Les atteintes dentaires induites sont parfois difficiles à diagnostiquer, d'où une réponse en soins retardée (72).

3.6.1. Difficultés liées aux handicaps de la personne

Les syndromes contractés par les personnes polyhandicapées ont des caractéristiques médicales lourdes qui peuvent entraîner des complications lors des soins dentaires (diabète, épilepsie, risque d'endocardite infectieuse...). La prise en charge est alors plus difficile, elle se fait bien souvent en milieu hospitalier.

Les déficiences cognitives, les troubles du comportement et les obstacles physiologiques vont limiter la réalisation des actes d'hygiène quotidienne, de prévention et de soins. La consultation dentaire place le patient dans des conditions de stress intense qui accroît le risque d'agressivité. Les déficiences mentales ou neurologiques affectent le niveau d'autodétermination, la capacité de compréhension et donc, de coopération. Les comportements d'opposition sont alors inévitables.

Le vécu médical de la personne est aussi un des principaux obstacles à son accès aux soins. Un grand nombre de personnes polyhandicapées a déjà subi plusieurs interventions chirurgicales importantes. Elles ont souvent vécu des situations difficiles voire douloureuses, ce qui ne favorise pas l'acceptation d'une nouvelle intervention. N'oublions pas que les personnes polyhandicapées sont quotidiennement touchées, manipulées, déplacées... Les actes d'hygiène, comme le brossage, réalisé par un tiers, sont ressentis comme une manipulation de plus, intrusive et souvent désagréable (saignements, brosse à dents trop dure, mauvaise technique...).

On estime que 25 à 33% des adultes qui présentent une déficience intellectuelle souffrent d'une anxiété importante face aux soins dentaires (58).

L'accès au soins est limité par l'incapacité de ces personnes à solliciter une aide ou à exprimer la douleur, et par l'inaptitude de l'entourage à percevoir leur inconfort (73). Rappelons que la douleur constitue dans la population générale le premier motif de consultation dentaire.

Les difficultés d'expression de ces besoins compromettent le diagnostic (Figure 18). Bien souvent, l'expression de la douleur sera rapportée à la déficience et non pas à une possible affection intercurrente, ce qui entrave l'accès à la prévention et aux soins.



Figure 18 - Conséquences du manque de communication

De plus, même si une personne handicapée mentale est capable de s'exprimer verbalement, il est fréquent qu'elle ne soit pas écoutée dans sa demande légitime et explicite de soins. Ces échecs de communication à répétition dans des situations aussi bien mineures que graves peuvent aboutir à une certaine résignation voire à un refus paradoxal de soins ou à des troubles du comportement (74). Ces réactions entretiennent le cercle vicieux du retrait et de l'isolement social, exacerbé par le manque d'empathie pour le polyhandicap.

Les difficultés liées aux handicaps du patient doivent être modérées par une écoute attentive et personnalisée. C'est au praticien d'adapter sa pratique, aussi bien dans l'accueil, la gestion du stress que dans la prise en charge des soins.

Par exemple, certaines équipes utilisent des supports visuels pour préparer psychologiquement des patients autistes à l'environnement anxiogène du cabinet dentaire.

3.6.2. Difficultés liées à l'accessibilité

Les difficultés d'accessibilité regroupent l'accès à l'information, l'accès au bâtiment, l'accès au fauteuil, et l'accès à « la bouche » (Figure 19).

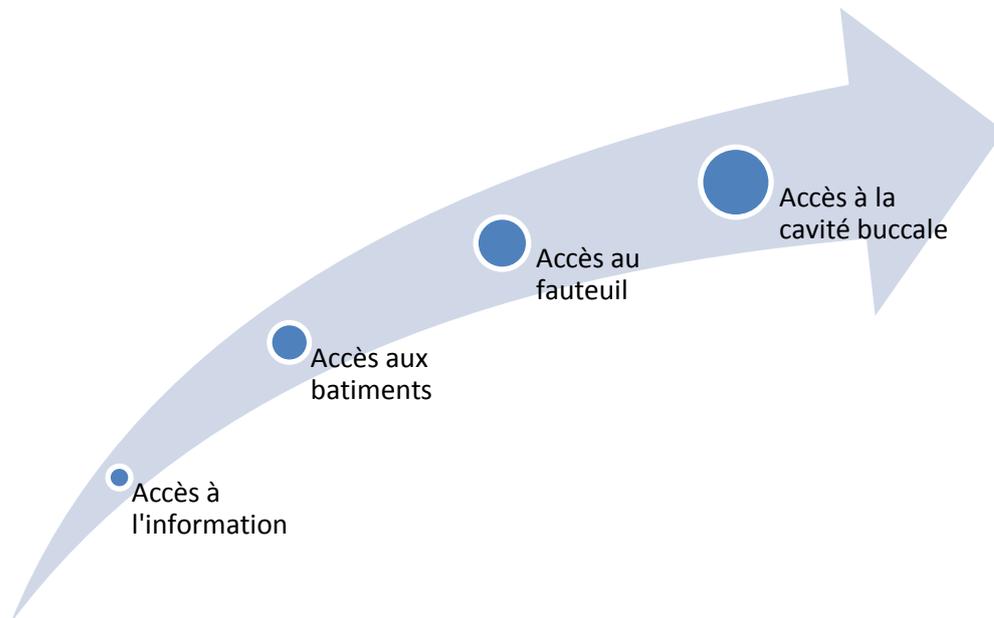


Figure 19 - Processus d'accessibilité aux soins dentaires

L'information en termes de prévention et d'orientation sur le parcours de soins des personnes handicapées et de leurs accompagnants (familiaux ou professionnels) est insuffisante.

La France fait état d'un manque de structures de soins adaptées et accessibles aux personnes handicapées et de circuits d'accès aux soins complexes. Cette carence est un obstacle majeur et une entrave au libre choix des professionnels de santé.

La raréfaction des professionnels de santé liée aux problèmes actuels de démographie diminue l'offre de soins. L'éloignement des structures de soins dans certaines zones géographiques ou leur absence, liée à l'inégalité de la répartition de l'offre de soins, constitue une difficulté à laquelle sont confrontées les populations des territoires déficitaires. Cette situation est encore plus problématique pour les personnes en situation de handicap dans la mesure où la proximité d'une structure est une condition essentielle (75).

Le défaut de mobilité, en particulier pour les personnes souffrant d'un handicap physique, oblige à organiser leur transport et la prise en charge de celui-ci nécessite une prescription médicale systématique. Bien souvent, les centres hospitaliers ayant un service spécialisé de soins dentaires pour personnes polyhandicapées sont éloignés et saturés. L'accès aux structures doit être facilité et l'environnement de soin aménagé et équipé pour recevoir les patients en fauteuil roulant ou en brancards (rampe d'accès, ascenseurs...). La présence d'un accompagnateur ou d'une assistante dentaire qualifiée est nécessaire pour aider le praticien.

Ces lieux de soins ne répondent pas toujours aux règles législatives et la mise aux normes des établissements de santé est souvent en retard.

La Loi du 11 février 2005 établit le principe d'une accessibilité généralisée, oblige les professionnels de santé à rendre leur cabinet ou établissement accessible à toute personne présentant un handicap. Par décret du 17 mai 2006, le délai de mise en conformité est fixé à 2015. A présent, aucun nouveau cabinet dentaire qui ne se crée aujourd'hui ne peut être conçu hors de ce cadre législatif.



Figure 20 - Accessibilité aux personnes handicapées (76)

Enfin, l'accessibilité à la cavité buccale peut être contrainte par les incapacités motrices et fonctionnelles du patient, s'ajoutent à cela les mouvements involontaires voire les morsures.

Pour améliorer l'accessibilité à l'information, les MDPH qui ont une mission d'information et d'orientation, pourraient être un intermédiaire pour la question bucco-dentaire.

Une meilleure information quant à la localisation des structures de soins spécialisées, et une augmentation de leur nombre, favoriserait l'efficacité de la prise en charge de ces patients.

Par exemple, les centres de rééducation fonctionnelle ayant des équipements adaptés aux handicaps physiques pourraient devenir des structures intermédiaires de proximité, avec l'aide de chirurgiens-dentistes libéraux.

L'accès aux structures de soins est théoriquement améliorée par les récentes dispositions réglementaires, mais leur application n'est pas encore effective, celles-ci ne seront obligatoires qu'à partir de 2015 et des dérogations pourront être accordées.

Une approche pluridisciplinaire est nécessaire, impliquant des praticiens compétents susceptibles de proposer les meilleures solutions de soins, en collaboration avec médecins, services sociaux, soignants et familles.

La loi « Hôpital Patients Santé Territoires » de 2009 a pour objectif l'égal et le libre accès aux soins pour tous (77). Elle introduit la notion de « coopération entre professionnels de santé » dans le but de faciliter le parcours de soins :

« Les coopérations consistent en des transferts d'activités ou d'actes de soins voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients. Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins, dans un territoire de santé » (78).

3.6.3. Difficultés liées au coût des soins

Les difficultés financières sont également un obstacle aux soins. Le prix des techniques de sédation est élevé. Des dépassements d'honoraires sont parfois demandés pour une prise en charge de patients non coopérants, dont les soins sont longs et difficiles. Les faibles revenus des patients polyhandicapés limitent les soins.

Pour les personnes handicapées en institutions (FAM ou MAS), les frais dentaires sont presque toujours en sus. Plus précisément, ils ne sont pris en charge dans leur totalité ni dans le forfait soins, ni dans le prix de journée. En ce qui concerne les MAS, la règle est soumise à la subjectivité de l'interprétation :

« Dans les établissements ou services destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants, les frais d'accueil et de soins sont pris en charge au titre de l'assurance maladie. » Article R344-1 du code de l'action sociale et des familles

« Les maisons d'accueil spécialisées doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent (...) les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements ; les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies ». Article R344-2 du code de l'action sociale et des familles

Il apparaît ainsi une multitude de zones floues où les soins doivent être financés soit par le budget des établissements, soit dans des conditions de droit commun (Figure 20).

Les soins dispensés en établissement ou dans un service médico-social sont, par définition, sans aucun coût résiduel pour la personne, alors que les soins « externes » en comportent un.

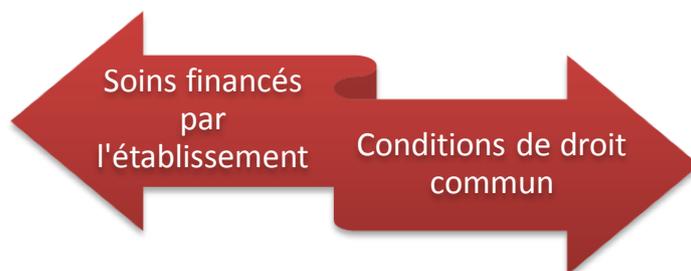


Figure 21 - Opposition des modes de financement des soins en MAS

Les règles de droit commun laissent aux personnes en situation de handicap, comme aux autres malades, un « reste à charge » non négligeable pour des soins concernant d'autres pathologies que leur handicap.

L'article R.314-122 du code de l'action sociale et des familles prévoit que doivent également être pris en surplus, hors budget de l'établissement, les soins qui « *bien que ressortissant aux missions de l'établissement ou du service (...) ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'établissement ou le service de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière* ».

Malheureusement, le niveau de ressources des personnes handicapées est souvent faible. Actuellement, les personnes polyhandicapées bénéficient d'une couverture médicale identique à celle des personnes ordinaires, qui ne prend pas en compte les besoins spécifiques de ces patients.

L'Allocation Adulte Handicapé place les personnes handicapées juste au-dessus du seuil de Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc). Ceci crée une situation intolérable et constitue une dissuasion radicale à l'accès aux soins nécessaires si une assurance complémentaire adéquate n'est pas souscrite. Pourtant, beaucoup de personnes handicapées et/ou de familles de personnes handicapées n'ont pas les ressources suffisantes pour accéder à une assurance complémentaire.

Une politique de prévention en matière de santé orale chez les patients polyhandicapés diminuerait les coûts de soins d'urgence. Une prise en charge précoce des soins bucco-dentaires peut permettre d'économiser le prix d'une anesthésie générale.

La revalorisation de l'AAH ou de la PCH, voire la création d'une CMU « handicap » aiderait les personnes handicapées et/ou leurs familles à supporter le coût de soins onéreux. Il appartient aussi au législateur de clarifier les modalités de financement des soins en institution.

3.6.4. Difficultés pour les praticiens

Les soins et la prévention dentaires pour la population générale, sont réalisés alors que le patient est conscient, capable d'exprimer une douleur, de maintenir la tête en arrière, la bouche ouverte, de ventiler correctement par le nez, d'accepter le bruit et les sensations désagréables, sans mouvements parasites.

La prise en charge des personnes handicapées appelle à prendre en compte à la fois leurs problèmes cognitifs, leurs angoisses, leurs troubles psychomoteurs et le risque lié aux comorbidités associées. Le défaut de coopération des patients, et la méconnaissance par les chirurgiens dentistes des modes d'expression et de pensée des personnes handicapées freine la prise en charge de ces patients.

Le manque de formation initiale des praticiens français entravent l'accès aux soins des patients polyhandicapés.

Les praticiens sont confrontés à de sévères contraintes techniques liées à l'absence d'environnement adapté (accès géographique, fauteuil et matériel adapté). Généralement, les séances sont plus longues et plus nombreuses, et les actes conservateurs sont difficilement réalisables. Le recours à des techniques adaptées, notamment l'approche comportementale (la mise en confiance, la technique « *tell-show-do*»), la prémédication sédatrice, et la sédation consciente est nécessaire.

Le surcoût induit par le temps consacré à l'installation des patients, à la communication, au personnel supplémentaire et à la mise en œuvre de procédure de sédation sont supportés par les praticiens. Les auteurs du rapport ministériel « handicap et santé bucco-dentaire » estiment que le temps passé en soins augmente de 50 % au minimum pour un même acte thérapeutique (72). Dans ces conditions, l'accès aux soins dépend de la bienveillance du praticien, et n'est pas un accès de droit (74).

Certains chirurgiens-dentistes limitent donc le nombre de patients handicapés, voire refusent de les prendre en charge. Il est parfois difficile pour les praticiens d'accorder la disponibilité et le temps d'écoute nécessaire à la prise en charge de ces patients. La consultation est plus technique, plus complexe, plus longue, pour une tarification à l'acte identique. De plus les praticiens, comme les assistantes dentaires, expriment un manque de confiance en soi et un manque d'habitude.

Ainsi, la profession dentaire et les associations de familles de personnes handicapées souhaiteraient au niveau tarifaire une reconnaissance de la spécificité des actes de prévention et de soins à destination des personnes handicapées (Figure 22).

Outre la question de la prise en charge des patients polyhandicapés, se pose aussi la question du consentement éclairé. Ces patients souvent n'étant pas capables de prendre des décisions par eux-mêmes, une tutelle ou une curatelle est mise en place. Il y a alors nécessité d'avoir le consentement éclairé de la personne habilitée avant de commencer les soins. Cette situation induit parfois une perte de temps, nécessite une organisation particulière et rend la prise en charge complexe.

Une étude montre dans le Puy de Dôme, que sur les 63% des praticiens qui traitaient des patients handicapés, 42% avaient renoncé aux soins sur certains de ces patients. Les chirurgiens-dentistes prennent en charge les patients handicapés les plus coopérants, mais pour un grand nombre de praticiens, les personnes handicapées non coopérantes doivent être prises en charge dans une structure hospitalière (79).

Les soins accordés aux patients à besoins spécifiques sont clairement identifiés dans plusieurs pays européens (pays anglo-saxons et pays nordiques). Il s'agit des personnes qui présentent des déficiences d'ordre mental, médical, physique ou social, leurs déficiences impliquant des pathologies ainsi que des modalités de traitement ou de prévention particulières.

En France, il n'existe encore aucune reconnaissance de cette « spécialité ». Lors de la formation initiale des chirurgiens dentistes français, la prise en charge bucco-dentaire des personnes à besoins spécifiques est peu enseignée et peu pratiquée (80). De plus, les formations continues sur la prise en charge de ces patients sont encore rares. Pourtant des études montrent que les étudiants formés à la prise en charge de personnes handicapées ont davantage tendance à les soigner (10, 32).



Figure 22 - Difficultés pour les praticiens

Pour aider les praticiens à gagner en confiance et en assurance dans la prise en charge des patients handicapés, une amélioration de leur formation serait nécessaire.

Au cours de la formation initiale, la mise en place de cours théoriques de communication où l'on développerait l'accueil des patients handicapés, ainsi que les techniques cognitivo-comportementales, aiderait les étudiants à se familiariser avec la prise en charge des patients handicapés.

Les journées de sensibilisation effectuées en sixième année pourraient être intensifiées afin de voir plus de patients et de réaliser plus d'actes. Ces formations pratiques ont pour but de former à l'accueil, à la communication, et à la prise en charge de ces patients.

Lors des stages hospitaliers, on pourrait imposer un quotas de patients à besoins spécifiques à traiter durant le cursus de formation.

