



Accueillir les patients en situation de **handicap**”

Les actes de la journée
21 décembre 2017, Nantes



Sommaire

Ouverture	3
Stratégie de santé globale et application en Pays de la Loire	7
PARTIE 1	
Comprendre les spécificités des personnes en situation de handicap, les impacts sur le quotidien et les conséquences sur les prises en charge au cabinet dentaire	12
• Le rendez-vous chez le chirurgien-dentiste : les points de vue de chacun	13
• Les spécificités des consultations	26
PARTIE 2 : COMMUNIQUER	
Communiquer “simplement” : communication verbale et non verbale (avec le patient, avec l’aidant), approche comportementale	29
• Présentation d’acsodent Pays de la Loire	33
PARTIE 3 : PARTAGE D’EXPÉRIENCES	
“Préparons la visite au cabinet dentaire”	36
Clôture	38





Dr Dominique BRACHET
*Président de l'URPS
chirurgiens-dentistes
Pays de la Loire*



Le handicap est un sujet qui concerne beaucoup la profession. Et bien des choses passent par ce point que nous avons souhaité aborder : “Levons les peurs”. Celles des praticiens et celles des patients. Avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), nous avons beaucoup travaillé cette question, puisque les soins aux patients porteurs de handicaps ont été une cause importante il y a deux ans. Nous avons formé un groupe de travail qui a abouti à une définition des soins sur ces patients, qui sont de trois niveaux.

- Le premier niveau de soins concerne les patients que nous soignons dans nos cabinets tous les jours et que nous pourrions être plus nombreux à soigner.
 - Le deuxième niveau est celui que nous n'assumons pas. Il concerne les patients ayant un besoin de soins qui ne peuvent être effectués dans un cabinet libéral de base. Ces patients sont systématiquement envoyés en anesthésie générale et c'est très compliqué. En Loire-Atlantique, par exemple, il faut presque un an pour avoir une extraction sous anesthésie générale. Quand nous avons un patient qui a un abcès et qui va rester pendant un an avec des antibiotiques tous les quinze jours, c'est un peu dramatique.
 - Le troisième niveau est celui que nous devons créer, avec des structures dites intermédiaires. On peut travailler – cela existe ailleurs – sous MEOPA ou avec des techniques d'anesthésie générale, de neuroleptanalgie (qui sont plus faciles que l'anesthésie générale). Nous aurions alors dans ces structures du personnel formé, des professionnels et des praticiens habitués qui pourraient avoir recours à ces techniques que nous ne pouvons pas pratiquer en cabinet libéral.
- L'ARS a lancé un appel à projets pour créer ce niveau de soins. Et nous commençons à avoir des réponses. ”





Dr Jean-Yves GAGNER

*Adjoint au directeur
de l'accompagnement
et des soins, ARS
des Pays de la Loire*



D'abord, un rappel : le 2 juin 2016, l'ARS organisait une manifestation autour de la charte Romain Jacob, en présence de Pascal Jacob, président de l'association Handidactique et auteur de la charte qui porte le nom de son fils. Cette manifestation a rassemblé les acteurs du monde hospitalier, libéral, médicosocial, mais aussi des usagers et des acteurs de la démocratie sanitaire. Tous ces représentants ont signé la charte, dont Dominique Brachet, au nom de l'URPS.

Et je me dis, à lire son invitation, intitulée "faire face aux situations de handicap, levons les peurs, accueillir les patients en situation de handicap", que les messages de Pascal Jacob ont été entendus.

Voici les six messages qu'il portait ce 2 juin 2016 :

- Donner envie aux soignants. Il ajoutait que cela impliquait de lever les peurs.
- Soigner à temps, c'est-à-dire pas trop tard. Ce qui renvoie donc à toutes les actions de dépistage, de prévention, mais aussi aux actions qui permettront de mieux communiquer avec le patient pour prendre en compte ce corps qui ne parle pas forcément.
- Associer l'accompagnant, notamment quand des patients ont un trouble intellectuel ou psychique. Pascal Jacob cite l'exemple des enfants autistes avec qui cela peut être très compliqué sans accompagnant.
- Coordonner les professionnels de santé via un dossier partagé. Le dossier partagé est un marronnier en France, parce qu'on en parle tous les ans sans jamais vraiment le voir. Mais plus encore que le dossier partagé, Pascal Jacob voulait un dossier utile, c'est-à-dire dans lequel on va trouver les informations nécessaires pour que le soin du patient se passe de la meilleure façon.
- Améliorer l'accessibilité. Quand on est libéral, on se dit que l'accessibilité, c'est le coup du plan incliné. Oui, mais pour Pascal Jacob, pas seulement. Il pense aussi à ce qu'il doit y avoir derrière cette porte du plan incliné : il veut des sourires et des compétences pour se faire comprendre des patients.
- Valoriser les aidants, les professionnels, les bénévoles, mais aussi les familles, qui doivent eux-mêmes s'écouter et se compléter.

La plupart de ces messages sont contenus dans l'invitation et dans le cahier des charges de cette journée. De notre côté, à l'ARS, nous avons essayé de les intégrer au mieux.

La signature de la charte Romain Jacob n'était pas, pour nous en tout cas, et ne devait pas constituer un point d'arrivée, mais au contraire, un point de départ. C'est pourquoi, lors de cette signature, l'ARS a présenté un plan d'action régional sur l'accès aux soins et à la santé, qui intégrait tout ce qui concerne la prévention et le dépistage des personnes en situation de handicap. Dans ce plan d'action, nous avons déclinés en cinq axes les messages de Pascal Jacob.

Le premier axe est de sensibiliser, informer et former.

Le second est de mobiliser et coordonner les acteurs.

Le troisième est d'adapter la réponse aux établissements de santé.

Le quatrième est d'améliorer l'accès aux soins courants. Ce qui renvoie au fameux appel à projets sur les dispositifs de consultations dédiés pour les personnes en situation de handicap.

Le cinquième est d'améliorer l'accès aux soins préventifs et à la santé, pour ne pas oublier toute la dimension de santé publique.

Si les axes 3, 4 et 5 s'adressent principalement aux établissements de santé médicosociaux, les axes 1 et 2 s'adressent à tous, notamment aux professionnels de l'ambulatoire, dont vous, chirurgiens-dentistes, faites partie. Car un des enjeux de ce plan est d'adapter la réponse dite de droit commun "afin qu'elle soit la réponse privilégiée pour les personnes en situation de handicap".