Au niveau de la formation continue, une promotion à des formations aux soins spécifiques serait utile. Pourtant, une enquête de 2005 rapporte que les soins spécifiques arrivaient en avant-dernière position des thèmes de formation continue choisis par les praticiens (81).

Actuellement, des réseaux permettent de se former à la prise en charge de ces patients. Par exemple, le réseau de soins Handiaccès en Lorraine, propose une formation complémentaire pour l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées à soigner. Elle apprend aux praticiens à porter et déplacer le patient, à gérer son aspect psychologique, et informe des traitements médicamenteux particuliers (82).

Le réseau Handident propose des stages de posturologie permettant d'acquérir les bons gestes pour un transfert facile du fauteuil roulant au fauteuil dentaire, ou de trouver des points d'appui lorsque les soins sont réalisés sur le fauteuil roulant (83).

Il est aussi important que la formation des assistantes dentaires soit adaptée à l'accueil et la prise en charge des patients handicapés.

Enfin, une nomenclature adaptée et une revalorisation des actes de soins qui reconnaîtrait les contraintes spécifiques à la prise en charge des personnes handicapées, serait plus motivantes pour les praticiens amenés à soigner cette population. Les soins longs et difficiles seraient alors réalisés en toute quiétude.

3.6.5. Difficultés des établissements d'accueil

Au niveau des soins bucco-dentaire, face à des comportements d'opposition voire des réactions hostiles, les personnels soignants et encadrants peuvent se décourager et renoncer. Les rétentions alimentaires et/ou de fortes halitoses peuvent entraîner un comportement d'écoeurement face aux patients.

Les patients dépendants pour les soins d'hygiène bucco-dentaire quotidienne nécessitent l'intervention d'une tierce personne.

La prévention doit avant tout viser la formation du personnel médico-éducatif aux techniques d'hygiène personnalisées et adaptées aux déficiences des personnes résidentes (84) (85). Ces formations doivent sensibiliser et motiver ces encadrants à l'hygiène bucco-dentaire. Des études nous indiquent que les référents, parents et personnel soignant manquent de théorie et de formation pratique sur les procédures d'hygiène orale.

Aux Etats-Unis, une étude a été réalisée chez les personnes à besoins spécifiques lorsque les chirurgiens-dentistes ne pouvaient pas assurer leur mission de promotion de santé bucco-dentaire. Cette étude montre qu'inclure un suivi dentaire (promotion de la santé, prévention, dépistage) dans la pratique des équipes médicales qui sont en contact régulier avec les personnes handicapées permet de favoriser la santé bucco-dentaire. Elle conclut que les possibilités des professionnels non dentaires de promouvoir la santé orale sont largement sous-utilisées (86 – 88).

L'importance de la santé orale est souvent sous-estimée et l'hygiène buccale souvent considérée comme non prioritaire par rapport aux soins, alors qu'elle devrait être intégrée dans la toilette du patient (74).

La France ne possédant pas d'hygiénistes, il faudrait que les chirurgiens-dentistes forment les « non-professionnels » (soignants des établissements, éducateurs, familles) à l'hygiène orale. Mais la démographie de la profession de dentiste déclinant, elle ne peut assumer que difficilement cette tâche.

Une étude Mosellane auprès des établissements accueillant des personnes handicapées montre que dans les 2/3 des structures interrogées, il n'y a pas de consultation dentaire à l'admission. Lorsque celle-ci est tout de même réalisée, c'est un chirurgien-dentiste qui l'effectue dans seulement un cas sur deux (89).

Une étude française réalisée en 2004 chez des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés rapporte que seuls 51% de ces établissements étaient en relation avec des structures de soins bucco-dentaires permettant de réaliser des soins sous sédation ou sous anesthésie générale. Pour 88,4% de ces établissements, il n'y avait pas de formation organisée pour le personnel sur le thème de la santé bucco-dentaire (10).

Dans les établissements d'accueil pour personnes polyhandicapées se pose aussi un problème de coordination. Les intervenants internes sont souvent trop peu nombreux et ceux de l'extérieur trop lointains et surchargés. Les soins qui nécessitent une prise en charge par des professionnels libéraux requièrent disponibilité des uns ou des autres. Les déplacements des patients demandent du personnel et du temps. Au-delà du problème de transport, les structures extérieures sont généralement peu adaptées pour prendre en charge ces patients (74).

Nous venons de voir qu'il est nécessaire de sensibiliser et de former le personnel soignant des établissements à l'hygiène bucco-dentaire. Une motivation à la prise en charge quotidienne de la santé orale est indispensable.

Lors de la formation initiale du personnel soignant, un enseignement plus adapté aux situations (position du corps, fauteuil roulant, contractions musculaires, spasticité) et plus pratique, associé à celui de la toilette du corps pourrait être mis en place de façon à ne plus considérer le brossage des dents comme un soin de confort.

Une sensibilisation des directeurs d'institution médico-sociales favoriserait un management orienté vers la valorisation des mesures préventives, en intégrant la promotion de la santé orale et la pratique de l'hygiène bucco-dentaire dans les soins quotidiens (90).

Il serait nécessaire que les établissements désignent une personne responsable de la promotion de l'hygiène bucco-dentaire afin de mettre en place des mesures de prévention adaptées. La mise en place d'ateliers pratiques de sensibilisation et d'éducation à la santé orale pourrait être réalisés par des chirurgiens-dentistes ou des étudiants en odontologie dans ces établissements.

Cet accompagnement amènerait le personnel soignant à s'approprier ensuite la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire. La création de conventions entre facultés et structures de soins permettrait de répondre à ce besoin.

Un bilan bucco-dentaire d'entrée dans l'établissement effectué par un chirurgien-dentiste devrait inclure les informations sur l'état bucco-dentaire du patient, son niveau de coopération, un protocole individuel d'hygiène quotidienne, et les coordonnées du praticien ou de la structure dans laquelle il peut accéder aux soins dentaires.

Ce serait une mesure efficace pour pallier à l'absence d'expression des besoins, éviterait une prise en charge des soins tardive et contribuerait à sensibiliser le personnel à la nécessité d'une bonne santé bucco-dentaire.

Pour installer une hygiène orale efficace chez les personnes dépendantes dès le plus jeune âge, le programme MT'dents pourrait être étendu aux Instituts Médico-Educatifs (IME) où sont hébergés les enfants polyhandicapés.

Les dossiers bucco-dentaires et les programmes de soins personnalisés des IME devraient être transmis, étudiés et mis à jour par l'établissement de soins pour adultes polyhandicapés qui accueille le résident devenu adulte.

La prise en charge globale des patients polyhandicapés doit être le fait d'une équipe interdisciplinaire de spécialistes compétents. Une collaboration étroite entre chirurgiens-dentistes, médecins, services sociaux, soignants et familles permet de faciliter le parcours de soins du patient.

3.7. Prise en charge de la santé bucco-dentaire des patients polyhandicapés

Plusieurs outils sont disponibles pour améliorer la prise en charge de la santé bucco-dentaire des patients polyhandicapés. Les objectifs thérapeutiques sont la gestion des risques infectieux et douloureux et la préservation de l'intégrité physique de ces personnes.

3.7.1. Les soins préventifs

L'examen de dépistage par les soignants, les aidants et/ou par un chirurgien-dentiste est une mesure efficace pour pallier à l'absence d'expression des besoins. Elle doit concerner tous les individus pour lesquels il y a un trouble de la communication et en particulier les moins coopérants, mais il faut surtout qu'elle soit mise en place en lien avec une offre de soins adaptée (91, 92).

Les moyens préventifs sont les mêmes que pour la population générale. Ils se concentrent sur l'hygiène quotidienne et l'utilisation de fluor.

L'hygiène bucco-dentaire vise à supprimer la plaque dentaire. Son élimination régulière est indispensable pour prévenir efficacement les pathologies carieuses et parodontales. Un brossage deux fois par jour est un facteur d'amélioration de la santé bucco-dentaire.

L'efficacité de l'hygiène bucco-dentaire pour les personnes non autonomes dépend du recours à un aidant, mais aussi de la compétence de cet aidant à réaliser efficacement les gestes d'hygiène bucco-dentaire (58).

La formation du personnel soignant à la santé orale permet d'améliorer l'hygiène orale des patients, même lorsqu'ils sont autonomes pour le brossage.

Des études montrent que dans les établissements de soins, l'hygiène dentaire peut être améliorée avec l'aide d'une tierce personne en enseignant aux aidants les techniques de brossage (93, 94). La majorité de ces programmes était de courte durée, aussi leur efficacité à long terme reste à prouver (95, 96).

Une étude sur les effets d'un programme d'informations du personnel soignant sur la pratique de l'hygiène bucco-dentaire et l'accompagnement des patients en institution, a montré une présence plus active des soignants pendant le brossage, une durée de brossage plus longue et une réduction des indices de plaque dentaire chez les patients (97).

L'identification des causes de refus peut aider le soignant à améliorer l'hygiène bucco-dentaire. La désensibilisation du réflex nauséeux, l'identification des zones douloureuses, le respect d'une position qui protège les risques de fausses routes sont des facteurs qui peuvent améliorer la coopération d'un patient opposant.

La santé bucco-dentaire est bien souvent perçue comme une charge supplémentaire peu gratifiante pour le personnel soignant. Le manque de coopération des patients et la méconnaissance de l'intérêt de l'hygiène bucco-dentaire pour la santé générale freine cette prise en charge.

Le développement de matériel pédagogique adapté permet la promotion de la santé orale et la formation du personnel soignant. Les établissements spécialisés nécessitent un accompagnement des soignants dans l'acquisition des pratiques d'hygiène orale et l'identification de certaines pathologies dentaires, afin de pouvoir déclencher les procédures appropriées de prise en charge (98).

3.7.2. *Le matériel*

L'utilisation d'une brosse à dents à poils souples et à petite tête arrondie est préférable. Elle permet d'accéder à tous les secteurs de la bouche et de ne pas léser les muqueuses.

La brosse à dents électrique ou la brosse à dents à trois faces peut être envisagée en fonction de la personne.

Cette brosse doit dans tous les cas être personnalisée et changée tous les trois mois d'utilisation.

Si l'usage d'une brosse à dents n'est pas possible, on peut alors masser les gencives avec une compresse imbibée d'une solution diluée de chlorhexidine afin de nettoyer les vestibules des rétentions alimentaires (41).

3.7.3. Les soins curatifs

La bonne réalisation des soins dentaires dépend du degré de coopération du patient, modulée par l'importance du risque infectieux et du risque douloureux, qui vont indiquer les modalités d'intervention.

3.7.3.1. Soins à l'état vigile

La grande majorité des patients handicapés, peuvent être soignés à l'état vigile, s'ils bénéficient d'une prise en charge personnalisée.

La relation soignant-soigné doit être de qualité. Elle est nécessaire pour obtenir une coopération suffisante, autorisant la réalisation des soins dentaires.

Le chirurgien-dentiste doit alors communiquer tout au long du soin avec son patient dans les limites de la compréhension de celui-ci, et selon des méthodes adaptées au handicap qui sont des techniques cognitivo-comportementales. Le patient est distrait ou au contraire impliqué pendant le soin. Le choix des mots employés, le ton de la voix, la gestuelle, le comportement des soignants et le contact physique, oculaire ou verbal, conditionnent l'efficacité de l'approche.

Une méta-analyse montre que pour 36 études sélectionnées, les techniques non pharmacologiques avaient induit une diminution significative de l'anxiété du soin et permis l'établissement d'un suivi à long terme pour ces patients (99).

Une étude italienne démontre que le niveau d'anxiété chez des enfants porteurs de trisomie 21 est plus faible chez les enfants soignés à l'état vigile, que chez les enfants soignés sous anesthésie générale (100).

Les techniques les plus souvent utilisées sont : la relaxation, l'autosuggestion, l'hypnose, la distraction, le contrôle de la ventilation, le renforcement positif et l'affirmation de soi. Pour les soins dentaires, ces techniques peuvent être appliquées en association et en alternance (101).

Le recours à la contrainte physique est un sujet qui fait débat. Il est généralement admis que la contrainte tend à augmenter l'anxiété et l'opposition, et par conséquent elle doit être évitée au maximum (58).

3.7.3.2. Sédation consciente

La sédation consciente permet une approche facilitatrice des soins dentaires en gérant l'angoisse du patient. Deux procédures font référence en soins dentaire pour améliorer la coopération des patients opposants : l'administration d'anxiolytiques et l'inhalation d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène.

- La prémédication sédatrice d'anxiolytiques

La prémédication sédatrice est généralement utilisée par voie orale pour sa simplicité. Elle a l'inconvénient d'entraîner une sédation d'intensité variable, et parfois de durée prolongée. Les prescriptions de benzodiazépines restent aléatoires pour les personnes handicapées. Elles engendrent des effets dépressifs du système nerveux central, leur élimination hépatique a une cinétique qui varie beaucoup d'un individu à l'autre, et les interactions pharmacologiques sont courantes. De plus elle peuvent être responsables de réactions paradoxales qui amène une excitation et une aggravation de l'agitation anxieuse.

Dans la pratique on leur préfère un anti-histaminique de groupe 1, l'hydroxyzine (Atarax®).

- Le Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA)

Cette technique procure des effets calmants (anxiolytiques) et antalgiques (antidouleur). Les réflexes respiratoires et de déglutition sont conservés, alors que les contractions musculaires parasites et les mouvements physiques d'opposition sont limités. Le patient est détendu et le contact avec les soignants est conservé. Les effets secondaires sont mineurs et réversibles à l'arrêt de l'inhalation. Les contre-indications sont rares et la sédation consciente par inhalation peut être répétée à de courts intervalles. Le MEOPA permet le traitement d'urgences en l'absence de séances d'éducation aux soins préalables. Il permet de réduire les mouvements incontrôlés ainsi que les réflexes nauséux.

Il a été montré en 2006 que la sédation par inhalation de MEOPA pouvait être répétée si nécessaire et que la coopération des patients s'améliorait au cours des séances successives (102). De plus, le fait d'être capable de surmonter sa peur et de recevoir des soins dans un environnement dentaire classique avec l'aide de la sédation par inhalation serait positif pour la réduction de l'anxiété (103).

Une étude française portant sur 7 centres pour enfants et adultes handicapés en échec de coopération de soins dentaires à l'état vigile rapporte que dans 91.4% des cas, un acte de soins dentaires a pu être réalisé. Une prémédication a été associée dans 8% des cas et 3% des patients ont présenté des effets indésirables légers tels que des vomissements. Les indications d'anesthésie générale ont alors diminué dans ces établissements (104).

3.7.3.3. L'anesthésie générale

L'anesthésie générale est essentiellement indiquée pour les personnes handicapées mentales les moins coopérantes, en cas d'urgence, en cas de problèmes infectieux importants ou en cas d'échec des techniques précédentes. En France, ce recours a récemment été confirmé dans un rapport de la Haute Autorité de Santé dans le cas de « *conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement bucco-dentaire à l'état vigile après échec de tentatives de soins au fauteuil* » (105). L'anesthésie générale est rarement indiquée en première intention, elle est peu compatible avec les soins dentaires conservateurs et elle ne permet pas la réalisation de soins impliquant plusieurs séances consécutives.

En effet, la durée limitée de l'intervention, le besoin de limiter le nombre de répétitions et les difficultés techniques liées à l'accès opératoire expliquent le fort taux d'extractions réalisés sous anesthésie générale.

Les édentations multiples vont solutionner les problèmes infectieux et douloureux mais contribuent à la disparition de la fonction masticatrice et phonatrice tout en aggravant le déficit esthétique de ces personnes.

Les délais parfois très longs pour programmer une anesthésie générale pourraient être réduits grâce au recours à la sédation consciente. De plus, en milieu hospitalier, si l'on ne tient compte que des frais de personnel, l'utilisation de la sédation par inhalation permet une économie d'un tiers par rapport à l'anesthésie générale.

Outre les raisons financières, le recours aux techniques de sédation consciente se justifie par la possibilité de réaliser des soins conservateurs et, par conséquent d'améliorer la qualité de vie du patient (10).

Les techniques non pharmacologiques, les sédations et les anesthésies générales doivent être considérées comme des procédures complémentaires et sont toutes nécessaires pour l'accès aux soins dentaires des patients opposants. Avant tout, le recours à ces différentes techniques doit être organisé pour pouvoir proposer un plan de traitement compatible avec le projet de vie de la personne.

3.8. Conclusion

Nous avons vu que le handicap résulte de l'interaction de déficiences, de limitations fonctionnelles et du manque d'investissement d'une société qui produit des barrières empêchant l'intégration de la personne.

Nous avons souligné les difficultés à mettre en place une hygiène bucco-dentaire de qualité chez les personnes polyhandicapées, et mesuré la nécessité de l'implication de la profession des chirurgien-dentistes dans la sensibilisation aux mesures de prévention et d'organisation des soins dans les établissements qui les accueillent.

A la demande du directeur de la MAS de Vic-sur-seille, nous avons effectué une étude clinique basée sur un programme de soins préventifs et curatifs afin de tester l'amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents. Des outils pédagogiques, du matériel d'hygiène et des protocoles ont servi de support à ce programme de prévention.

LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE DE VIC-SUR-SEILLE

1. Les Maisons d'Accueil Spécialisées

Les Maisons d'Accueil Spécialisées existent depuis la loi du 30 juin 1975 où l'article 46 stipule que : *« il est créé des établissements ou des services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants ».*

Le décret et la circulaire du 28 décembre 1978 définissent les MAS :
« Les Maisons d'Accueil Spécialisées doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent :

- *l'hébergement*
- *les soins médicaux et para-médicaux*
- *les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies*
- *les activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions. »*

Les MAS sont des établissements médico-sociaux destinés à accueillir des personnes adultes qui présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leur capacité de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Les MAS assurent l'hébergement et les besoins de la vie quotidienne, l'aide et l'assistance constante nécessaire, les soins médicaux et paramédicaux ainsi que les activités occupationnelles, d'éveil, d'épanouissement, d'animation et l'ouverture à la vie sociale et culturelle.

Au 31 décembre 2006, en France 484 maisons d'accueil spécialisées disposent d'environ 19 600 places et emploient près de 23 600 personnes en équivalent temps plein (30).

2. La Maison d'Accueil Spécialisée de Vic-sur-Seille

2.1. Présentation de la MAS



Figure 23 - Maison d'Accueil Spécialisée de Vic-sur-Seille

La Maison d'Accueil Spécialisée "Les Vignes", inaugurée le 25 mars 1997, est située rue des hosties à Vic-sur-Seille dans le pays du Saulnois.

L'initiative provient de l'association Hospitalor (association Hospitalière Lorraine) du groupe SOS. Le financement a été réalisé par l'Etat et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Moselle.

Hospitalor est une association déclarée d'utilité publique à but non lucratif, qui a été créée en 1972 par Henri Dalens. Dans les années 1970, la gestion de quatre établissements de soins des Houillères du Bassin de Lorraine est transférée à l'association Hospitalor.

Elle s'occupe désormais de :

- 3 centres hospitaliers
- 32 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- 2 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- 4 établissements pour personnes handicapées
- 5 services livraison de repas à domicile
- 1 centre de formation d'aides-soignants

Les établissements sont habilités à l'aide sociale et donc accessibles aux personnes n'ayant pas les ressources suffisantes pour honorer le coût de l'hébergement.

Sa proximité avec un IME, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et une maison d'enfants à caractère social favorise l'intégration des résidents à la vie de la commune et la réalisation de projets communs inter-établissements.

L'objectif premier de la MAS de Vic-sur-Seille est « *d'assurer avant tout une qualité de vie optimale pour ses résidents* ».

2.2. Détail de la structure

La MAS de Vic-sur-Seille est bâtie sur les hauteurs de la ville, en bordure de forêt, elle a une capacité d'accueil de 24 lits. La structure se divise en trois unités de vie comprenant cuisine, salle de bains, chambres et une salle à manger où sont servis les repas réalisés sur place (figures 24 et 25).

La population est constituée de 24 résidents. Ce sont des personnes dépendantes avec des troubles cognitifs, moteurs et parfois des troubles psychiatriques (troubles du comportement, automutilations...). 23 résidents viennent de Moselle et 1 de Meurthe-et-Moselle.



Figure 24 - Lieu de vie de la MAS



Figure 25 - Une chambre individuelle de la MAS

Le personnel est composé d'une équipe pluridisciplinaire:

- 1 Directeur
- 1 Adjoint de direction
- 1 Secrétaire
- 7 Agents des services logistiques (ASL)
- 3 Aides médico-psychologiques
- 8 Aides-soignants
- 3 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE)
- 1 Educateur Spécialisé
- 1 Ergothérapeute à mi-temps
- 1 Kinésithérapeute libéral venant deux fois par semaine
- 1 Psychologue à mi-temps
- 1 Psychomotricien à mi-temps
- 1 Ouvrier d'entretien
- 2 Cuisiniers

A la MAS de Vic-sur-seille, ce sont les aides-soignants et les aides-médico-psychologiques (AMP) qui brossent les dents des résidents. Ils sont la charnière des unités de vie et participent à toutes les aides que nécessitent les résidents aussi bien physiques que psychologiques : aide au lever, à l'habillage, pour les repas, lors des brossages de dents, des soins d'hygiène et de confort...

Ils participent à l'épanouissement du résident et au développement de ses facultés motrices à travers les activités et les sorties.

Les infirmiers veillent à la santé et sont chargés du suivi médical constant. Ils communiquent et informent les équipes de l'état de santé et des soins en cours.

A la MAS de Vic-sur-Seille, ce sont eux qui s'occupent de la gestion du matériel d'hygiène bucco-dentaire. Ils sont au contact des résidents, et servent de relais à l'équipe de cadre.

3. Suivi dentaire de l'adulte polyhandicapé à la MAS de Vic-sur-Seille

L'étude que nous avons menée à la MAS de Vic-sur-Seille a été initiée à la demande du directeur et du personnel soignant de l'établissement suite à une proposition des praticiens du service d'Odontologie du CHRU de Nancy-Brabois impliqués dans la prise en charge des patients handicapés.

Au niveau de l'établissement, pour la prise en charge des soins préventifs et curatifs bucco-dentaire, le constat initial est le suivant :

- un brossage est réalisé quotidiennement par les aides-soignants après le petit déjeuner
- le matériel d'hygiène est satisfaisant, entretenu mais souvent inadapté (brosses à dents trop dures)

Dans le dossier de soins informatisé il n'existe pas de volet dentaire spécifique. Les résidents ne bénéficient pas de consultation annuelle de contrôle systématique.

Au niveau des soins curatifs, la plupart des résidents sont suivis au service d'Odontologie de l'hôpital adulte du CHRU de Nancy-Brabois qui se trouve à une distance de 40 kilomètres. Leur suivi dentaire y est organisé depuis 2012 en fonction des besoins, demandes, ou urgences.

4. Étude clinique : organisation des soins bucco-dentaires

L'étude clinique porte sur 24 résidents polyhandicapés de la MAS de Vic-sur-Seille âgés de 25 à 59 ans sur la période d'octobre 2012 à mai 2013.

Les objectifs de cette action sont :

- L'évaluation de la santé bucco-dentaire des résidents de la MAS
- La structuration d'un programme de soins préventifs et curatifs
- La sensibilisation et la formation du personnel soignant à l'hygiène bucco-dentaire

Le bénéfice de cette action a été évalué à 3 mois (avril) et 4 mois (mai) après la mise en place du programme de soins. Le but visé était la diminution des indices de plaque et gingival, signant ainsi une amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents.

4.1. Evaluation de la santé bucco-dentaire des résidents

Un examen clinique a été effectué dans les lieux de vie, sur une chaise ou au fauteuil roulant.

Pour ces examens nous avons utilisé :

- des kits d'auscultation comprenant un miroir, une sonde et une précelle
- des gants
- des compresses stériles
- des fiches d'examen pour patients à besoins spécifiques

Les données recueillies ont été notées sur une fiche d'examen disponible en annexe 4 (Tableau 3):

ETAT CIVIL	
Nom et prénom	• réel
Date de naissance	• réel
Sexe	• féminin - masculin
LES FONCTIONS ORO-FACIALES	
Le type de ventilation	• buccale - mixte - nasale
La posture mandibulaire	• bouche ouverte en continue - bouche ouverte transitoire - bouche fermée
Les mouvements de la langue	• antéropostérieurs - normaux
La présence de bavage	• continu - occasionnel - absent
La quantité de salivation	• absente - modérée - abondante
La qualité de la salivation	• absente - filante - normale
MATERIEL	
L'état de la brosse à dents	• absente - inutilisable - mauvais état - bon état - pas utilisée
L'usage de dentifrice	• oui - non
EXAMEN DENTAIRE	
Le nombre d'atteinte carieuse	• nombre réel
La présence de mobilité	• stade 0 - stade 1 - stade 2 - stade 3
La nécessité de soins d'urgence	• oui - non
La présence de récession gingivale	• absente - localisée - généralisée
La présence d'inflammation gingivale	• absente - localisée - généralisée
La gravité de l'inflammation gingivale	• absence de saignement - suintement - saignement provoqué - saignement et oedème
La présence de plaque dentaire	• absente - collet - collet et interdentaire - moitié de face totale - face totale
La présence de tartre	• absente - localisée - modérée - généralisée
La présence d'une halitose	• absente - modérée - généralisée
REALISATION DES SOINS	
Le degré de coopération	• absente - moyenne - entière
La présence de mouvements parasites	• oui - non
L'autonomie pour le brossage	• dépendant - indépendant
L'estimation de la difficulté à réaliser des soins	• impossible - difficile - possible - facile

Tableau 3 - Fiche type de recueil de données

Les critères ont été divisés en cinq catégories :

- « L'état civil » donne l'identité de la personne.
- « Les fonctions oro-faciales » traduit les conséquences des troubles physiologiques sur la sphère oro-faciale.
- « Le matériel » indique l'état de la brosse à dents et si un dentifrice fluoré est utilisé.
- « L'examen dentaire » définit la santé bucco-dentaire de la personne.
- « La réalisation de soins » spécifie les possibilités de réalisation d'une prise en charge.

Chaque critère est renseigné selon une valeur quantifiée suivant son état de gravité, ou par sa valeur réelle de façon à obtenir des statistiques quantitatives en plus des statistiques descriptives.

Aucun résident ne présentait de candidose, et aucun ne portait de prothèse. Nous avons donc décidé de supprimer ces deux critères initialement présents dans les fiches de consultation.

La collecte de données n'a pas pu être réalisée dans son intégralité car tous les résidents ne présentaient pas une coopération suffisante. Nous obtenons donc une population de moins de 24 personnes pour certains critères.

Les données ont été traitées en temps différé grâce au logiciel Statview® 4.1. Des tests de comparaison ainsi que des tests de corrélation ont été réalisés pour évaluer les indices de la santé bucco-dentaire en fonction de certains facteurs spécifiques de notre population.

4.1.1. Présentation de la population

La population étudiée est constituée de 24 résidents de la MAS de Vic-sur-Seille. Elle se compose de 9 hommes et 15 femmes (Figure 26).

L'âge moyen des résidents est de 40 ans \pm 1.71, le plus jeune ayant 25 ans et le plus âgé 59 ans (Figure 27).

Tous les résidents de la MAS sont en internat. Un seul résident est fumeur.

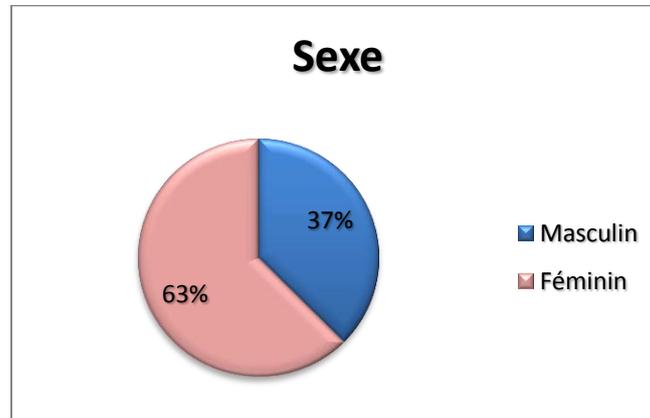


Figure 26 - Répartition des genres (n = 24)

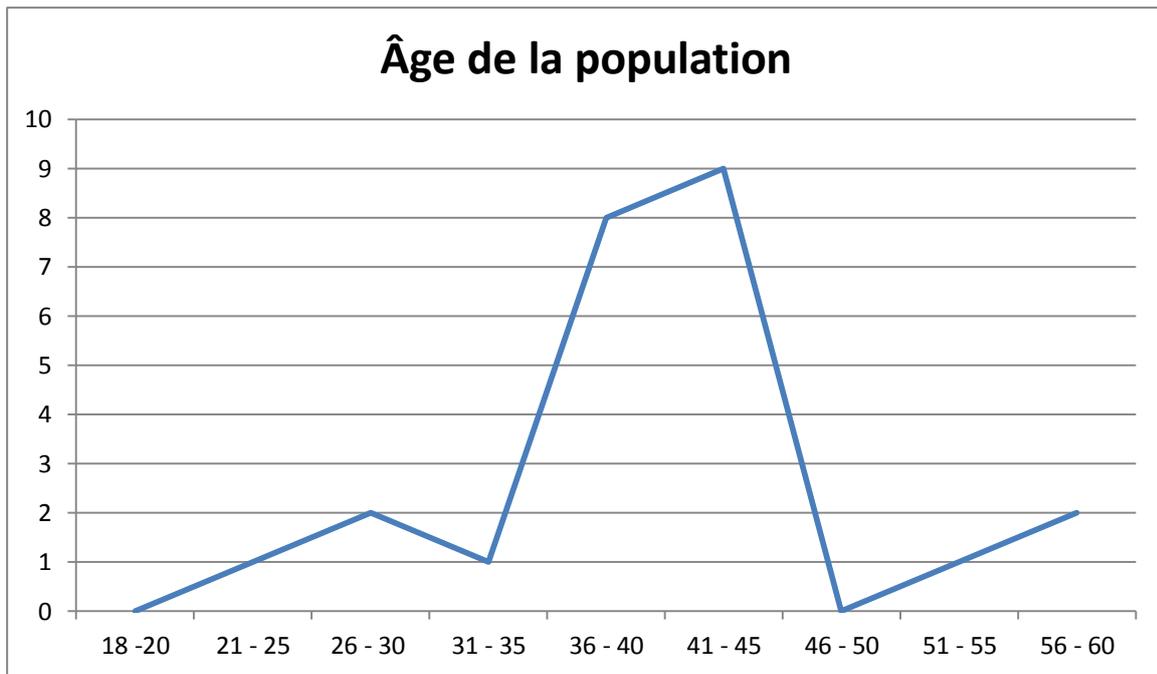


Figure 27 - Répartition des résidents en fonction de leur âge

Sur les 24 résidents, 2 sont édentés et 2 ont refusé l'examen clinique par manque de coopération. Aucun résident ne porte de prothèse.

Le type d'alimentation est un facteur de la santé bucco-dentaire. Une alimentation normale engendre une mastication favorable au brossage physiologique des dents. Une alimentation mixée favorise la rétention d'aliments qui collent sur les dents, particulièrement dans la zone du collet à la jonction entre la dent et la gencive.

L'alimentation est normale pour 37% des résidents. Pour les autres, elle est adaptée à leur besoins, un seul résident bénéficie d'une gastrostomie endoscopique percutanée (Figure 28).

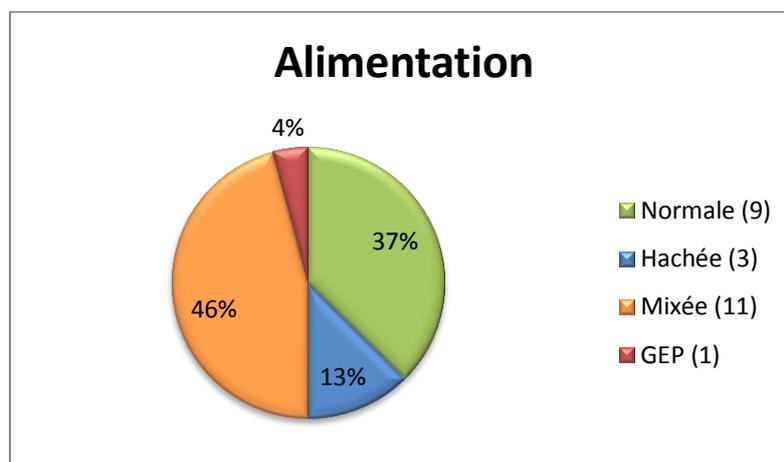


Figure 28 - Répartition des modes d'alimentation (n = 24)

Nous avons vu précédemment que certains antiépileptiques ont également un effet négatif sur la santé bucco-dentaire

Près de la moitié des résidents (n = 11) sont sujet à l'**épilepsie** et reçoivent des traitements anti-épileptiques qui induisent une modification de la sécrétion salivaire et des pathologies parodontales (Figure 29). Le manque de nettoyage physiologique les rend plus vulnérables aux pathologies bucco-dentaires. De plus, les crises d'épilepsie peuvent provoquer des traumatismes dentaires. Il est donc important d'examiner la bouche des ces patients après une chute lors d'une crise.

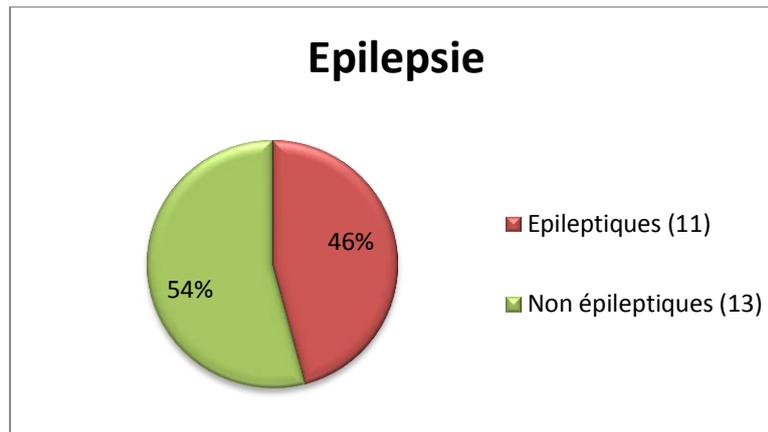


Figure 29 - Répartition de l'épilepsie (n = 24)

4.1.2. Evaluation de la santé bucco-dentaire : indices quantitatifs et qualitatifs

Avant la première évaluation de la santé bucco-dentaire, les résidents bénéficiaient d'un brossage des dents quotidien tous les matins, après le petit déjeuner.

Seulement deux résidents se sont montrés autonomes pour le brossage des dents mais nécessitent tout de même une aide et un contrôle de celui-ci.

Les multiples tâches du quotidien accaparent l'équipe soignante, qui juge ne pas disposer du temps nécessaire pour mettre en place un brossage après chaque repas, matin, midi et soir. Nous avons conseillé de mettre en place un second brossage le soir après les repas.

La plaque dentaire reflète l'hygiène bucco-dentaire quotidienne. Dans le graphique suivant (Figure 30), la plaque dentaire est dite « localisée » lorsqu'elle est présente au niveau des collets, « modérée » lorsqu'elle est présente au niveau des collets et des espaces interdentaire, et « généralisée » lorsqu'elle recouvre au moins la moitié des faces des dents.

On observe que le plaque dentaire est généralisée pour la moitié des résidents avec une moyenne globale de $2,14 \pm 0,23$ pour l'ensemble de la population.

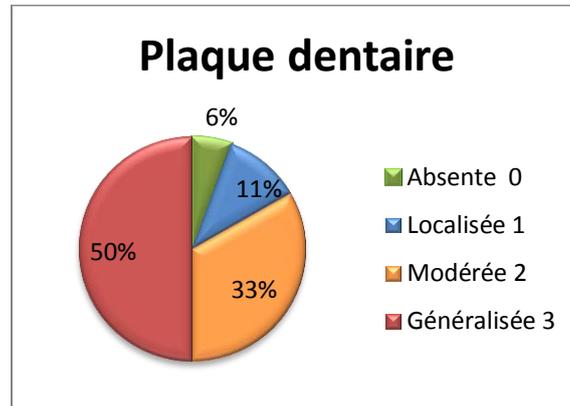


Figure 30 - Répartition de la présence de plaque dentaire (n = 22)

La gingivite ou inflammation gingivale est présente lorsqu'il y a un manque d'hygiène bucco-dentaire ; elle peut aussi apparaître chez des personnes ayant des problèmes systémiques. Elle a été évaluée au niveau de sa quantité (étendue de l'inflammation) et au niveau de sa gravité (importance de la lésion).

La population présente un score élevé d'**inflammation gingivale** ($m = 1.43 \pm 0.16$), avec 61% des sujets présentant une inflammation généralisée (Figure 31).

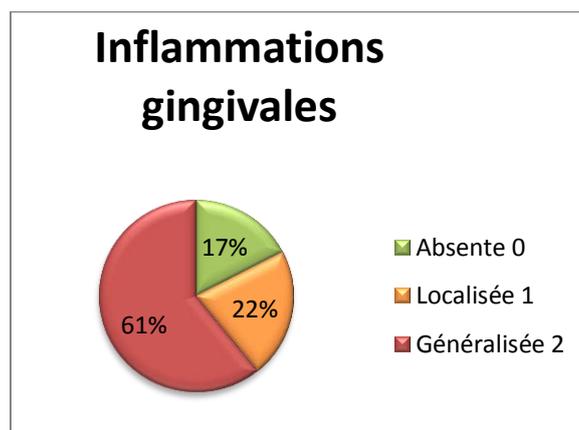


Figure 31 - Répartition de la présence d'inflammation gingivale (n = 23)

Au-delà du fait que **l'inflammation gingivale** est présente dans 80% de la population (Figure 33), la gravité de celle-ci est importante puisque la moyenne globale de la population $m = 2 \pm 0.23$ correspond à une inflammation sérieuse avec présence de saignements provoqués par la brosse à dents souple.

De plus pour 40% des résidents la parodontite est oedémateuse, ulcéreuse et accompagnée de saignements spontanés.

Deux patients ont été mis sous antibiotiques car la parodontite était ulcéro-nécrotique.

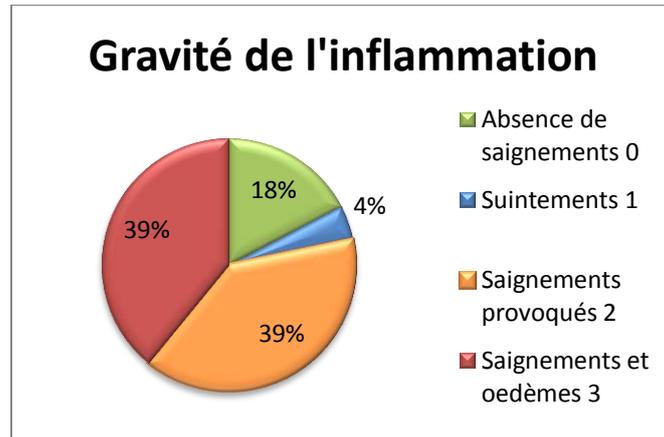


Figure 32 - Répartition de la gravité de l'inflammation (n = 23)

Les récession gingivales (Figure 32) sont modérées avec une moyenne de 0.55 ± 0.15 . Localisées pour la plupart, elles siègent généralement au niveau du secteur des incisives inférieures, site de fragilité du parodonte car il est mince à ce niveau et sert souvent d'ancrage au frein et aux muscles de la lèvre inférieure.

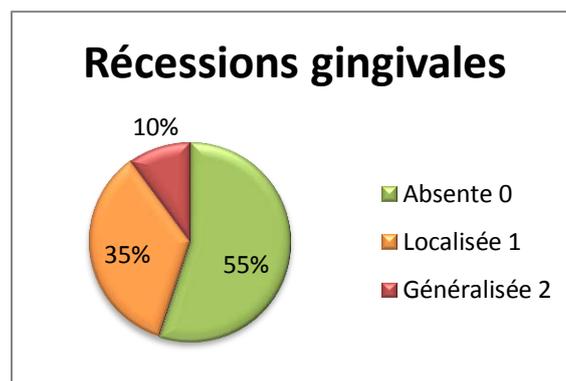


Figure 33 - Répartition de l'étendue des récessions gingivales (n = 20)

Les deux indices de plaque gingivales sont très élevés. Ils révèlent un défaut d'hygiène, et c'est donc sur cet aspect que notre action doit s'affirmer. La mise en place d'actions de prévention qui améliorent l'hygiène quotidienne des résidents, est indispensable.

Nous avons décidé d'agir sur la durée (brossage biquotidiens) et sur la qualité du brossage en accompagnant le personnel soignant :

- à adopter une nouvelle technique de brossage
- à l'adapter à chacun des résidents

Le tartre est présent chez 63% des résidents ($m = 1.16 \pm 0.23$). Il correspond à de la plaque dentaire minéralisée. Sa formation est dépendante de la qualité de la salive. Il est généralement associé à une inflammation gingivale (Figure 34).

Des séances de détartrage sont prévues sur place ou au cabinet dentaire afin d'assainir le parodonte.

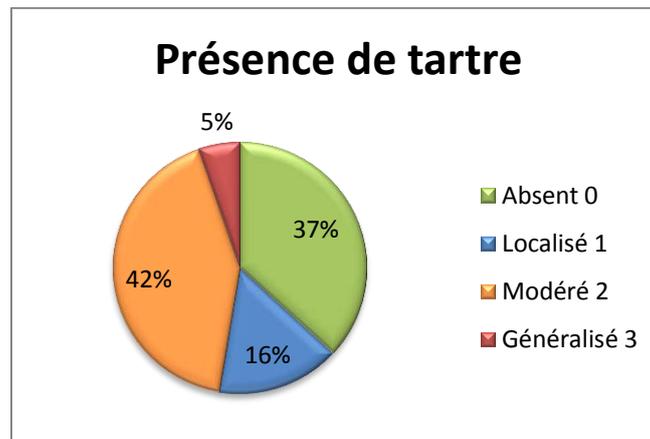


Figure 34 - Répartition de la présence de tartre (n = 19)

Une **halitose** (Figure 35) est marquée chez 37% des résidents ($m = 0.42 \pm 0.18$), ce qui traduit chez ces derniers une possible infection parodontale. Elle est souvent plus sévère lorsque la ventilation est orale et que l'hygiène bucco-dentaire laisse à désirer.

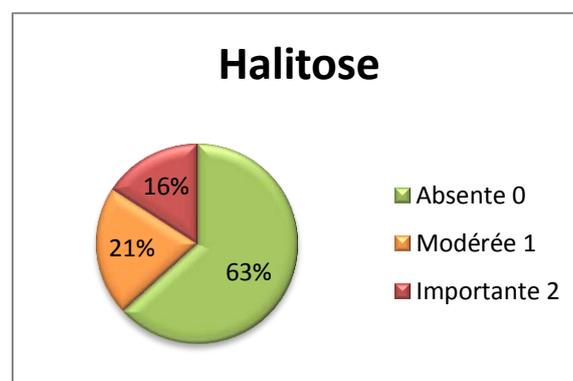


Figure 35 - Répartition de la présence d'une halitose (n = 19)

Face aux patients peu coopérants il a été difficile d'évaluer **la mobilité dentaire** (Figure 36). Mais pour les patients compliants peu de mobilités ont été relevées ($m = 0.13 \pm 0.13$). Elles signent une parodontopatie avancée. Elles ont été observées principalement au niveau du secteur incisif inférieur.

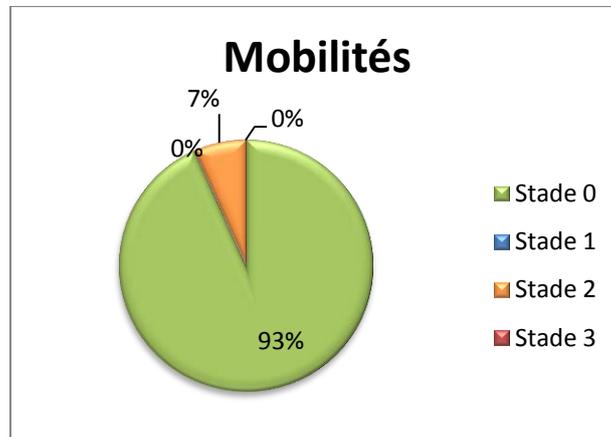


Figure 36 - Répartition de la présence de mobilités (n = 15)

Une grande partie des résidents (74%) présentent une **posture mandibulaire** « de bouche ouverte » au repos (Figure 37) traduisant une **ventilation** buccale pour la majorité des résidents (83%) (Figure 38).

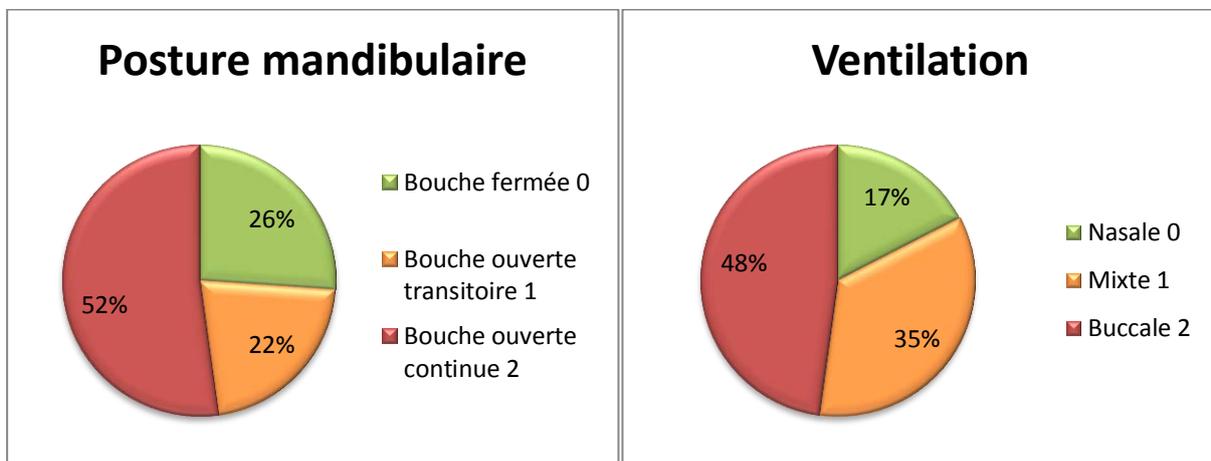


Figure 37 - Répartition des postures mandibulaires (n= 23) Figure 38 - Répartition des modes de ventilation (n=23)

Ce paramètre induit une sécheresse buccale augmentant le risque d'inflammation gingivale, ce qui justifie une hygiène bucco-dentaire d'autant plus attentive.

Aucun résident ne présentait d'asialie, **la quantité de salive** est importante pour les trois-quarts des résidents (Figure 39), mais sa **qualité** est normale pour 86% des patients (Figure 40).

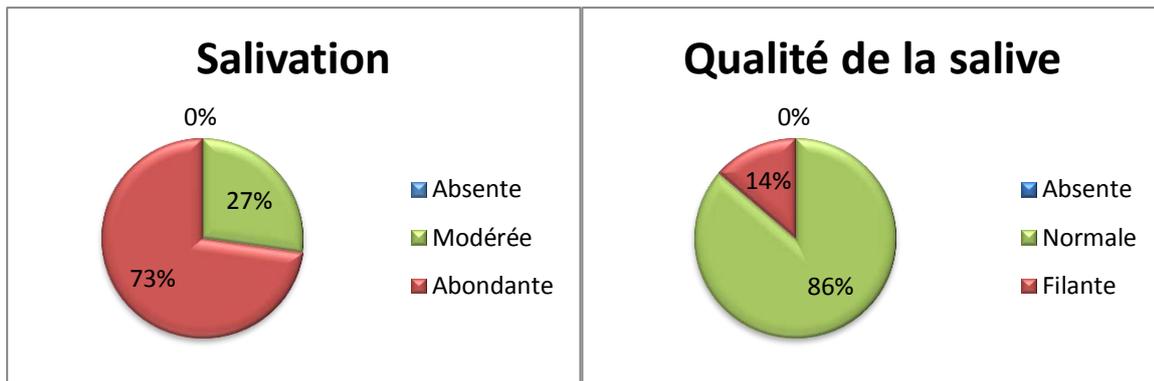


Figure 39 - Répartition des modes de salivation (n = 22) Figure 40 - Répartition de la qualité de la salive (n = 22)

La majorité des résidents ont plus de 24 **dents en bouche** (Figure 41) et conservent donc un bon pouvoir masticatoire : $m = 22 \pm 2$

25% des résidents ont plus de 10 dents extraites (Figure 41), alors qu'une étude serbe sur une population similaire en avait rapportées 52% (42).

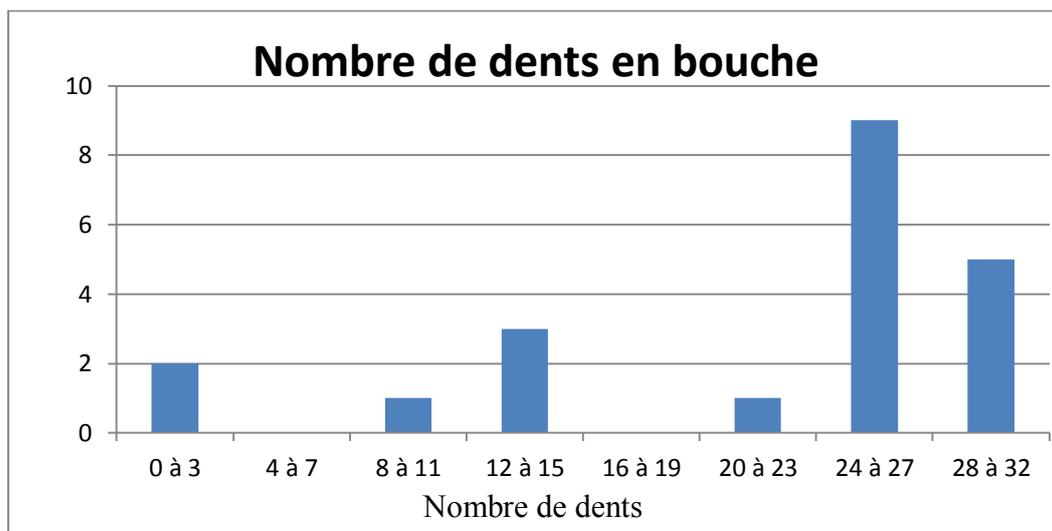


Figure 41 - Répartition des résidents suivant le nombre de dents en bouche (n = 20)

Peu d'**atteintes carieuses** sont observées ($m = 0.12 \pm 0.08$) (Figure 42) alors que l'étude serbe citée précédemment en rapportait 33% (42).