Le droit commun, c'est permettre à une personne en situation de handicap de ne pas être contrainte de recourir à l'offre hospitalière quand elle n'est pas indispensable. Ce n'est que lorsque la complexité du soin rend trop difficile sa délivrance que le patient doit être orienté vers une offre de recours. La réponse au droit commun, ce sont tous les libéraux, ce sont les médecins généralistes pour les soins médicaux non spécialisés, c'est vous aussi pour les soins dentaires courants.

En vous réunissant pour cette journée articulée autour de trois thèmes – comprendre les spécificités des personnes en situation de handicap, communiquer avec le patient et partager les expériences –, l'URPS, avec ses partenaires, répond à notre axe 1, sensibiliser, informer et former, pour reprendre cet enjeu de l'adaptation de la réponse de droit commun. Nous voyons-là démontrée toute la volonté de l'URPS de respecter ses engagements avec la signature de la charte aux côtés de l'UFSBD, d'ACSODENT, mais aussi de la faculté de chirurgie dentaire et de l'UNAPEI. ”



Colette MANDRET
*Présidente d'ACSODENT
Pays de la Loire,
administratrice de l'UNAPEI
Pays de la Loire*



Depuis de nombreuses années, l'UNAPEI Pays de Loire, au travers de ses associations locales, soutient l'action d'ACSODENT. La participation d'ACSODENT à l'élaboration de ce temps de sensibilisation est significative d'une prise de conscience que l'amélioration de la santé bucco-dentaire passe par des partenariats importants. Son défi est de faciliter l'accès aux soins dentaires, et peut-être en premier lieu, la prévention.

Si la prévention est mieux comprise par les personnes en situation de handicap et par leurs accompagnants familiaux ou professionnels, nous avons toutes les chances de diminuer le besoin de soins lourds et complexes.

Pour faciliter l'accès aux soins, il faut faciliter la compréhension des personnes – dans une consultation, par exemple – et améliorer l'accueil dans le cabinet dentaire. **Je pense très sincèrement que pour relever ce défi, nous avons besoin de travailler tous ensemble.** Les personnes en situation de handicap et leurs accompagnants ont besoin de la connaissance des chirurgiens-

dentistes pour mieux mettre en œuvre la prévention. **Et les chirurgiens-dentistes ont besoin de la connaissance des familles ou des personnes elles-mêmes, qui savent ce qu'il est important pour elles de mettre en œuvre, pour faciliter leur accueil.** Les établissements médico-sociaux sont des acteurs importants pour mettre en œuvre la prévention. Ils peuvent être aussi aidants pour mieux comprendre et accueillir les personnes lors d'une consultation. Chacun des différents partenaires a sa place. Chacun, avec son niveau de connaissance, participe à la réussite d'une meilleure santé bucco-dentaire. ”



STRATÉGIE DE SANTÉ GLOBALE ET APPLICATION EN PAYS DE LA LOIRE





Dr Benoît PERRIER
Secrétaire national
de l'UFSBD⁽¹⁾, président
de l'UFSBD Pays de la Loire,
trésorier de l'URPS.



Commençons par rappeler les stratégies existant autour de la santé orale. Je parle bien de santé orale, et non d'accès aux soins : le soin ne donne pas accès à la santé. Nous l'avons démontré dans les années 2000 grâce à des travaux menés avec une fondation gestionnaire d'établissement et des partenaires institutionnels dont l'Assurance-Maladie. La fondation a financé un programme pour la santé orale avec deux volets : un volet prévention au sein des établissements, comprenant une formation du personnel et une sensibilisation pour les personnes qui étaient autonomes ; un volet soins, dans lequel était pris en charge du transport et du reste à charge.

On a constaté qu'en un an la santé orale des personnes s'était dégradée. Pourquoi ? Les enveloppes dédiées aux soins avaient été consommées, mais le volet prévention n'avait pas été, ou peu, mis en place par les établissements. Les pratiques d'hygiène n'avaient pas changé au quotidien. A peine les soins finis, des nouvelles lésions apparaissaient en bouche. Ce programme a permis de démontrer que l'accès aux soins ne donne pas accès à la santé. L'année suivante, la fondation a cessé le volet soins, qui est passé en droit commun. Et les établissements ont été incités à mettre en place un plan de formation et un projet d'établissement sur la santé orale. En un an, nous avons eu une amélioration de l'état de santé dentaire.

Avec la prévention, nous arrivons rapidement à des résultats. En tant que praticiens, quand nous prenons en charge le soin, nous devons être le relais vers cette hygiène quotidienne. N'oublions pas que la première phase de traitement des pathologies carieuses et parodontales est l'hygiène, afin de favoriser la reminéralisation des tissus et la baisse de l'inflammation. Cette expérimentation a été fondatrice et a, dans un sens, mis fin aux expérimentations.

Il faut prendre du recul, sortir des cabinets pour avoir une vision plus large et ancrer l'idée que la santé orale est au cœur de la santé. Pour les personnes en situation de handicap aussi. **Le bucco-dentaire, ce n'est pas qu'une fois par an, c'est tous les jours que nous devons l'appliquer pour soi, en tant que citoyen, en tant qu'assuré, ensuite en tant que patient ou aidant.** Pour faire passer ces messages, le chirurgien-dentiste doit avoir toute sa place dans le parcours de santé, aussi bien en matière d'accueil, de formation que de rémunération.

“L'accès à la santé orale, un travail multi-partenarial”

Nous avons 500 000 personnes en situation de handicap qui ont une difficulté d'accès à la santé orale. Voici quelques données que l'on retrouve lors de dépistages dans des secteurs où il n'y a pas d'action spécifique sur la santé orale : 18 % des personnes sont confrontées à une situation d'urgence. C'est énorme. Parce que nous avons des difficultés de repérage ou d'expression du corps. Parce que des situations ne sont pas découvertes ou que des difficultés entravaient l'accès au cabinet dentaire. Cela a un impact sur la santé et la qualité de vie de ces personnes.