Les caries étaient de petite taille et asymptomatiques. Il s'agissait de sillons infiltrés et d'une fracture d'une dent pour un résident. Aucune ne justifiait une intervention urgente.

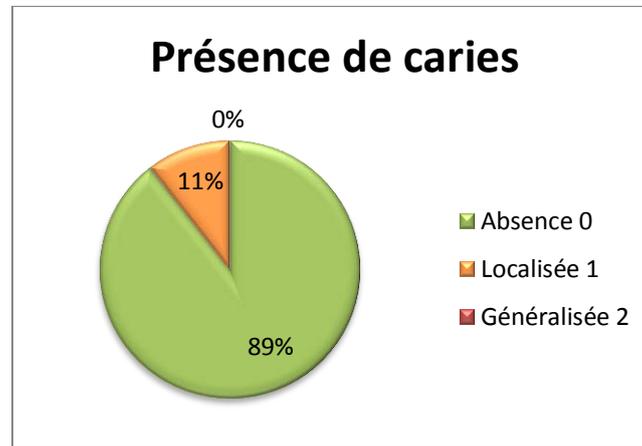


Figure 42 - Répartition de la présence de caries (n = 19)

Le tableau 4 résume les caractéristiques bucco-dentaires de notre population. La population de la MAS présente peu de caries et un nombre de dents en bouche plutôt encourageant.

Ainsi, la santé dentaire est satisfaisante. Elle est le reflet d'une alimentation adaptée, peu cariogène et de l'absence de grignotage. Ces habitudes alimentaires tempèrent l'effet de la plaque dentaire. Les trois facteurs indispensables pour l'activation du processus carieux selon KEYSES ne sont donc pas réunis (alimentation-hôte-bactéries).

Par contre, la plaque dentaire exerce un effet délétère sur la santé parodontale, sévèrement atteinte dans notre population.

De plus, certains facteurs comme une ventilation buccale, un traitement antiépileptique, une alimentation mixée ou la présence de tartre potentialisent les effets de la plaque dentaire sur le parodonte, favorisant son inflammation.

Caractéristiques générales	Population : 24 résidents Sexe : 9 hommes / 15 femmes Age : moyenne = 40 ans plus jeune résident = 25 ans plus vieux résident = 59 ans
Nombre de dents	moyenne = 22 deux résidents sont édentés
Caries	11%
Plaque dentaire	94%
Inflammation gingivale	83%
Tartre	63%
Ventilation anormale	83%
Epilepsie	46%
Alimentation adaptée	63%
Dépendance pour le brossage	100%
Coopération	

Tableau 4 - Principaux résultats de la consultation initiale

Tous les résidents sont dépendants pour le brossage des dents. Seuls trois d'entre eux sont capables de se brosser les dents mais ils nécessitent l'aide d'un soignant pour assurer un brossage efficace.

4.1.3. Résultats statistiques

Du fait d'une population relativement faible (n = 24) peu de résultats se sont montrés significatifs (p < 0.05).

Des corrélations ont été effectuées entre les différents paramètres évaluant l'état bucco-dentaire. Les résultats des corrélations sont indiqués dans le tableau 5, les résultats significatifs sont en caractères gras :

Pathologies / Facteurs	Récession gingivales	Inflammation gingivale	Gravité de l'inflammation	Caries	Halitose
Plaque dentaire	R= 0.427 P = 0.0686	R = 0.651 P = 0.001	R = 0.611 P = 0.0025	R = 0.139 P = 0.5818	R = 0.0519 P = 0.519
Tartre	R = 0.733 P = 0.0004	R = 0.082 P = 0.7385	R = 0.199 P = 0.4152		
Halitose	R = 0.442 P = 0.0019				

Tableau 5 - Résultats des corrélations effectuées entre les différents paramètres permettant d'évaluer l'état bucco-dentaire

Nous obtenons une corrélation positive entre la plaque dentaire et les inflammations gingivales ($p < 0.001$) et la gravité de ces inflammations ($p < 0.005$), dans le sens que plus la quantité de plaque est importante, plus l'inflammation gingivale est présente et plus la gravité de l'inflammation est sévère. Ce résultat est évident puisque la plaque dentaire est le facteur principal de l'inflammation parodontale.

Un lien n'est pas démontré pour le tartre qui pourtant correspond à une plaque dentaire minéralisée. Celui-ci par contre est corréllé positivement avec les récessions gingivales ($p < 0.001$). Plus la quantité de tartre est importante et plus les récessions gingivales sont présentes. Par conséquent le tartre altère également le parodonte mais différemment de la plaque dentaire.

Une dernière corrélation positive a été obtenue entre la présence d'halitose et la présence de récessions gingivales ($p < 0.005$) où le degré d'halitose est proportionnel au nombre de récessions gingivales. Ces dernières favorisent la formation de poches parodontales et par conséquent la rétention de débris alimentaires impossibles à éliminer avec un brossage simple des dents.

4.2. Organisation des soins d'hygiène

Suite aux examens cliniques, nous avons réalisé un brossage des dents pour chaque résident afin d'en évaluer la faisabilité et l'efficacité. Tous les résidents ont reçu une brosse à dents à poils extra-souples lors de l'examen (modèle Inava® sensibilité 15/100^e).

Nous avons respecté l'usage habituel du matériel, brosse à dents électrique pour certains (N=1), brosse à dent manuel pour les autres (N=21) et lavage des muqueuses à l'aide de compresses humidifiées pour les personnes édentées (N=2).

Une fiche détaillant un protocole de prise en charge personnalisée a été remise au personnel infirmier. Ce document est disponible en annexe 5 et précise si besoin :

- la nécessité d'un brossage plus fréquent
- les secteurs dentaires à privilégier lors du brossage
- une prise en charge particulière pour les soins d'hygiène (usage de compresses, brossage en position couchée ou lors de la toilette)
- l'utilité d'une brosse à dents à poils plus souples avant le soin.
- le besoin d'un détartrage et/ou d'antibiothérapie
- la nécessité de soins d'urgence en milieu hospitalier

Dans un second temps, les détartrages nécessaires ont été réalisés :

- à la MAS de Vic-sur-Seille. Chaque résident nécessitant un détartrage a été pris en charge individuellement sur place dans une salle de bain commune, grâce à des détartrateurs manuels de type CK6 et des compresses stériles,

- en cabinet dentaire au CHRU de Nancy-Brabois lorsque le tartre était trop difficile à éliminer au CK6.

Un comprimé d'Atarax® 50mg a été administré aux patients nécessitant une prémédication. Des gants et une lampe de poche ont été utilisés lors de ces interventions.

4.3. Sensibilisation et formation du personnel

Une sensibilisation et une formation du personnel sur le thème de la santé orale a été réalisé.

Une formation du personnel soignants a été réalisée le 18 janvier 2013 afin d'enseigner les bases de l'hygiène dentaire et l'identification de quelques pathologies buccales. Deux groupes ont été formés, l'équipe du matin, puis l'équipe de l'après midi. Cette sensibilisation a été dispensée sous forme d'une présentation interactive d'une vingtaine de minutes à l'aide de diaporamas.

Ces supports visuels, ont permis d'aborder :

- le matériel d'hygiène bucco-dentaire et son entretien
- la technique et les critères de brossage
- le risque cariogène des différents aliments et boissons
- la reconnaissance d'une bouche propre et d'une bouche sale
- les risques provoqués par un manque ou une mauvaise hygiène
- la détection des principales pathologies orales (plaque dentaire, tartre, caries, parodontopathies, traumatismes, lésions buccales)
- un quizz afin d'évaluer les connaissances avant et après cette formation

Suite à cette partie théorique, des travaux pratiques ont été réalisés afin de mettre en application les techniques et les positions de brossage.

La méthode de brossage a été développée (Figure 43) :

- réaliser des mouvements circulaires afin de « chasser » la plaque dentaire
- bien descendre dans les vestibules afin de brosser les collets de dents
- procéder selon un ordre donné (secteur par secteur) afin de n'oublier aucune dent et aucune face
- ne pas s'arrêter lorsqu'il y a saignement
- ne pas exercer une pression trop forte sur les tissus, ce qui pourrait être douloureux pour le résident
- favoriser les faces vestibulaires pour les résidents non-coopérant
- rincer la bouche à l'aide de compresses humidifiées si le résident ne peut pas cracher

Existe-t-il une technique ?

Faire des ronds avec la brosse à dents

- ① Face vestibulaires = face qui sourie
- ② Face occlusales = face qui mange
- ③ Face palatine ou linguale = face qui flirte avec la langue

4 secteurs :

- 1 (haut à droite)
- 2 (haut à gauche)
- 3 (bas à droite)
- 4 (bas à gauche)

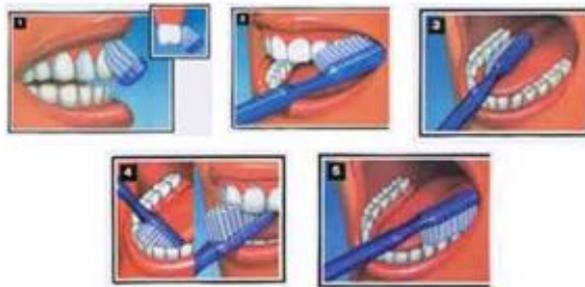


Figure 43 - Exemple de diapositive utilisée lors de la sensibilisation

Il est conseillé de brosser les dents des résidents dans une salle de bain, devant un miroir. Le fait de se voir et de voir ce que fait l'aidant peut être bénéfique et améliorer la coopération. Le résident doit se sentir concerné par ce qui lui arrive et il doit se rendre compte que même si c'est un geste intrusif cette action va lui procurer une certaine satisfaction d'avoir pu y participer et une sensation de propreté.

Il est important de parler au résident. La verbalisation du geste lui évite d'être surpris par l'acte de brossage. Il faut toujours le solliciter et l'encourager.

La nécessité d'un brossage deux fois par jour, et la prise de conscience de l'importance de l'hygiène ont été soulignés. Le brossage est un acte technique, l'aidant doit réaliser qu'il effectue un acte de soin.

La bonne position du soignant a été montrée au personnel : pour une personne en fauteuil roulant ou assise sur une chaise, il est préférable de se placer derrière le résident et de caler sa tête avec le bras tout en maintenant le menton avec la main qui ne brosse pas (Figure 44).

Il est préférable d'orienter la tête du résident vers l'avant pour éviter l'engorgement des voies aéro-digestives et diminuer les risques de fausses-routes.

Il est important de rincer la brosse à dents après chaque brossage et de la sécher avant de la ranger dans sa boîte.



Figure 44 - Position de brossage des dents au fauteuil

La possibilité d'un brossage alité ou lors de la toilette au charriot de douche a aussi été évoquée pour certains résidents opposants.

4.4. Deuxième et troisième évaluations à moyen terme

Lors de la seconde évaluation, trois mois plus tard, seul les indices de plaque dentaire ont été relevés, le but de cette évaluation étant de mesurer l'amélioration de l'hygiène. Les indices ont été notés par la même personne et de la même manière.

Nous avons vu une amélioration de l'indice de plaque chez huit résidents. La majorité de ces améliorations sont modestes, passant d'un stade généralisé à modéré. Pourtant deux résidents ayant un indice de plaque important à l'examen initial ont présenté des bouches propres à cette deuxième évaluation.

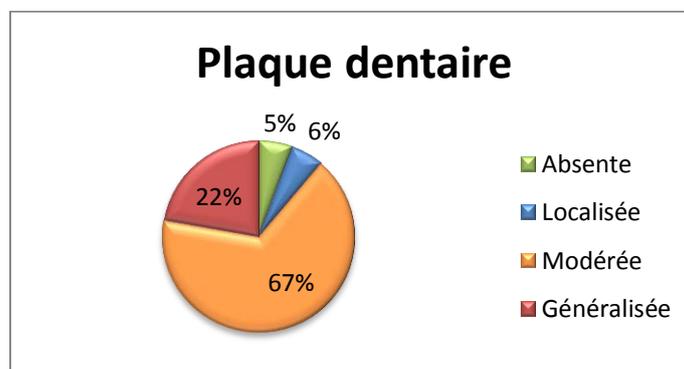


Figure 45 - Répartition de la présence de plaque dentaire lors de la seconde évaluation

Suite à ce constat nous avons décidé de montrer individuellement la technique de brossage aux soignants. Ainsi chacun d'entre eux a effectué un brossage sur un résident puis a été personnellement corrigé et conseillé. En particulier nous avons insisté sur le fait de descendre dans le vestibule afin de bien brosser les collets et d'insister sur les faces vestibulaires des incisives et des molaires.

Un mois après la seconde évaluation, nous avons réalisé un contrôle de plaque pour vérifier l'hygiène dentaire et évaluer les progrès du personnel soignant.

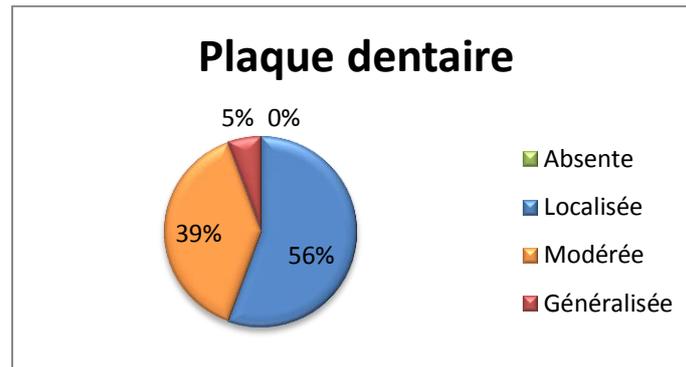


Figure 46 - Répartition de la présence de plaque dentaire lors de la troisième évaluation

Evaluations	Moyennes et écarts-types
Première	2,28 ± 0.21
Seconde	2,06 ± 0.17
Troisième	1.37 ± 0.12

**

Tableau 6 - Moyennes des indices de plaque en fonction des évaluations

** p < 0,01 ; *** p < 0,001 (test de Fisher)

Nous observons une amélioration des indices de plaque en fonction du temps ($F_{(2,49)} = 6,88$; $p < 0,01$, ANOVA). Les différences significatives que nous obtenons au niveau des indices de plaque moyens entre l'évaluation initiale et l'évaluation à 4 mois d'une part ($p < 0,001$), et celle entre les deux évaluations à 3 et 4 mois d'autre part ($p < 0,01$), prouvent l'impact de notre action, la motivation de l'équipe soignante et la nécessité d'un accompagnement régulier sur une durée d'un semestre.

Bilan

L'importance de la plaque dentaire et de l'inflammation gingivale chez les résidents de la MAS signe un manque d'hygiène. L'absence de soins conservateurs et les édentements montrent que la prise en charge des soins dentaires peut encore être améliorée.

L'amélioration de l'hygiène orale obtenue quatre mois après la mise en place de l'hygiène est encourageante. Elle est encore modeste mais indique que les habitudes ont été modifiées et que l'équipe est motivée.

Notre intervention auprès des résidents de la MAS de Vic-sur-Seille nous a permis de mieux cerner les besoins pour une meilleure prise en charge bucco-dentaire des patients polyhandicapés.

Le personnel de la MAS s'est rendu compte de l'importance de la santé bucco-dentaire et des conséquences qu'une mauvaise hygiène orale pouvait engendrer.

Suite à notre venue, les brossages de dents sont devenus plus réguliers et plus fréquents, mais le brossage quotidien du soir n'est pas encore systématique. Toutefois les résultats rapidement visibles de diminution de saignements ont motivé l'équipe soignante.

L'hygiène bucco-dentaire est très difficile à mettre en œuvre auprès des personnes polyhandicapées. Le brossage des dents d'autrui, et de surcroît d'une personne handicapée, est une technique qui doit être apprise et effectuée deux fois par jour pour être efficace. Les travaux pratiques individuels se sont révélés plus efficaces que les cours en groupe.

Il serait bénéfique pour la structure que des chirurgiens-dentistes, ou des étudiants en Odontologie, viennent régulièrement aider l'équipe à :

- réaliser les soins d'hygiène bucco-dentaire
- détecter les lésions dentaires, parodontales et/ou des muqueuses
- prodiguer les soins de détartrage régulièrement
- organiser les soins en lien avec un service de soins spécialisé pour un suivi à plus long terme.

Ces actions motiveraient d'autant plus le personnel soignant à assurer une de l'hygiène bucco-dentaire de qualité.

DISCUSSION

L'admission du résident dans l'établissement doit être l'occasion d'un dépistage systématique réalisé par un chirurgien-dentiste afin d'établir un bilan bucco-dentaire complet. Une connaissance du dossier médical : antécédents, pathologies, traitements, sera utile pour apprécier la situation du patient et mettre en place le protocole de prévention et de soins adapté en accord avec l'ensemble de l'équipe médicale.

Les manifestations cliniques liées au polyhandicap imposent au praticien une approche particulière du patient. Il doit connaître ses spécificités médicales et savoir s'adapter aux besoins de la personne polyhandicapée.

Les caractéristiques bucco-dentaires de la personne polyhandicapée sont les conséquences des troubles généraux qu'elles présentent fréquemment.

C'est une population à haut risque, dont l'accumulation des troubles psychomoteurs et comportementaux, des pathologies médicales et chirurgicales, modifient les modalités de prise en charge et la prévalence des pathologies bucco-dentaires.

Les personnes polyhandicapées sont des patients à besoins spécifiques.

Ils doivent dans leur demande de soins, explicite ou non, être écoutés et entendus, c'est au praticien d'adapter sa pratique afin de prendre en charge ces patients de manière optimale.

Du fait du déficit de communication et du retard de prise en charge, les pathologies orales s'exacerbent. Les infections aboutissent à des édentements non compensés qui induisent des dysfonctionnements de la mastication et de la déglutition. Il s'ensuit des problèmes de digestion, puis des fausses-routes, qui rendent le patient encore plus vulnérable.

L'hygiène buccale n'est pas prioritaire en établissement spécialisé et la question de la santé orale est largement sous-estimée. Ces constats sont à mettre en regard avec le niveau d'éducation de la santé bucco-dentaire des personnels encadrants et éducatifs qui, selon le rapport en 2010 de la mission handicap et santé bucco-dentaire du Secrétariat d'état chargé de la Famille et de la Solidarité, demeure très faible (106).

L'accessibilité aux soins reste encore un problème majeur pour les personnes polyhandicapées, même si la loi de 2005 va dans le sens d'une adaptation des structures recevant ces patients, une amélioration de l'accessibilité à l'information doit être renforcée. Le concept de santé orale doit être développé autant en direction des personnes handicapées et de leur entourage familial, que vers les structures et les professionnels qui les accueillent. Pour cela, la coopération entre les professionnels de santé et les institutions s'occupant des personnes handicapées est indispensable.

La définition et la budgétisation d'un cadre administratif adapté aux besoins et aux revenus des personnes handicapées doit être envisagée pour permettre à tous l'accès aux soins.

Une politique de prévention active et une prise en charge précoce de la santé bucco-dentaire peut améliorer la qualité de vie des patients polyhandicapés, réduire le risque de pathologies générales d'origine buccale et réaliser une économie dans le coût de la prise en charge des soins.

Un complément dans la formation du chirurgien dentiste et une nomenclature adaptée aux conditions de prise en charge personnalisée, permettrait d'augmenter le nombre des patients handicapés pouvant être soignés dans le cadre de l'exercice libéral.

La multiplication des services spécialisés dotés d'équipes de soins multidisciplinaires complémentaires permettrait de répondre aux besoins de soins dentaires des patients les moins coopérants.

Les techniques non pharmacologiques, les sédations et les anesthésies générales doivent être considérées comme des procédures complémentaires et sont toutes nécessaires pour l'accès aux soins dentaires des patients opposants. Avant tout, le recours à ces différentes techniques doit être organisé pour pouvoir proposer un plan de traitement compatible avec le projet de vie de la personne.

Les réseaux de santé sont une alternative possible pour répondre de façon efficace aux besoins spécifiques de cette population.

Les données sur les pathologies bucco-dentaires des personnes polyhandicapées sont divisées et incomplètes. Elles sont souvent recueillies sur des effectifs faibles de populations souffrant du même handicap, et sont réalisées grâce à des initiatives locales. En France, la recherche sur le handicap est en retard par rapport à certains pays (10), peu de données sont disponibles sur l'état bucco-dentaire des personnes polyhandicapées. Des études épidémiologiques nationales seraient nécessaires ainsi que le développement de la pluridisciplinarité dans ce domaine.

CONCLUSION

Ce travail a eu pour ambition de participer aux actions de l'équipe de soins qui se dévoue auprès de cette population vulnérable pour améliorer le quotidien et la qualité de vie des résidents.

Notre action à la MAS de Vic-sur-Seille nous a permis d'effectuer une étude clinique basée sur un programme de soins préventifs et curatifs, et de tester l'amélioration de la santé bucco-dentaire.

Cette étude nous a permis de souligner les facteurs limitant l'accès aux soins bucco-dentaires et de contribuer à apporter les quelques réponses en termes de prévention et de soins développés dans ce travail.

On doit considérer aujourd'hui que c'est l'environnement non adapté qui crée le handicap et que c'est de la responsabilité de la société de permettre à la personne handicapée de bénéficier d'une qualité d'hygiène et de soins dentaires optimale.

Les principaux défis pour l'avenir seraient de traduire les connaissances en matière de prévention en programmes d'actions généralisés dans tous les établissements d'accueil pour personnes polyhandicapées et d'y intégrer l'éducation thérapeutique du patient.

Bibliographie

1. **Cochet, A.** *Création d'un SESSAD pour personnes polyhandicapées : du diagnostic à la mise en oeuvre.* 103p : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes : 2007.
2. **Rabischong, P.** *Le handicap.* Paris : Presse universitaire de France, 2012. 107p.
3. **Hamonet, C.** *Les personnes en situation de handicap.* s.l. : Presse Universitaire Française, 2012.
4. **Stiker H.J.** *Corps infirmes et sociétés : Essais d'anthropologie historique.* Paris : Dunod, 2005. 253p..
5. **Académie de Lyon.** [En ligne] [Citation : 19 12 2012.] http://www2.ac-lyon.fr/etab/ien/rhone/st_priest/spip/IMG/pdf/Historique.pdf.
6. **Colin C., Kerjosse R.** *Vie publique.* [En ligne] 2001. [Citation : 20 12 2012.] <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/serieetud16.pdf>.
7. **OMS.** Handicap et santé. [En ligne] 2012. [Citation : 21 12 2012.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>.
8. **Legifrance.** LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. [En ligne] 2005. [Citation : 05 01 2013.] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>.
9. **Brouard C.** Le handicap en chiffre. *CTNERHI.* [En ligne] 2004. [Citation : 06 01 2013.] http://www.ctnerhi.com.fr/fichiers/ouvrages/handicap_chiffres_2004.pdf.
10. **Folliguet, M.** *Rapport Handicap - La santé bucco-dentaire des personnes handicapées.* Paris : Direction générale de la santé SD2B, 2006. 51p.
11. **UNAPEI.** La personne handicapée, à la fois ordinaire et singulière. <http://www.unapei.org>. [En ligne] [Citation : 20 02 2013.] <http://www.unapei.org/Le-handicap-mental-sa-definition.html>.
12. **APF.** *Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés.* Paris : Association des paralysés de France 1996. 505p.
13. **Delcey M.** *Déficiences motrices et situations de handicaps.* Paris : APF, 2002. 17p.
14. **Juzeau , D.** *Vivre et grandir polyhandicapé.* Paris : Dunod, 2010. 236p.
15. **GPF.** Groupe polyhandicap France. [En ligne] [Citation : 05 01 2013.] <http://www.gpf.asso.fr/?content=staticcontent/display&page=59>.

16. **Maudinet, M.** *Classification internationale des handicaps et santé mentale*. Paris : CTNERHI, 2001. 126p.
17. **Chronisanté.** [En ligne] [Citation : 12 01 2013.] http://chronisante.inist.fr/IMG/png/CIF-001_grand.png.
18. **OMS.** *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Lyon : CTNERHI, 2008. 368p.
19. **Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté.** *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. s.l. : Réseau international sur le processus de production, 1998. 24p.
20. **Sciencedirect.** [En ligne] [Citation : 2013 02 13.] <http://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S0242648X09000024-gr1.jpg>.
21. **Mainguené A.** Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. Résultats provisoires de l'enquête ES 2006. *DRESS*. [En ligne] 2008. [Citation : 01 02 2013.] <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er641.pdf>.
22. **Service-public.** Maison d'accueil spécialisée (Mas) pour personnes handicapées. [En ligne] 2013. [Citation : 18 03 2013.] <http://vosdroits.service-public.fr/F2006.xhtml#N100B6>.
23. **Bacot-Berthelot, L.** *Handicap Le guide pratique*. Issy-les-Moulineaux : Prat, 2012. 456p.
24. **Journal Officiel.** *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées*. 2005.
25. **Collinet P, Thibault F.** Les bénéficiaires en emploi de l'allocation aux adultes handicapés. [En ligne] 2012. [Citation : 12 01 2013.] http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/125_essentiel_-_aah_en_emploi.pdf.
26. **Espagnacq M.** *Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012*. Paris : D.R.E.S.S., 2013. 6p.
27. **Bouvier G.** *Le volet Institution de l'enquête Handicap-Santé : Présentation, calcul des poids*. Paris : Insee, division Enquêtes et Etudes Démographiques, 2011. 29p.
28. **Ponsot G.** *Un congrès sur le polyhandicap en 2005. De qui parle-t-on ? Pourquoi en parle-t-on ?* Paris : CTNERHI, 2006. 307p.
29. **GPF.** Groupe Polyhandicap France. *Bulletin*. 2006, Vol. 12, Janvier.
30. **DREES.** Présentation de l'enquête établissement sociaux ES. <http://www.drees.sante.gouv.fr>. [En ligne] 2010. [Citation : 14 02 2013.] <http://www.drees.sante.gouv.fr/etablissements-et-services-pour-adultes-handicapes-resultats-de-l-enquete-es-2006-et-series-chronologiques-1995-a-2006,5252.html>.

31. **Blanc P.** *Politique de compensation du handicap*. Paris: Commission des affaires sociales - Sénat, 2006. [En ligne] [Citation : 03 03 2013] <http://www.senat.fr>.
32. **Hennequin, M.** *Handicap et santé bucco-dentaire en Ile-de-France*. 2007. 3p.
33. **Godfroid B.** *La personne polyhandicapée son évaluation et son suivi*. Bruxelles : De Boeck, 2004. 106p.
34. **Motawaj M, Mathieu S, Brisse C, Ponsot G., Billete de Villemeur T.** Le décès des patients polyhandicapés : expérience du service de pédiatrie spécialisée pour polyhandicapés de La Roche Guyon. [En ligne] [Citation: 05 03 2013] <http://www.jpédiatrie.com>
35. **Garnier, Delamare.** *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Paris : Maloine, 2004. 1046p.
36. **Hennequin M.** Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses de trisomie 21. *Inf. Dent.* 2000; 28 (26):1951-63
37. **Sellier E, Uldall P, Calado E, Sigurdardottir S, Torrioli MG, Platt MJ, Cans C.** Epilepsy and cerebral palsy: characteristics and trends in children born in 1976-1998. *Eur J Paediatr Neurol.* 2012; 16 (1) : 48-55.
38. **Ponsot G.** *Épilepsie chez l'enfant*. s.l. : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 2006.
39. **Pernes, P.** *Douleur et souffrance dans les situations de handicap. De l'évaluation à l'accompagnement de la personne*. Paris : 17èmes journées d'étude APF Formation UNESCO, 2004. 14p.
40. **British society for disability and oral health.** *Clinical Guidelines & Integrated Care Pathways for the Oral Health Care of People with Learning Disabilities*. Londres : s.n., 2012. 124p.
41. **Hennequin M, Collado V, Faulks D, Veyrone J.-L.** Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées. *Encycl. Med. Chir., Motricité cérébrale.* 2005; 25 (1) : 1-11.
42. **Savić-Stanković, M., Jovanović-Medojević et Z., Slavoljub T.,.** Dental Status of Institutionalized Persons with. [En ligne]
43. **Suri S, Tompson BD, Atenafu E.** Prevalence and patterns of permanent tooth agenesis in Down syndrome and their association with craniofacial morphology. *Angle Orthod.* 2011; 81 (2) : 260-69.
44. **Piette E, Goldberg M.** *La dent normale et pathologique*. Bruxelles, De Boeck, 2001. 392p.
45. **Rodrigues dos Santos MT, Masiero D, Novo NF, Simionato MR.** Oral conditions in children with cerebral palsy. *J Dent Child.* 2003; 70 (1) : 40-46.

46. **Alhammad NS, Wyne AH.** Caries experience and oral hygiene status of cerebral palsy children in Riyadh. *Odonto-stomatol Trop.* 2010; 33 (130) : 5-9.
47. **Grzić R, Bakarčić D, Prpić I, Jokić NI, Sasso A, Kovac Z, Lajnert V.** Dental health and dental care in children with cerebral palsy. *Coll Antropol.* 2011, Vol. 35, 3.
48. **Lavigne, G.** Le bruxisme: les questions... des réponses. *Quintessence int.* 2008, 7 (3).
49. **Peres AC, Ribeiro MO, Juliano Y, César MF, Santos RC.** Occurrence of bruxism in a sample of Brazilian children with cerebral palsy. *Spec Care Dentist.* 2007; 27 (2) : 73-76.
50. **Senez C., Benigni I.** *Etat des lieux sur les troubles de l'oralité, de l'alimentation et de la digestion pour les personnes ayant un handicap mental sévère.* 2007 [En ligne] [Citation : 10 03 2013] <http://www.reseaulucioles.org>.
51. **HAS.** *Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap.* Saint Denis La Plaine, 2008. 8p.
52. **Miamoto CB, Ramos-Jorge ML, Ferreira MC, Oliveira Md, Vieira-Andrade RG, Marques LS.** Dental trauma in individuals with severe cerebral palsy: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res.* 2011; 25 (4) : 319-323.
53. **Fleuron A., Serein F., Abécassis J.** Les conduites automutilatrices. *Revue francophone de la déficience intellectuelle.* 1995; 6 (1) 567-63.
54. **Armstrong D., Matt M.** Autoextraction in an autistic dental patient: a case report. *Spec Care Dentist.* 1999; 19 (2) : 72-74.
55. **Svatun B.** The provision of dental care for institutionalized mentally subnormal persons in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1974; 2 (4) : 155-160
56. **Gizani S, Declerck D, Vinckier F, Martens L, Marks L, Goffin G.** Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25 (5) : 352-357.
57. **Folliguet, M.** *Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées* . s.l. : Direction Générale de la Santé SD2B, 2006. 47p.
58. **Hennequin, M.** *Accès aux soins des personnes en situation de handicap: Accès aux soins bucco-dentaires.* Saint Denis La Plaine : HAS Audition publique, 2008. 69-93
59. **Locker D.** Oral health indicators and determinants for population health surveys. *Community Dental Health Services Research Unit.* 2001.
60. **Rofidal T.** Les aspects médicaux de l'alimentation chez la personne handicapée. *Cesap asso.* [En ligne] 2004. [Citation : 2013 03 20.] http://www.cesap.asso.fr/3_formation_documentation_ressources/Docs%20PDF/Ress/Aspect_s_%20medicaux_alimentation_personnes_polyhandicapees_%20Th_Rofidal.pdf.

61. **Araújo LA, Silva LR, Mendes FA.** Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. *J Pediatr (Rio J)*. 2012, 88 (6) : 455-64.
62. **Emerson E., Baines S., Allerton L., Welch V.** *Health Inequalities & People with Learning Disabilities in the UK: 2011*. London : DEPARTMENT OF HEALTH, 2011.
63. **Böhmer CJ, Niezen-de Boer MC, Klinkenberg-Knol EC, Devillé WL, Nadorp JH, Meuwissen SG.** The prevalence of gastroesophageal reflux disease in institutionalized intellectually disabled individuals. *Am J Gastroenterol*. 1999; Vol. 94 (3) : 804-10.
64. **Medical actu,** [En ligne] [Citation : 20 04 2013.] <http://www.medical-actu.com/wp-content/uploads/2013/01/reflux.jpg>.
65. **Finkelstein DM, Crysdale WS.** Evaluation and management of the drooling patient. *J Otolaryngol*. 2012; 21 (6) : 414-8.
66. **Reid SM, McCutcheon J, Reddihough DS, Johnson H.** Prevalence and predictors of drooling in 7- to 14-year-old children with cerebral palsy: a population study. *Dev Med Child Neurol*. 2012, 54 (11) : 1032-6.
67. **Hegde AM, Pani SC.** Drooling of saliva in children with cerebral palsy-etiology, prevalence, and relationship to salivary flow rate in an Indian population. *Spec Care Dentist*. 2009, 29 (4) : 163-8.
68. **Scope.** Drooling and cerebral palsy. [En ligne] [Citation : 12 03 2013.] <http://www.scope.org.uk/help-and-information/cerebral-palsy/drooling-and-cerebral-palsy>.
69. **Muster D, Valfrey J, Kuntzmann H.** *Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie*. In : Encycl. méd. chir., stomatologie, 22-012F-10, 2005. 13p.
70. **Strazielle, C.** Les soins de bouche chez la personne âgée fragile ou dépendante. Nancy : Cours de la Faculté d'Odontologie de Nancy, 2012.
71. **Direction générale de la santé.** [sante-orale-et-autonomie.fr](http://www.sante-orale-et-autonomie.fr/). [En ligne] [Citation : 30 03 2013.] http://www.sante-orale-et-autonomie.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=5&lang=fr
72. **Hescot P, Moutarde A.** *Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire*. Secretariat d'état chargé de la Famille et de la Solidarité, 2010. 61p.
73. **Hennequin M, Faulks D, Roux D.** Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *J Dent*. 2000; 28 (2) : 131-6
74. **HAS.** *Accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Paris, 2008.
75. **Dupille, O.** *Institutions et projets de soins: Accès aux soins des personnes en situation de handicap Texte d'expert Tome 2*. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2008.