Globalement, presque une personne sur deux nécessite des soins programmés. Là, nous ne sommes plus dans une situation d'urgence, mais dans une nécessité de soins programmés. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas accès aux soins mais que, de temps en temps, ce n'est pas la préoccupation du moment en raison de choses plus compliquées à gérer. Souvent, c'est ce comportement qui va entraîner “la difficulté d'accès aux soins”. Et c'est le travail que nous avons à faire avec les familles et les aidants. Il est important que les familles entre elles puissent, notamment pour les jeunes enfants, dire que la santé orale doit être prise en charge dès le départ. Après, ce sera trop tard, elles n'auront plus la capacité d'introduire une brosse à dents. Dans 70 % des cas, l'hygiène orale est assurée par la personne handicapée elle-même, même si elle n'a pas la capacité psychomotrice de le faire. Agir pour donner accès à la santé orale, c'est d'abord mener un travail multi-partenarial.

“Sensibiliser la population et les chirurgiens-dentistes”

Il est important de dire que la santé orale n'est pas accessoire : pour toute la population et d'autant lorsqu'une personne a d'autres pathologies ou un handicap. Si on rajoute des pathologies dentaires, cela fait un cocktail explosif. **L'objectif est donc de sensibiliser la population mais aussi d'accompagner les chirurgiens-dentistes dans leurs pratiques.** C'est ce que nous faisons avec l'URPS. Mais c'est aussi agir à l'extérieur du cabinet dentaire pour améliorer l'accès à la prévention. C'est ce que font les praticiens de l'UFSBD, avec les relais des associations de parents et d'établissements, en allant dans les structures faire de la sensibilisation et du dépistage, et en formant des professionnels relais.

Au niveau institutionnel, c'est aussi participer à des groupes de travail avec les ARS, qui permettent de construire les différentes briques d'un dispositif régional. En Pays de la Loire, nous arrivons à des résultats intéressants. J'ai ressorti par exemple un bilan de l'évaluation intermédiaire, entre 2009 et 2012, sur le dispositif de Maine-et-Loire, qui existe depuis longtemps, avec la création d'ACSODENT à l'origine. Nous avons démontré qu'en passant dans les établissements, en accompagnant les familles et les professionnels, nous avons un réel impact, avec une diminution des dents cariées à soigner, une augmentation des soins réalisés et une diminution des édentements. Souvent, avec le handicap, les personnes peuvent rapidement être édentées. Ce qui pose ensuite des problèmes de dénutrition. Aussi, et c'est important, nous avons une forte baisse du détartrage.

Suite aux différents travaux de l'UFSBD, une charte nationale de recommandations est sortie en 2009. Nous avons vu qu'il y avait des paliers dans les étapes à mener autour d'un établissement. Si nous commençons par le soin, nous sommes en échec. Il faut donc initier les parties d'hygiène. Après, on peut amener aux soins, et aux soins programmés. Car il faut aussi sortir du soin d'urgence : ce qui nous pose problème dans nos cabinets, c'est lorsqu'un établissement nous appelle, que nous avons une personne en urgence, que nous n'avons pas de créneau disponible pour intervenir correctement, que nous ne la connaissons pas, qu'il y a des médicaments, que nous ne pourrions peut-être pas

intervenir à cause de cela, etc... La personne a peur, a mal. Nous sommes dans une situation d'échec.

L'objectif est de repositionner la santé orale dans une situation de long cours. Nous avons voulu aller plus loin. Il y a eu la charte Jacob qui a été évoquée. Cette charte, nous avons voulu, avec Pascal Jacob, la décliner au niveau odontologique. L'UFSBD a souhaité que ce soit une volonté portée par toute la profession, avec le Conseil de l'Ordre national et les syndicats conventionnels.

Parce que nous sommes une profession dotée d'une structure de santé publique, nous avons eu des groupes de réflexion pour établir une stratégie et la porter. Au niveau régional, cela se traduit par le soutien financier de l'ARS pour du dépistage, de la formation et, prochainement, par des forfaits de soins au niveau conventionnel.

Mais on doit voir que nous parlons d'accès à la santé dentaire. Notre objectif, pour la personne, c'est de faciliter un processus d'apprentissage, aussi bien pour les familles que pour les professionnels.

Ce qui implique de construire des outils. Nous avons participé, avec ACSODENT et l'UFSBD à la conception au niveau national de fiches “la santé en BD” (ce n'est pas que la santé bucco-dentaire - les dentistes pensent souvent que ce n'est que pour le dentaire - cela a été développé sur quasiment toutes les thématiques, l'ophtalmologie, la gynécologie, etc.). Vous avez des fiches de prévention qui permettent de communiquer avec la famille. Vous avez aussi des fiches autour du soin. Signe d'une attente forte sur la santé orale, les fiches bucco-dentaires sont les plus consultées : elles représentent 50 % des téléchargements.

Les déclinaisons au niveau régional

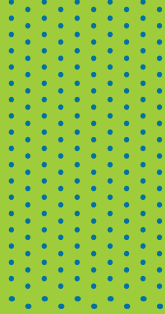
Avec l'ARS, ACSODENT et l'UFSBD, nous avons un programme d'actions sur la partie hors cabinet dentaire, avec l'objectif de mobiliser les établissements et les aidants du quotidien. Nous formons du personnel avec la mise en place de correspondants santé orale. Il s'agit d'une personne de l'établissement, avec le soutien de sa direction, qui va coordonner le projet d'établissement sur la santé orale. Initier les pratiques d'hygiène à l'intérieur des établissements est un des premiers rôles du correspondant santé orale. Mais c'est aussi d'être en lien avec les chirurgiens-dentistes

pour préparer l'accès au cabinet dentaire, l'accès aux soins, avec les dossiers médicaux remplis. Il y a aussi du repérage, avec des dépistages au sein des établissements. Une pratique ancienne dans le Maine-et-Loire et qui est en passe d'être étendue à l'ensemble des départements de la région. Vous-même pouvez être intégré dans le dispositif de dépistage et participer à ces actions.

Nous devons avoir une direction motivée. C'est le rôle d'ACSODENT de mobiliser le secteur médico-social et de se mettre en partenariat. L'UFSBD et l'URPS s'adressent, eux, aux chirurgiens-dentistes.

Il est question aussi de sortir du cabinet pour aller à la rencontre des publics. C'est très formateur en termes de relations. Parce que nous voyons les personnes dans un cadre où il n'y a pas d'enjeu de soins. Cela permet de mieux comprendre certaines approches.

Après avoir dressé un panorama de la stratégie de santé orale en faveur des patients vivant avec un handicap, nous allons retourner au sein de nos cabinets avec Sylvie Dajean. ”



PARTIE



**COMPRENDRE LES SPÉCIFICITÉS
DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP,
LES IMPACTS SUR LE QUOTIDIEN
ET LES CONSÉQUENCES
SUR LES PRISES EN CHARGE
AU CABINET DENTAIRE**



Le rendez-vous chez le chirurgien-dentiste : les points de vue de chacun



Dr Sylvie DAJEAN-TRUDAUD
MCU PH



Que pouvons-nous mettre en place dans notre cabinet dentaire ?

L'idée est de parvenir à accueillir au mieux nos patients en situation de handicap. Le propos, aujourd'hui, sera axé sur la quête de la relation humaine – "levons les peurs" – et non sur des questions politique, financière ou encore d'accessibilité.

Trois témoignages à la clé : celui d'abord de **Delphine Bouchet**, maman d'un patient en situation de handicap, puis de **Marie Corveleyn**, directrice de deux centres d'habitat pour les adultes, et enfin du docteur **Thierry Giraudeau**.



Delphine BOUCHET
Maman de Théo

Mon fils, Théo, est un adolescent de 13 ans, heureux, mignon, blagueur, très aimé de tout le monde. Il est porteur de handicaps mais il a aussi une personnalité. Je le dis ainsi parce qu'il n'est pas que handicapé. C'est important, ne serait-ce que dans votre prise en charge. Il a aussi une famille à part entière, d'aidants. Il est scolarisé en IME et vit au domicile. Il bénéficie du soutien de nombreuses aides à domicile, salariées de l'ADMR. Son handicap : il est autiste. On parle aussi d'un trouble du spectre autistique, avec une déficience intellectuelle

globale. Il a des difficultés dans la communication verbale et non verbale, dans ses interactions sociales et dans son comportement stéréotypé et a des signes associés. Ce qui peut avoir un impact dans la prise en charge chez le dentiste. Il s'exprime mieux qu'il ne comprend. Il suffit donc d'utiliser des phrases courtes et de vérifier qu'il a bien compris. Il a très peu de repères dans le temps. Aussi, et c'est important, quand nous lui disons que nous allons partir, pour lui, c'est dans l'immédiateté. Cela peut avoir un impact quand nous sommes chez le dentiste, quand nous utilisons cette phrase : il part. Il suffit donc de le réorienter et de planifier les choses. Nous pouvons utiliser des petites techniques, des post-it par exemple. C'est le principe du calendrier de l'avent : tous les jours, on enlève un post-it.

Utiliser des supports concrets

Théo est dépourvu de la pensée abstraite, c'est-à-dire cette capacité de l'esprit à créer et à utiliser des concepts dans le raisonnement. Il suffit d'utiliser des

supports, des livres, des vidéos, des séquentiels pour visualiser et concrétiser ce qui ne l'est pas. Le choix est aussi pour lui extrêmement difficile. Il lui arrive de choisir quelque chose tout en espérant le contraire. Nous voyons bien l'impact que cela peut avoir. Il y a beaucoup d'écholalies. Il peut rencontrer des gens et leur demander leur âge ou s'ils ont des animaux. Il n'attend pas la réponse. Il peut partir. Cela peut être amusant ou gênant, selon l'interlocuteur qui ne le connaît pas et qui peut se sentir mal à l'aise. Ce n'est pas grave. Il ne décode pas non plus le langage corporel. Cela m'arrive de froncer les sourcils parce que la lumière, par exemple, me gêne. Pour lui, cela veut dire que je ne suis pas contente. Pareil pour lever le bras, ce qui peut signifier plein de choses. Théo ne sait pas interpréter le contextuel. Il a des problèmes avec les interactions sociales. Par exemple, en ce moment, il a peur des filles. Il s'est caché dans le placard, pendant trois quarts d'heure, parce qu'une fille, jolie, était venue à la maison. Cela lui créait des émotions qu'il ne connaissait pas. Sa

solution : se cacher.

Le rôle de l'aidant est donc de le réassurer, discrètement parce que cela peut être gênant. Théo a sa personnalité : il est orgueilleux et n'aime pas être ridiculisé parce qu'il s'est trompé dans sa manière d'agir. Il est très émotif : s'il est heureux, c'est le plus heureux du monde. Pareil pour l'inquiétude ou l'angoisse. Il ne saisit pas non plus les émotions des autres, les codes sociaux. Nous avons donc un rôle d'accompagnement pour lui apprendre les codes sociaux et lutter contre l'isolement. Ayant peur de mal faire, il peut se mettre à la marge des autres.

Le besoin de rituels

Troisième point sur la triade autistique : il a des comportements stéréotypés. Il a besoin d'un rituel et de petits trucs qui, une fois acquis, le rassurent. Puis il a des obsessions et des zones intolérables. Par exemple, il n'aime pas quand nous bougeons les pieds. Si nous regardons la télé, cela l'empêche de suivre quelque chose parce qu'il voit les pieds qui bougent. Il y a des zones où on ne peut pas le toucher : le nombril, derrière les oreilles.

Pour régler ces problèmes, nous avons utilisé une approche comportementaliste. Pour les besoins et les rituels, nous avons une grande tolérance sur les objets qui ont un effet apaisant. Mais nous avons quand même un droit de regard : il a des sifflets, des cartons, mais il est hors de question que nous l'autorisions à dormir avec. Pour nous, ce n'est pas adapté. Il y a aussi un droit de regard sur le comportement obsessionnel, qui ne doit pas être délétère. Cela se travaille. Puis nous incitons à bousculer ses habitudes de manière contrôlée, en prenant en compte le contexte. Il y a des moments où il est plus fatigué et où nous allons être plus tolérants. Nous utilisons aussi des renforcements positifs avec des économies de jetons pour le motiver. S'il arrive à faire telle chose, il pourra gagner les petites voitures ou aller au cinéma. C'est ce que nous faisons, nous, pour toucher notre salaire. Nous ne travaillons pas bénévolement mais sommes motivés par notre salaire en fin de mois.

Des signes associés

Son handicap comporte aussi des signes associés. 9 autistes sur 10 ont des problèmes d'hormones et d'endormissement. Nous avons recours à la mélatonine pour l'aider à s'endormir. Pour la fatigabilité, il suffit d'assouplir plus ou moins la journée. Il a aussi des troubles alimentaires, n'a

pas le sentiment de satiété et a une intolérance à l'attente. Vous imaginez l'impact dans les salles d'attente : nous utilisons à minima la carte prioritaire mais cela peut être bien utile.

Il a par ailleurs une hypersensibilité sensorielle qui le parasite. Par exemple, quelqu'un se frotte les mains, il les entend et ne sera pas mobilisé à écouter. S'il y a un bruit à l'extérieur, il l'entend, de la même manière que moi je vous parle. Il a aussi tous les "dys" : dyspraxie, dysphasie, dyslexie, etc. C'est ce qui fait qu'il a une déficience intellectuelle globale. Il est très anxieux.

Voilà concrètement la vie de Théo, à la maison et partout. Il faut gérer son émotion avec une valise de solutions et des outils concrets.

Chez le dentiste

Maintenant, rendez-vous chez le dentiste : **il y a la préparation de son rendez-vous, le jour J et l'après.**

- **L'avant-rendez-vous**, c'est d'abord trouver le rendez-vous avec un professionnel sensibilisé, capable d'apporter douceur, patience et apaisement. Puis nous fixons un rendez-vous, de préférence le matin ou en début d'après-midi. Pourquoi ? Pour éviter la fatigabilité et l'anxiété liée à l'attente. Plus la journée avance, plus il accumule des tensions, des frustrations qui favorise la crise. Pour éviter l'anxiété liée à l'attente, il est stratégique de choisir un rendez-vous où il y a le moins de monde. Puis il faut prévoir une plage horaire supérieure à l'ordinaire pour être disponible sans penser au rendez-vous d'après. Avec le professionnel, il est important de préparer le rendez-vous, avec ou sans le patient, en évoquant ses particularités. C'est plus facile avec un support préparé par l'aidant. Des choses existent, assez bien faites. Il s'agit de sensibiliser au handicap et d'organiser le déroulé de la séance pour que le professionnel sache où il va. En termes de préparation, il faut aussi prévenir l'IME, justifier son absence, aviser les transports. Ensuite, nous mettons Théo en condition. **La petite plaquette de santé BD, disponible aussi en appli mobile, est très bien faite.** Nous faisons des jeux de rôles. Nous mimons la séance du dentiste, comment cela va se passer. Nous nous amusons. Il joue au dentiste. On lui explique qu'il ne faut pas le mordre si jamais il lui met un doigt dans la bouche, comment faire s'il a mal, en levant le bras, etc. Nous mettons aussi des renforçateurs positifs. Pour Théo, c'est prendre le tramway.

• **Le jour J**, avant le rendez-vous, nous pratiquons l'apaisement. Chez tous les professionnels de santé où il va, il a son doudou-douleur. Nous sommes dans l'apaisement, plus tolérants. Je prépare un sac à main avec ses objets d'occupation, pour contrer l'attente. Nous partons. Dans les transports, nous parlons un peu de tout. Nous capitalisons un peu sa joie sur le moment. **Nous essayons de lui apporter un sentiment de bien-être pour contrer les éventuels moments d'angoisse.** Après, nous gérons l'attente. S'il ne se sent pas bien, il faut savoir où il en est de ses émotions et quelles solutions lui apporter. Nous discutons, faisons beaucoup de jeux de rôles dans la salle d'attente. Ne soyez pas étonnés ! Surtout, Théo étant une éponge émotionnelle, il faut être zen.

Ensuite, avec le professionnel. Quand il rentre dans la salle, il a envie de toucher à tout. On peut écarter ce qu'il n'a pas le droit de toucher, lui expliquer. Cela permet de cadrer. Il faut aussi éviter au maximum les stimuli dérangeants. Et en règle générale, ne rien forcer. D'où l'intérêt d'avoir une plage plus longue, ce qui permet de parler, de s'adapter et pratiquer le compliment et la réassurance. En tant qu'aidants, nous sommes présents : c'est très important car nous connaissons notre enfant. **Il faut aussi donner le temps d'assimiler les consignes, avec des phrases courtes, simples.**

Il est intéressant par ailleurs d'utiliser la technique d'habituation et faciliter un apprentissage en douceur des soins à venir qui, pour lui, ne sont pas connus. L'habituation, c'est présenter, par exemple, l'aspi, qui fait un certain bruit. Cette préparation peut durer plusieurs séances. Ce n'est pas grave.

Quand la séance est finie, on ne peut pas le dire ainsi, sinon il part. Il faut d'abord lui dire que nous allons faire autre chose. Il y a un rappel des règles d'hygiène et des conseils. Puis il faut prendre rendez-vous pour la prochaine fois. C'est toujours deux consultations par an pour nous. Bien sûr, nous avons une très grande angoisse de la carie, et nous nous sommes toujours demandé s'il y aurait une anesthésie générale dans ce cas.

• **Après le rendez-vous**, il y a, pour Théo, un épuisement physique et moral, un relâchement émotionnel. Il a toujours des céphalées de tension. Il peut arriver que nous ayons des antalgiques. Oui, ce n'est pas anodin. Après, il y a un risque de déclenchement de crise d'angoisse et de colère, évidemment. Il est tellement épuisé qu'à tout moment, il peut craquer. Il suffit d'être bienveillant. Nous, parents, sommes ravis. C'est fini. Mais c'est vrai que nous sommes fatigués.

Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Nous allons le redire souvent, il y a un besoin de créer l'habitude. Il faut recevoir régulièrement le patient pour créer un rituel, qu'il vous connaisse, reconnaisse votre voix, vos mouvements, etc. Tout cela va l'apaiser. Autre point : il y a plein de handicaps.

Les troubles du spectre autistique n'ont rien à voir avec la trisomie 21. Mais c'est la même histoire, la même problématique. C'est pour cela que je ne vais pas vous faire un listing de protocoles à suivre.



Marie CORVELEYN
Directrice de deux centres
d'habitat, ADAPEI ARIA
de Vendée

Les centres d'habitat, c'est quoi ? Ce sont des structures d'hébergement qui accueillent des adultes en situation de handicap et qui ont différentes notifications. En fonction de leur handicap ou de leurs capacités, certaines personnes vont travailler et seront en foyer d'hébergement. D'autres en incapacité de travailler seront en foyer de vie. D'autres encore, avec des besoins de soins seront en foyer d'accueil médicalisé. Il y a aussi des sections d'accueil et d'accompagnement à la vie sociale pour des personnes qui vivent à leur domicile, mais ont un besoin de soutien éducatif, avec des interventions.

Des capacités dépendant du contexte

Nous nous battons pour qu'une personne handicapée ne soit pas reconnue uniquement comme handicapée. Un diagnostic ne peut rien apporter sur les capacités et incapacités d'une personne, sur son caractère. Pour illustrer, je me suis référée à la classification des troubles mentaux du DSM-5². Nous ne sommes plus sur la triade de l'autisme, mais sur une dyade. On parle d'**altération de la communication et des interactions sociales**. Certains vont être beaucoup dans la communication, avec un langage très élaboré. Mais que comprennent-ils de ce qu'ils disent ? Nous ne savons pas. Certains vont être un peu comme le personnage de Rain Man, se rappelant de votre nom, de celui de votre femme, de votre date de naissance, etc. Par contre, ils seront incapables de dire ce qui s'est passé cinq minutes avant. Face aux activités répétitives, ils ont aussi des capacités extrêmement différentes, et qu'ils n'arrivent parfois pas à généraliser. Par exemple, un professionnel va vous dire qu'il ne sait pas faire cela. La famille, elle, vous assure qu'il le fait à la maison. Les deux ont raison. Dans un contexte, certaines compétences sont possibles et dans un autre, elles ne le sont pas. Nous ne sommes donc pas en capacité de dire avec certitude comment les choses vont se passer. C'est pour cela, j'y reviendrai, que nous sommes obligés de prendre des précautions d'usage pour que cela se passe au mieux. Et éviter, par exemple, qu'une fois au cabinet, la personne qu'on pensait en capacité refuse d'entrer ou d'ouvrir la bouche.

L'espace et l'environnement

Rien ne va de soi. Je généralise en essayant de penser à tous les résidents des deux centres d'habitat (73 personnes dans l'un, 42 dans l'autre). Mais il est globalement compliqué pour eux de savoir se repérer dans l'espace et l'environnement parce qu'ils sont inquiets ou ne sont pas en capacité. Parfois, c'est même le cas au sein de leur centre d'hébergement : pour certains, nous sommes obligés de flécher ou de mettre des codes couleur. Dans leur chambre, nous mettons des choses qu'ils ont choisies pour qu'ils la reconnaissent. Un environnement inconnu peut être très anxiogène : le bruit, la foule, l'agitation, le regard des autres. Une salle d'attente, c'est terrible. Il y a des personnes qui peuvent se sentir extrêmement mal à l'aise, voire persécutées, et même si nous sommes bienveillants. Cela vous dépasse. C'est leur ressenti.

Les codes sociaux

Dire bonjour, s'essuyer les pieds quand il pleut, ne pas s'asseoir quand une personne veut prendre la place dans le bus... Cela ne va pas de soi et on essaye de leur apprendre. Nous valorisons avec des comportements renforçateurs. Mais il faut bien comprendre que ces personnes ne sont pas malpolies ou mal éduquées. Elles sont juste hyper angoissées et ne comprennent pas pourquoi il faut faire ceci ou cela.

Le temps

Prenons une autre dimension, la **question du temps**. C'est vraiment une énorme problématique. C'est une évidence pour nous. Nous nous levons le matin, nous savons que nous allons nous coucher le soir. Entre-temps, nous savons que nous allons prendre trois repas. Nous savons un peu ce qu'il y aura dans les trois repas. Nous savons que nous allons faire des choses le matin et l'après-midi. **Pour eux, sur le déroulement d'une journée, nous sommes obligés de leur montrer qu'il y a des repères pour qu'ils comprennent ce qui va se passer.** Le support de Théo, avec les dessins, c'est bien. Mais certains ne sont pas en capacité de comprendre un dessin. Il faut une photo. Et même parfois, une photo générale ne suffit pas. C'est votre photo qu'il faudra pour qu'ils sachent que c'est vous et que quand ils vous verront, il va falloir qu'ils apprennent à faire un certain nombre de choses. C'est très important. Le temps, c'est du vide. Ils subissent, donc nous essayons de mettre des repères. Quand ils ont une visite chez le dentiste, dans le déroulement de la journée, dans la programmation, nous mettrons votre photo, si vous en êtes d'accord.

La douleur

Le corps a été évoqué avec Théo. **Je veux vous alerter par rapport à la sensation de douleur.** Un enfant que je suivais, par exemple, s'est brûlé, sans s'en rendre compte, sur un radiateur. C'est son père qui a senti le brûlé. Certains ne se rendent pas compte : il faut faire attention aux indicateurs. Pour d'autres, par contre, la moindre petite chose qui les perturbe – une constipation, un mal de tête, une menstruation chez les femmes – est une catastrophe. Ils ne savent pas forcément où ils ont mal et ne savent pas forcément le dire.

Le toucher

Le toucher et le contact peuvent être compliqués. Mais nous aussi, nous avons une distance. Parfois nous sommes tactiles, parfois moins. Forcément, le dentiste comme le médecin, nous touche. Il faut donc le leur apprendre. C'est pour que vous compreniez que parfois, ils ne font pas de différence entre votre corps et le leur. Aussi, dès que vous les touchez, vous les agressez. Mais ce n'est pas de votre faute. C'est le cas même si vous le faites doucement. C'est comme se faire retirer une dent : ils ont le sentiment qu'on leur retire quelque chose qui leur appartient. C'est comme perdre un petit morceau de soi.

Accéder à la "langue privée"

Certains parlent, d'autres non. Il y en a qui vont dire "cheveux", pour dire qu'ils vont aller chez leur maman ce week-end. C'est le décodage, ce que j'appelle la langue privée. L'intérêt de travailler ensemble, c'est de vous aider à accéder aux codes. Généralement, dans le secteur médico-social, un accompagnateur vient pour le rendez-vous qui a été préparé. Nous devons donc pouvoir nous comprendre. Il faut en effet faire attention au message. Ils n'ont pas accès au symbolique, comme Théo. Cela ne sert à rien de faire de l'humour, car ils vont le prendre au pied de la lettre. Ce qui peut entraîner parfois des situations farfelues. Ils ont des difficultés à exprimer leur ressenti, leurs inquiétudes. Comme rien ne va de soi, nous essayons de faire attention au quotidien. Il faut appréhender l'espace et l'environnement, préparer la personne au changement en allant voir où cela va se passer, combien de temps nous allons mettre en véhicule. S'ils sont très ritualisés, c'est une catastrophe d'avoir un rendez-vous à la place de la piscine. Nous lui permettons donc de visualiser et de comprendre ce qui va se passer. Pour certains, il faut le faire la minute d'avant, pour d'autres, 15 jours avant. Et il faut essayer de jouer au maximum, de se détendre.

Le rapport au corps

Depuis qu'ils sont petits, ils travaillent sur le rapport au corps avec des dessins, des schémas corporels, des activités de gymnastique et des activités où on essaie de se toucher pour prendre conscience des parties du corps. Nous trouvons des médiations pour les aider à nous montrer où ils ont mal. Ils ont des appuis thérapeutiques pour prendre conscience

du corps. Les adultes ont du sport. Cela fait aussi partie des indications d'institutions comme l'ARS. Comme certains vieillissent, c'est plus de la gym douce. Mais il y a toujours ce souci de travailler son corps pour maintenir ses acquis, et garder l'idée que les bras ou la tête sont à tel endroit.

Limitier les problèmes de communication

Il est important d'avoir conscience du langage pour essayer de limiter les problèmes de communication.

Il faut faire attention aux mots employés, faire des phrases courtes, éviter les formes négatives.

Comme ils n'entendent pas forcément le "ne...pas", ils vont entendre le mot et donc le contraire de ce que nous voulons dire. Plutôt que de dire "n'ayez pas peur", disons "soyez tranquilles" ou "tout va bien". Il s'agit aussi de comprendre ce qu'ils ont compris. Parfois, certains disent oui avec un sourire, en vous regardant bien dans les yeux. Deux minutes après, ils reposent la question, ils n'ont rien compris. C'est surtout le cas face à quelqu'un qu'ils ne connaissent pas. Il faut être attentif à ce qu'ils expriment et chercher à les comprendre. Vous seuls ne pourrez pas forcément. Nous avons besoin de vous comme vous avez besoin de nous. Et nous, l'association mais aussi le secteur médico-social dans son ensemble, sommes tous partants pour vous accompagner.

Accueillir une personne

Le rapport Jacob, nous le connaissons tous par cœur. C'est une très bonne initiative. Accueillir et soigner une personne en situation de handicap, c'est accueillir une personne à part entière, avec sa personnalité, ses goûts, ses peurs, ses émotions. Je disais qu'il fallait faire attention au regard. Parfois, en consultation, lorsqu'il y a un accompagnateur, les soignants s'adressent juste à ce dernier, et pas à la personne. C'est sûrement un travers, mais c'est terrible de la recevoir ainsi. Elle-même vit mal certaines situations et cela se traduit parfois par des situations complexes à gérer. Nous sommes tous d'accord. Je veux juste vous rappeler qu'ils n'y sont pour rien. Il s'agit surtout de procurer des soins qui vont améliorer leur quotidien et les soulager.

Le soin et l'institution médico-social

La dimension du soin est très compliquée dans le secteur adulte, parce qu'elle passe à un autre mode de financement que le secteur enfant. Il y donc très

peu d'accompagnants soignants. Par exemple, je n'ai pas le droit de recruter des personnes aides-soignantes. Je dois recruter des AMP³. Moi, à la base, je suis éducatrice. On n'apprend pas la santé. Au centre d'habitat de 73 personnes, il y a un mi-temps d'infirmier. On participe, avec ACSODENT, à la formation des correspondants de santé. Mais c'est pareil, ce sera compliqué, sur son temps libre, de pouvoir accompagner. Il va nous falloir trouver le moyen d'étendre cette formation aux professionnels éducatifs.

Nous n'avons pas de médecin. Quand le personnel éducatif va à un rendez-vous médical, la problématique, c'est le secret médical. Nous n'avons pas le droit d'avoir l'information médicale. Pour l'avoir, c'est l'infirmière qui va préparer les éléments. Le dossier électronique unique de l'usager permet beaucoup de transmissions. C'est une grande avancée. Mais il y a la difficulté de la question médicale, où seuls les tuteurs ont des droits, avec le corps médical. Nous, non. Il est donc arrivé parfois, qu'au secrétariat, soient demandés des pièces ou des antécédents, l'éducateur n'a pas pu répondre car cela n'avait pas été vu avant. Plusieurs fois, des tensions entre éducateurs et secrétaires sont apparues. Il faut vraiment préparer le rendez-vous. Pour bien mesurer l'impact d'un rendez-vous en termes organisationnels, il faut savoir que pour un foyer d'hébergement ou de vie, en moyenne, il y a au quotidien trois éducateurs pour 15 personnes. Lorsqu'il faut en accompagner, il ne reste donc plus que deux éducateurs pour 14 personnes. Nous sommes très respectueux des horaires, d'une manière générale. Mais si nous arrivons en retard, ce n'est pas pour vous embêter. Nous avons de vraies contraintes d'institution. Parfois, les rendez-vous sont fixés par des spécialistes. Et nous avons du mal à faire entendre qu'un créneau en plein milieu d'après-midi est difficile à honorer.

C'est pour cela que nous demandons à être associés au maximum à la prise de rendez-vous. Parce qu'il y a des temps où ils sont plus en sécurité, donc plus détendus. Après la piscine, par exemple, cela se passera sûrement mieux que sur le créneau de la piscine.

Conclusion

En fonction de la capacité de la personne à comprendre sa douleur et sa peur, il faut prévoir un temps plus ou moins conséquent de préparation. Je trouve légitime que vous demandiez à ce que ce soit valorisé financièrement. Il n'y a pas de recette, juste des précautions. Nous nous occupons des actes administratifs avant la consultation. Nous préparons les personnes et essayons de tout faire pour minimiser le temps d'attente. Il y a la visite au préalable. Il faut développer les mesures de prévention comme le suivi annuel, voire biannuel. Il faut proposer des ateliers de mise en situation, pour les habituer à ouvrir la bouche, grâce par exemple à des ateliers de grimaces. Il faut utiliser des supports accessibles aux personnes pour les aider à comprendre ce qui va se passer, et ce dès le plus jeune âge.

Pour vous, professionnels de santé, il s'agit de vous informer sur les habitudes de vie de la personne. Nous avons des outils en interne assez synthétiques, pour des questions pratiques sur la communication, le toucher, la douleur, etc. Nous pouvons évoquer les bizarreries : comment s'adresser à elles, dans le face-à-face ou à côté, les mots à ne surtout pas dire, les couleurs qui les mettent en colère. Au contraire, il existe des formules très apaisantes. Lors de la consultation, **il faut s'adresser aux personnes directement**, pour les rassurer, leur parler avec des mots-clés, des mots simples, éviter les grandes explications, les formules négatives et trouver la bonne distance. ”



Dr Thierry GIRAudeau
Chirurgien-dentiste libéral

Je suis dentiste libéral, mais j'ai aussi la chance, si on veut, d'avoir un enfant handicapé. En tant que professionnel, j'interviens dans plusieurs établissements (IME⁴, FAM⁵, MAS⁶ et foyer) en faisant du préventif et du curatif. Pour chaque intervention, mon assistante est avec moi. Avec les petits, elle va leur tenir la main, avoir des paroles douces. Le côté féminin, sans remplacer la maman, peut rassurer un jeune patient. Dans deux établissements, je vais sur place faire du dépistage.

A l'IME, les enfants ont entre 3 et 12 ans. Nous les voyons dans l'infirmerie, avec un bon accompagnement de l'infirmière et un éclairage qui fonctionne. J'amène du matériel pour faire l'examen. Ce n'est pas évident mais cela se passe toujours bien. Surtout, le personnel prépare beaucoup les enfants à la séance. Ils viennent par groupe, avec l'éducateur de référence. L'infirmière est à côté. Ils sont donc préparés à l'avance à voir le dentiste, qui parfois est déguisé, avec un masque, des gants. Ils n'aiment pas trop, mais cela se passe bien. Je les vois depuis un certain temps donc ils me connaissent un peu. Nous faisons le bilan. Les enfants, jusqu'à 12 ans, n'ont pas trop de problèmes. Il y a un bon suivi dentaire. Les éducatrices font bien leur travail. À la fin de ce petit dépistage, nous donnons un papier aux parents. Ils en font ce qu'ils veulent : soit ils vont voir le dentiste s'il y a un petit problème décelé, soit ils font un contrôle normal et classique.

A la MAS, les patients sont plus âgés, quasiment adultes. Nous allons surtout nous déplacer dans chaque unité et dans chaque chambre. J'ai vu des séances se terminer à quatre pattes pour regarder une bouche. Mais avec de la patience, on y arrive. Pour le FAM et le foyer, les patients et l'infirmière viennent au cabinet. La séance est préparée à l'avance, avec des feuilles pour présenter le cabinet, la voiture pour venir, etc. Souvent, il y a ma photo qui apparaît. Quand ils viennent, ils savent où ils vont et la séance se déroule beaucoup plus facilement. Au cabinet, je prévois 45 minutes de rendez-vous, au moins, pour avoir du temps.

L'assistante apporte de la douceur. Ce n'est pas que je ne suis pas doux, mais c'est un réconfort. Les patients, plus ou moins jeunes, sont stressés de venir au cabinet. Il y a un contexte, des odeurs. Il faut rassurer. Je ne vouvoie aussi jamais mes patients, en tout cas pas ceux-là. Ce n'est pas un manque de respect. Mais je les connais depuis un certain nombre d'années. Et j'estime que nous avons un peu plus de connivence et de relations intimes. Le problème est quand je décèle des soins compliqués à faire, des abcès par exemple, qui ne sont pas gérables en cabinet. Il faut adresser les patients au CHU, en anesthésie générale, avec les mêmes problèmes de temps et de gestion du premier rendez-vous. Pour tous les patients, je demande à l'équipe soignante de me les amener tous les six mois pour faire un contrôle, avant s'il y a un problème. Chez les enfants, il y a rarement de souci au niveau de l'hygiène. C'est surtout chez les adultes où nous avons beaucoup de problèmes. Souvent, je les vois arriver la bouche pleine de plaques dentaires, de petits microbes sur les dents. C'est souvent un souci d'hygiène. Soit l'équipe soignante n'a pas le temps, soit le résident ne veut pas qu'on le touche. Je conseille quand c'est possible un brossage électrique. La brosse à dents électrique a un coût mais elle est plus efficace. Je demande aussi à l'équipe soignante, même si le résident est assez autonome, d'essayer de contrôler au moins une fois par jour le résultat du brossage. C'est le B.a-ba. Sans brossage correct, nous allons droit dans le mur.

Il est donc possible, au cabinet, de prendre en charge des patients, avec de la volonté et du temps. À chaque fois, il a été dit que le suivi est capital, tout comme le rôle de l'aidant. Ce que je reprendrai montre que nous avons bien la même vision.

Nous allons toujours avoir un rôle de conseil et de prévention. Le Dr Perrier a insisté sur ce point, le Dr Brachet le souhaitait : **il y a tout un volet préventif que nous pouvons mettre en place**. Si les parents des patients handicapés sont nos patients, une confiance est déjà établie. Nous pouvons expliquer des choses. Tout ce que nous faisons, nous l'expliquons aux aidants, aux accompagnants, et avant, bien sûr, toujours au patient. Nous insistons : le patient d'abord, qu'il soit X ou Y.

Maintenant, nous allons évoquer les handicaps, l'impact et les conséquences sur l'accueil et sur votre prise en charge au cabinet. Ni liste, ni recette : mon objectif est de vous aider à comprendre, à accueillir, à avoir la meilleure approche possible pour faire passer vos messages de prévention.

Tout d'abord, une définition, issue de la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 : *“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”*.

La personne en situation de handicap est une personne à part entière. Il faut connaître ses déficiences et ses incapacités. Mais aussi ses capacités pour être apte à la soigner. Nous avons des aidants et des institutionnels. Si nous voulons parvenir à des résultats, même sur le volet préventif, nous devons mener un travail d'équipe. Nous sommes tous handicapés de quelque chose. Mais nous avons tous des compétences. C'est cela qui rend la vie jolie. En tant que praticien, nous