76. **Signalisation des handicaps.** [En ligne] [Citation : 2013 04 03.] <http://www.viescolaire.org/info/wp-content/uploads/2011/02/handicap.bmp>.
77. **Anesm.** *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles - Besoin en santé des personnes handicapées.* 2011. 20p.
78. **Ministère de la Santé et des Sports.** *Fiche pédagogique HPST - Coopération entre professionnels de santé.* 2010.
79. **Hennequin M, Tubert S.** Prise en charge des personnes handicapées par les chirurgiens dentistes du Puy de Dôme. *Inf Dent.* 1999; 38 : 2861-2877
80. **Allison PJ., Hennequin M., Faulks D.** Dentist-related barriers to treatment in a group of individuals with Down syndrome in France: implications for dental education. *J Dis Oral Health.* 2001; 2 (1) : 18-26.
81. **Domejean-Orliagut , S.** Les soins spécifiques en formation continue. *Inf Dent.* 2005; 21 : 1257-60.
82. **Handi-accès.** [En ligne] <http://www.handi-acces.org/site/index.php>.
83. **Handident.** [En ligne] [Citation : 21 04 2013.] <http://www.handident.com/>.
84. **Lunn H.D, Williams A.C.** The development of a toothbrushing programme at a school for children with moderate and severe learning difficulties. *Community Dent Health.* 1990; 7 (4) : 403-6.
85. **Faulks D, Hennequin M.** Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Spec Care Dent.* 2000; 20 (5)
86. **Christensen LB, Hede B, Petersen PE.** Public dental health care program for persons with disability. *Acta. Odontol. Scand.* 2005; 63 (5) : 278-83.
87. **Wårdh I, Sörensen S.** Development of an index to measure oral health care priority among nursing staff. *Gerodontology.* 2005, 22 (2) : 84-90.
88. **Mouradian WE, Corbin SB.** Addressing health disparities through dental-medical collaborations, part II. Cross-cutting themes in the care of special populations. *J Dent Educ.* 2003; 67 (12) : 1320-6.
89. **Gerard.** *Schéma régional d'organisation des soins en Lorraine, Volet Odontologie.* 2005.
90. **Chalmers JM, Hodge C, Fuss JM, Spencer AJ, Carter KD, Mathew R.** Opinions of dentists and directors of nursing concerning dental care provision for Adelaide nursing homes. *Aust Dent J.* 2001; 46 (4) : 277-283
91. **Gallagher JE, Fiske J.** Special Care Dentistry: a professional challenge. *Br Dent J.* 2007; 202 (10) : 619-29.

92. **Hallberg U, Klingberg G.** Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. *Eur J Oral Sci.* 2005; 103 (5) : 363-8.
93. **Paulsson G, Söderfeldt B, Nederfors T, Fridlund B.** The effect of an oral health education program after three years. *Spec. Care Dentist.* 2003; 23 (2) : 63-9.
94. **Almomani F, Brown C, Williams KB.** The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J.* 2006; 29 (4) : 274-281.
95. **Hausen, H.** Oral health promotion reduces plaque and gingival bleeding in the short term. *Evid. - Based Dent.* 2005; 6 (2) : 31.
96. **Watt, RG.** Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull W.H.O.* 2005; 83 (9) : 711-8.
97. **Glassman P, Miller CE.** Effect of preventive dentistry training program for caregivers in community facilities on caregiver and client behavior and client oral hygiene. *N Y State Dent J.* . 2006; 72 (2) : 36-46.
98. **Chalmers, JM.** Behavior management and communication strategies for dental professionals when caring for patients with dementia. *Spec Care Dentist.* 2000; 20 (4) : 147-54.
99. **Kvale G, Berggren U, Milgrom P.** Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004; 32 (4) : 250-64.
100. **Radovich F, Clarich G, Vecchi R.** The evaluation of anxiety and the analysis of pain perception in Down's syndrome patients undergoing dental procedures. *Minerva Stomatol.* 1991; 40 (11) : 701-9.
101. **UNAPEI.** *la santé de la personne handicapée mentale Volume 1 : les dents, prévention et soins.* Paris : UNAPEI, 2001. 21p.
102. **Collado V, Hennequin M, Faulks D, Mazille MN, Nicolas E, Koscielny S, Onody P.** Modification of behavior with 50% nitrous oxide/oxygen conscious sedation over repeated visits for dental treatment a 3-year prospective study. *J Clin Psychopharmacol.* 2006; 26 (5) : 474-81.
103. **Willumsen T, Vassend O, Hoffart A.** One-year follow-up of patients treated for dental fear: effects of cognitive therapy, applied relaxation, and nitrous oxide sedation. *Acta Odontol Scand.* 2001; 59 (6) : 335-40.
104. **Faulks D, Hennequin M, Albecker-Grappe S, Manière MC, Tardieu C, Berthet A, Wolikow M, Droz D, Koscielny S, Onody P.** Sedation with 50% nitrous oxide/oxygen for outpatient dental treatment in individuals with intellectual disability. *Dev Med Child Neurol.* 2007; 49 (8) : 621-5.
105. **HAS.** Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie. 2005.

106. **Hescot P, Moutarde A.** *Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire.* Secretaria d'état chargé de la Famille et de la Solidarité, 2010.
107. **Raphaël J.-C et al.** Handicap : des avancées indéniables, des obstacles persistants. *Rev Prat.* 2009; 59 (8) : 1063-1103.
108. **Brisse C, Camberlein P.** Pour une approche globale des soins auprès des personnes polyhandicapées. *Rev Infirm.* 2010; 59 (166) : 14-16.
109. **Vaysse, F.** *Protocoles de Soins Bucco-Dentaires chez les patients présentant un handicap.* 2013. 32p. [En ligne] [Citation 12 03 2013] <http://www.handident-midi-pyrénées.com>
110. **Denutrition-polyhandicap-enfant.** [En ligne] [Citation : 2013 04 20.] http://www.denutrition-polyhandicap-enfant.com/images/poly_08.jpg.

Listes des annexes

Annexe 1 : La grille douleur enfant de San salvador (DESS)

Echelle Douleur Enfant San Salvador - Grille d'évaluation

Nom _____ Prénom _____ Date _____

En cas de douleur, utiliser la grille et coter selon le schéma suivant :

Manifestations habituelles : 0 - Modification douteuse: 1 - Modification présente: 2 - Modification importante: 3 - Modification extrême: 4

La cotation est établie de façon rétrospective sur 8 heures.

En cas de variation durant cette période, tenir compte de l'intensité maximum des signes.

Lorsqu'un item est dépourvu de signification pour le patient étudié, il est coté au niveau 0.

HEURES

ITEM 1	Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes)	- Se manifeste comme d'habitude	0	0	0
		- Semble se manifester plus que d'habitude	1	1	1
		- Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux	2	2	2
		- Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels	3	3	3
		- Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)	4	4	4
ITEM 2	Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (l'effleurant, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense)	- Réaction habituelle	0	0	0
		- Semble réagir de façon inhabituelle	1	1	1
		- Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel	2	2	2
		- Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement	3	3	3
		- Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs	4	4	4
ITEM 3	Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux)	- Se manifeste comme d'habitude	0	0	0
		- Facies inquiet inhabituel	1	1	1
		- Mimique douloureuse lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux	2	2	2
		- Mimique douloureuse spontanée	3	3	3
		- Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)	4	4	4
ITEM 4	Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact)	- Réaction habituelle	0	0	0
		- Semble redouter le contact d'une zone particulière	1	1	1
		- Protège une région précise de son corps	2	2	2
		- Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement	3	3	3
		- Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs	4	4	4

Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs

ITEM 5	Gémissements ou pleurs silencieux (gémis au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente)	- Se manifeste comme d'habitude	0	0	0
		- Semble plus geignard que d'habitude	1	1	1
		- Gémis de façon inhabituelle	2	2	2
		- Gémissements avec mimique douloureuse	3	3	3
		- Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs	4	4	4
ITEM 6	Intérêt pour l'environnement & l'intérêt spontanément à l'animation ou aux objets qui l'environnent)	- Se manifeste comme d'habitude	0	0	0
		- Semble moins intéressé que d'habitude	1	1	1
		- Baisse de l'intérêt, doit être sollicité	2	2	2
		- Désintérêt total, ne réagit pas aux sollicitations	3	3	3
		- Etat de prostration tout à fait inhabituel	4	4	4

Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour l'environnement

ITEM 7	Accentuation des troubles du tonus (augmentation des raideurs, des trémulations, spasmes en hyperextension...)	- Manifestations habituelles	0	0	0
		- Semble plus raide que d'habitude	1	1	1
		- Accentuation des raideurs lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux	2	2	2
		- Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse	3	3	3
		- Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4

Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour l'environnement

ITEM 8	Capacité à interagir avec l'adulte (communiquer par le regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité)	- Se manifeste comme d'habitude	0	0	0
		- Semble moins impliqué dans la relation	1	1	1
		- Difficultés inhabituelles pour établir un contact	2	2	2
		- Refus inhabituel de tout contact	3	3	3
		- Retrait inhabituel dans une indifférence totale	4	4	4

Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucune possibilité de communication

ITEM 9	Accentuation des mouvements spontanés (motricité volontaire ou non, coordonnée ou non, mouvements choréiques, athétosiques, au niveau des membres ou de l'étage céphalique...)	- Manifestations habituelles	0	0	0
		- Recrudescence possible des mouvements spontanés	1	1	1
		- Etat d'agitation inhabituel	2	2	2
		- Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3	3	3
		- Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4

ITEM 10	Attitude antalgique spontanée (recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager ou repérée par le soignant)	- Position de confort habituelle	0	0	0
		- Semble moins à l'aise dans cette posture	1	1	1
		- Certaines postures ne sont plus tolérées	2	2	2
		- Soulage par une posture inhabituelle	3	3	3
		- Aucune posture ne semble soulager	4	4	4

Le total de la cotation est sur 40. A partir de 2, il y a un doute. A partir de 6, la douleur est certaine. SCORE

--	--	--

Echelle Douleur Enfant San Salvador - Dossier de base

Nom _____ Prénom _____ Date _____

Cette rubrique doit être remplie pour chaque patient, en dehors de tout phénomène douloureux

- 1 L'enfant crie-t-il de façon habituelle ? Si oui, dans quelles circonstances
.....
Pleure-t-il parfois ? Si oui, pour quelles raisons ?
.....
- 2 Existe-t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manipule ? Si oui, lesquelles (*sursaut, accès tonique, tremulations, agitation, évitement*) ?
.....
- 3 L'enfant est-il habituellement souriant ?
Son visage est-il expressif ?
- 4 Est-il capable de se protéger avec les mains ? Si oui, a-t-il tendance à le faire lorsqu'on le touche ?
.....
- 5 S'exprime-t-il par des gémissements ? Si oui, dans quelles circonstances ?
.....
- 6 S'intéresse-t-il à l'environnement ? Si oui, le fait-il spontanément ou doit-il être sollicité ?
.....
- 7 Ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ? Si oui, dans quelles circonstances ? (*donner des exemples*)
.....
- 8 Est-ce qu'il communique avec l'adulte ? Si oui, recherche-t-il le contact ou faut-il le solliciter ?
.....
- 9 A-t-il une motricité spontanée ? Si oui, s'agit-il de mouvements volontaires, de mouvements incoordonnés, d'un syndrome choréoathétosique ou de mouvements réflexes ?
.....
Si oui, s'agit-il de mouvements occasionnels ou d'une agitation incessante ?
.....
- 10 Quelle est sa position de confort habituelle ?
.....
Est-ce qu'il tolère bien la posture assise ?
.....

Annexe 2 : Non-communicating Children's Pain Checklist Revised

Non-communicating Children's Pain Checklist – Revised (NCCPC-R)

NAME _____	UNIT/PTR.# _____	DATE _____ (Month/yr)
CLINIC/LEVEL: _____	START TIME: _____ AM/PM	STOP TIME: _____ AM/PM

How often has this child shown these behaviors in the last 2 hours? Please circle a number for each item. If an item does not apply to this child (for example, this child does not eat solid food or cannot reach with his/her hands), then indicate "not applicable" for that item.

0 = NOT AT ALL 1 = JUST A LITTLE 2 = FAIRLY OFTEN 3 = VERY OFTEN NA = NOT APPLICABLE

I. Vocal

1. Moaning, whining, whimping (fairly soft).....	0	1	2	3	NA
2. Crying (moderately loud).....	0	1	2	3	NA
3. Screaming/yelling (very loud).....	0	1	2	3	NA
4. A specific sound in vocal pain (e.g., a wail, cry or type of loud)	0	1	2	3	NA

II. Social

5. Not cooperating, cranky, irritable, unhappy.....	0	1	2	3	NA
6. Less interaction with others, withdrawn.....	0	1	2	3	NA
7. Seeking comfort or physical closeness.....	0	1	2	3	NA
8. Being difficult to distract, not able to console or pacify.....	0	1	2	3	NA

III. Facial

9. A furrowed brow.....	0	1	2	3	NA
10. A change in eyes: including squinting of eyes, eyes opened wide, eyes narrowing.....	0	1	2	3	NA
11. Frowning down at mouth, not smiling.....	0	1	2	3	NA
12. Lips puckering up tight, pursing, or quivering.....	0	1	2	3	NA
13. Clenching or grinding teeth, chewing or turning tongue out.....	0	1	2	3	NA

IV. Activity

14. Not moving, less active, quiet.....	0	1	2	3	NA
15. Ramping around, agitated, fidgety.....	0	1	2	3	NA

V. Reflex and Tics

16. Floppy.....	0	1	2	3	NA
17. Stiff, erratic, tense, rigid.....	0	1	2	3	NA
18. Grasping or touching part of the body that hurts.....	0	1	2	3	NA
19. Protesting, flailing or guarding part of the body that hurts.....	0	1	2	3	NA
20. Flinching or moving the body part away, being sensitive to touch.....	0	1	2	3	NA
21. Moving the body in a specific way in some pain (e.g. head back, arms down, curls up, etc.).....	0	1	2	3	NA

VI. Physiological

22. Sweating.....	0	1	2	3	NA
23. Change in color, pallor.....	0	1	2	3	NA
24. Sweating, perspiring.....	0	1	2	3	NA
25. Tense.....	0	1	2	3	NA
26. Sharp intake of breath, gasping.....	0	1	2	3	NA
27. Breath-holding.....	0	1	2	3	NA

VII. Eating/Sleeping

28. Eating less, not interested in food.....	0	1	2	3	NA
29. Increase in sleep.....	0	1	2	3	NA
30. Decrease in sleep.....	0	1	2	3	NA

SCORE SUMMARY:

Category	I	II	III	IV	V	VI	VII	TOTAL
Score:								

Version 01 2004 © 2004 Lynn Hazan, Patrick McGrath, Allen Finley, Carol Canfield

Annexe 3 : L'échelle d'évaluation de l'expression de la douleur chez l'adolescent ou adulte polyhandicapé (EDAAP)



**EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR
CHEZ L'ADOLESCENT OU ADULTE POLYHANDICAPÉ
(EDAAP)**

NOM

Prénom :

Pavillon :

		Date		
		Mois	Jour	Année
RETENTISSEMENT SOMATIQUE				
PLAINTES SOMATIQUES	1. Emissions vocales (langage rudimentaire) et/ou pleurs et/ou cris : Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels ou absence habituelle...	0	0	0
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels inhabituels ou apparition de pleurs et/ou cris...	1	1	1
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris provoqués par les manipulations...	2	2	2
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris spontanés tout à fait inhabituels...	3	3	3
	Em. Voc. et/ou mêmes signes avec manifestations neurovégétatives	4	4	4
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	2. Attitude antalgique pas d'attitude antalgique	0	0	0
	Recherche d'une position antalgique	1	1	1
	Attitude antalgique spontanée	2	2	2
	Attitude antalgique déterminée par le soignant	3	3	3
	Oublié(e) par sa douleur	4	4	4
IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	3. Zone douloureuse Aucune zone douloureuse	0	0	0
	Zone sensible localisée lors des soins (visage, pieds, mains, ventre...) mentionner :	1	1	1
	Zone douloureuse révélée par la palpation	2	2	2
	Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen	3	3	3
	Zone douloureuse désignée de façon spontanée	4	4	4
	Formes impossibles du fait de la douleur	5	5	5
SOMMEIL	4. Troubles du sommeil :			
	Sommeil habituel	0	0	0
	Sommeil agité	1	1	1
	Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne) perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil)	2	2	2
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL				
TONUS	5. Tonus			
	Tonus normal, hypotonique, hypertonique	0	0	0
	Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	1	1	1
	Accentuation spontanée du tonus au repos	2	2	2
	Mêmes signes que 3 avec mimique douloureuse	3	3	3
Mêmes signes que 2 avec cris et pleurs	4	4	4	

	6. Mimique douloureuse, expression du visage traduisant la douleur :			
	Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle	0	0	0
	Facès détendu ou facès inquiet habituel	0	0	0
MIMIQUE	Facès inquiet inhabituel	1	1	1
	Mimique douloureuse lors des manipulations	2	2	2
	Mimique douloureuse spontanée	3	3	3
	Même signe que 1 - 2 - 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4	4	4
	7. Observation des mouvements spontanés (volontaires ou non, coordonnés ou non) :			
	Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle	0	0	0
	Peu de capacité à s'exprimer et/ou à agir de manière habituelle	0	0	0
EXPRESSION DU CORPS	Mouvements stéréotypés ou hyperactifs (si passagère/motée)	0	0	0
	Reconnaissance de mouvements spontanés	1	1	1
	Etat d'agitation inhabituel ou prostration	2	2	2
	Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3	3	3
	Mêmes signes que 1 - 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4
	8. Capacité à interagir avec le soignant, modes relationnels :			
	Acceptation du contact ou aide partielle lors des soins (habillage, transfert...)	0	0	0
INTERACTION LORS DES SOINS	Réaction d'appréhension habituelle au toucher	0	0	0
	Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher	1	1	1
	Réaction d'opposition ou de retrait	2	2	2
	Réaction de repli	3	3	3
	9. Communication verbale ou non verbale :			
	Peu de capacités d'expression de la communication	0	0	0
COMMUNICATION	Capacité d'expression de la communication	0	0	0
	Demandes intensifiées : attirer l'attention de façon inhabituelle	1	1	1
	Difficultés temporaires pour établir une communication	2	2	2
	Refus hostile de toute communication	3	3	3
	10. Relation au monde :			
	Intérêt pour l'environnement limité à ses préoccupations habituelles	0	0	0
VIE SOCIALE INTERÊT POUR L'ENVIRONNEMENT	S'intéresse peu à l'environnement	0	0	0
	S'intéresse et cherche à contrôler l'environnement	0	0	0
	Deesse de l'intérêt, doit être sollicité(e)	1	1	1
	Réaction d'appréhension aux stimuli sonores (bruits) et visuels (lumière)	2	2	2
	Désintérêt total pour l'environnement	3	3	3
	11. Comportement et personnalité :			
	Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle	0	0	0
TROUBLES DU COMPORTEMENT	Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression) passagère	1	1	1
	Déstabilisation durable (cris, fureur, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression)	2	2	2
	Réaction de panique (hurlements, réactions neuro-végétatives)	3	3	3
	Actes d'automutilation	4	4	4
	TOTAL			

**GUIDE D'UTILISATION DE
L'ECHELLE D'EVALUATION
DE LA DOULEUR
CHEZ L'ADOLESCENT
OU L'ADULTE
POLYHANDICAPE**

CLUD – HÔPITAL MARIN D'HENDAYE

2008

PRESENTATION

L'évaluation de la douleur du patient polyhandicapé ne peut être qu'une hétéro-évaluation compte tenu des troubles cognitifs du patient.

L'échelle que nous vous proposons a été réalisée à partir de :

L'échelle DOI-DPIUS (échelle d'hétéro-évaluation de la douleur de la personne âgée aux fonctions cognitives altérées : déments, aphasiques, comateux, patients non coopérants).

L'échelle douleur enfant de San Salvador, elle-même issue d'une réflexion à partir de l'échelle de l'enfant douloureux (Gustave Roussy – sculpteur A.Gauvain-Piquard).

Cette échelle doit être utilisée devant toute suspicion de douleur.

C'est une échelle qualitative d'évaluation comportementale de la douleur ayant pour objectif initial de sensibiliser les soignants (y compris les équipes médicales) à prendre en compte le symptôme douleur.

L'outil se veut simple et facile à utiliser tout en respectant l'approche globale de la personne polyhandicapée.

Cette grille peut donner des arguments en faveur d'une présomption étiologique, mais ce n'est pas son but.

Elle permet de mesurer l'écart entre l'expression habituelle du patient et l'expression perturbée dans l'hypothèse d'une douleur et, ainsi, d'adapter un traitement si besoin.

L'échelle se compose de 2 parties :

Retentissement somatique (4 items).

Retentissement psychomoteur et corporel (7 items).

Chaque item est coté de 0 à 3 ou de 0 à 4 (excepté l'item « identification des zones douloureuses » coté de 0 à 5). Le total est de 41 points.

La douleur semble être affirmée clairement pour un total supérieur à 7 (validation statistique faite par l'Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux en mars 2007).

CONSEILS D'UTILISATION

L'utilisation nécessite un apprentissage :

Coter en équipe pluridisciplinaire (binôme AS-IDE +/- médecin +/- paramédicaux)

Inclure l'échelle dans le dossier de soins du patient.

Coter 0 en cas d'item inadapté.

En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté.

© 2008 Philippe GUYOT, Bordeaux

Ne pas comparer les scores de différents patients.

Effectuer une réévaluation bi-quotidienne jusqu'à sédation des douleurs, puis une réévaluation quotidienne ensuite.

L'échelle cote la douleur et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives.

RETENUSSEMENT SOMATIQUE

Item 1 : Plaintes somatiques

Définition des manifestations neurovégétatives : rougeur, pâleur, sueurs, nausées, vomissements, tremblements, hypotension, tachycardie, (augmentation du rythme respiratoire).

Item 2 : Positions antalgiques au repos

Attitude antalgique : position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

Item 3 : Troubles du sommeil

Lorsqu'un patient a un sommeil agité de façon habituelle (cela existe fréquemment), il faut coter sommeil habituel = 0. Ce n'est que lorsque le sommeil devient agité de manière ponctuelle que l'on cote sommeil agité = 1.

Définition de l'insomnie : Il s'agit d'un trouble du sommeil à type d'insuffisance qualitative ou quantitative.

Il est classique de distinguer dans les insomnies les difficultés à l'endormissement et le réveil nocturne. Ces deux paramètres permettent d'orienter la prise en charge thérapeutique de l'insomnie. Dans ce cas, coter 2.

RETENUSSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL

Item 5 : Tonus

Définition du tonus : état permanent d'activité fondamentale des muscles lisses et striés, sous la dépendance du système nerveux central et périphérique.

Item 6 : Mimiques

Mimique douloureuse. Préférer pour coter : lorsqu'un patient a un faciès inquiet de manière habituelle (cela existe-t-il ?), il faut coter mimique habituelle = 0.

Ce n'est que lorsque le faciès change et devient inquiet de manière ponctuelle et donc inhabituelle que l'on cote 1.

Item 7 : Expression du corps

Item 8 : Interaction lors des soins : Le patient accepte-t-il ou non le contact avec le soignant ?

Item 9 : Communication

La communication verbale est définie comme l'utilisation de quelques mots. La communication non verbale comprend le regard, les gestes, les mimiques, les émissions vocales, les mouvements et le toucher.

Item 10 : Vie sociale, intérêt pour l'environnement

Le terme de vie sociale, intérêt pour l'environnement ou relation au monde correspond à l'ensemble des réactions du patient à la présence des soignants lors des soins, des repas, des activités ainsi que lors des stimulations (visuelles, sonores, olfactives).

Item 11 : Troubles du comportement

Stereotypies : actes automatiques, à visée d'auto stimulation (stimulation de son corps par des mouvements, balancement...).

Ces actes peuvent varier en intensité, de gestes ludiques et stimulants à des actes autodestructeurs.

Annexe 4 : Fiches d'examen

NOM	Date de naissance	SEXE	Date de consultation
Fonctions oro-faciales			
Ventilation	Buccale (2) Mixte (1)	Nasale (0)	
Posture mandibulaire	BO continue (2)	BO transitoire (1)	bouche fermée (0)
ATM	Ankylose (2)	mobilité difficile (1)	mobilité normale (0)
Langue (mouvements)	antéro-postérieurs (1)	normaux (0)	
Bavage	continu (2)	occasionnel (1)	jamais (0)
Salivation (quantité)	absente (0)	modérée (1)	abondante (2)
Salivation (qualité)	absente (0)	filante (1)	normale (0)
Matériel de brossage			
Brosse à dents	absente	inutilisable	mauvais état bon état pas utilisée
Dentifrice	non	oui	
Autres matériels	bain de bouche	spray	gel gingival prothèse
Examen dentaire			
Nombre de dents en bouche:			
Prothèse OUI / NON		Nombre de dents sur la prothèse:	
Nombre de caries			
Atteinte carieuse		généralisée (3) importante (2) superficielle (1) absente (0)	
Mobilité des dents		3D (3) 2D importante (2) 2D légère (1) nulle (0)	
Urgence dentaire: OUI / NON			
Récession gingivale			
Inflammation gingivale	généralisée (2)	localisée (1)	absente (0)
Gravité inflammation	généralisée (2)	localisée (1)	absente (0)
	saignement + oedème (3)	saignement provoqué (2)	
	oedème papillaire (1)	rouge sans saignement (0)	
Candidose	non (0)	rouge (1)	dépôt blanc (2)
	dépôts importants (3)		
Plaqué dentaire			
	face totale (4)	moitié face (3)	collet + interdentaire (2)
	interdentaire (1)		absente (0)
Halitose			
	importante (2)	modérée (1)	absente (0)
Tartre			
	généralisé (3)	modéré (2)	localisé (1) absent (0)
Réalisation des soins			
Coopération brossage	absente (2)	moyenne (1)	entière (0)
Mouvements parasites	OUI / NON		
Autonomie brossage	dépendant (2)	aide (1)	indépendant (0)
Mouvements brossage	inefficace (3)	brossage mal et incomplet (2)	
	brossage mal et complet (1)	brossage bon (0)	
Estimation du brossage			
	impossible (4)	difficile (vestibulaire et antérieur-3)	
	possible (vestibulaire - 2)	possible (partout-1)	facile (0)
Hygiène prothèse			
	mauvaise (résidus- 2) insuffisante (plaque - 1)		correcte (0)
Soins de bouche			
	non	oui	remplacement brossage
Catégories soins de bouche: compresses bain de bouche pulvérisation			

Annexe 5 : Protocole de soins personnalisé

NOM	Date de consultation	SOINS PRECONISES		
Examen dentaire		Soins préventifs		
Nombre de dents:	Nombre des caries:	soins curatifs		
Atteinte carieuse	absente	superficielle	importante	
Mobilité des dents	nulle	2D légère	2D importante	3D
Inflammation gingivale	absente	localisée	généralisée	
Gravité inflammation	absence de saignement	suinement	pas nécessaire	
	saignement provoqué	saignement + oedème	recommandé	
Halitose	absente	modérée	importante	
Candidose	non	rouge	localisée	étendue
Plaque dentaire	absente	interdentaires	collets + interdentaires	
	moitié face	face totale		
Tartre	absent	localisé	modéré	généralisé
Réalisation des soins d'hygiène				
Estimation du brossage	facile	possible	difficile	impossible
Remarques et conseils sur la santé buccodentaire du patient				

Table des illustrations

Figure 1 - Pluridimensionalité du handicap	11
Figure 2 - CIF : Les interactions multidimensionnelles du handicap (17)	12
Figure 3 - Le processus de production du handicap - D'après P. Fourgeyrollas et coll. (13) .	13
Figure 4 - Représentation du Système d'Identification et de Mesure des Handicaps (20).....	14
Figure 5 - Le système d'identification quadridimensionnel du handicap (3).....	14
Figure 6 - Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 (26).....	20
Figure 7 - Causes du polyhandicap	22
Figure 8 - Origines de la douleur	28
Figure 9 - Anomalie de position.....	31
Figure 10 – Gingivite.....	33
Figure 11 - Bruxisme chez un résident de la MAS de Vic-sur-Seille.	33
Figure 12 - Accumulation de plaque dentaire par manque d'hygiène	35
Figure 13 - Processus résultant au manque d'hygiène	35
Figure 14 - Dysmorphose maxillaire.....	37
Figure 15 - Les troubles dysphagiques	38
Figure 16 - Le reflux gastro-oesophagien (64)	40
Figure 17 - Evolution des pathologies dentaires	44
Figure 18 - Conséquences du manque de communication	46
Figure 19 - Processus d'accessibilité aux soins dentaires	47
Figure 20 - Accessibilité aux personnes handicapées (76).....	48
Figure 21 - Opposition des modes de financement des soins en MAS	49
Figure 22 - Difficultés pour les praticiens	52
Figure 23 - Maison d'Accueil Spécialisé de Vic-sur-Seille	62
Figure 24 - Lieu de vie de la MAS	63
Figure 25 - Une chambre individuelle de la MAS	64
Figure 26 - Répartition des genres (n = 24).....	68
Figure 27 - Répartition des résidents en fonction de leur âge.....	69
Figure 28 - Répartition des modes d'alimentation (n = 24)	69
Figure 29 - Répartition de l'épilepsie (n = 24)	70
Figure 30 - Répartition de la présence de plaque dentaire (n = 22)	71
Figure 31 - Répartition de la présence d'inflammation gingivale (n = 23).....	71
Figure 33 - Répartition de la gravité de l'inflammation (n = 23)	72
Figure 33 - Répartition de l'étendue des récessions gingivales (n = 20)	72
Figure 34 - Répartition de la présence de tartre (n = 19).....	73
Figure 35 - Répartition de la présence d'une halitose (n = 19)	73
Figure 36 - Répartition de la présence de mobilités (n = 15).....	74
Figure 37 - Répartition des postures mandibulaires (n= 23) Figure 38 - Répartition des modes de ventilation (n=23)	74
Figure 39 - Répartition des modes de salivation (n = 22) Figure 40 - Répartition de la qualité de la salive (n = 22).....	75
Figure 41 - Répartition des résident suivant le nombre de dents en bouche (n = 20)	75
Figure 42 - Répartition de la présence de caries (n = 19).....	76
Figure 43 - Exemple de diapositive utilisée lors de la sensibilisation.....	80

Figure 44 - Position de brossage des dents au fauteuil.....	81
Figure 45 - Répartition de la présence de plaque dentaire lors de la seconde évaluation	81
Figure 46 - Répartition de la présence de plaque dentaire lors de la troisième évaluation	82

Liste des tableaux

Tableau 1 - Agréments clientèle des établissements pour adultes handicapés (en % des établissements)	18
Tableau 2 - Conséquence de troubles fréquemment associés au handicap sur la santé bucco-dentaire	30
Tableau 3 - Fiche type de recueil de données	67
Tableau 4 - Principaux résultats de la consultation initiale	77
Tableau 5 - Résultats des corrélations effectuées entre les différents paramètres permettant d'évaluer l'état bucco-dentaire.....	77

SCHONG Théo – Programme de santé bucco-dentaire dans une population d’adultes polyhandicapés de la région lorraine (Vic-sur-Seille, Moselle) : résultats, points forts, limites

Nancy 2013- 109 pages. 46 figures.

Th. : Chir.-Dent. : NANCY I : 2013

Mots-clé : - santé publique
- dentisterie spécialisée
- handicap
- étude clinique
- prévention bucco-dentaire

SCHONG Théo - Programme de santé bucco-dentaire dans une population d’adultes polyhandicapés de la région lorraine (Vic-sur-Seille, Moselle) : résultats, points forts, limites

Th. : Chir.-Dent. : NANCY I : 2013

A la demande du directeur de la MAS de Vic-sur-Seille, nous avons effectué une étude clinique basée sur un programme de soins préventifs et curatifs, afin de tester ensuite l'amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents.

Nous définissons en première partie le handicap et le polyhandicap ainsi que leurs répercussions cliniques. Nous étudions ensuite les caractéristiques bucco-dentaires de la personne polyhandicapée en considérant leurs conséquences sur l’adaptation nécessaire à leur prise en charge.

La seconde partie est consacrée à la mise en place du projet au sein de la maison d’accueil spécialisée de Vic-sur-Seille. Elle décrit les objectifs de l’action, une présentation de l’étude, et son bilan.

Nous concluons ce travail par une réflexion à propos des possibilités d’amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes polyhandicapés tant au niveau de la structure qu’au niveau national.

JURY :

Pr. MARTRETTE J-M.	Professeur des Universités	Président
<u>Pr. STRAZIELLE C.</u>	Professeur des Universités	Juge
Dr. MOBY V.	Maître de Conférences	Juge
M. DEHAND J.	Infirmier Diplômé d’Etat	Invité

Adresse de l’auteur : SCHONG Théo
20 rue de l’école centrale
57160 ROZERIEULLES

Jury : Président : J.M.MARTRETTE – Professeur des Universités
 Juges : C.STRAZIELLE – Professeur des Universités
 V.MOBY – Maître de Conférences des Universités
 J.DEHAND – Infirmier

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Monsieur SCHONG Théo**

né(e) à: **PARIS (PARIS)**

le **19 février 1986**

et ayant pour titre : «**Programme de santé bucco-dentaire dans une population d'adultes polyhandicapés de la région Lorraine (Vic-sur-Seille, Moselle) : Résultats, points forts, limites. »**

Le Président du jury



J.M. MARTRETTE

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse **6152**

NANCY, le **18.05.2013.**

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT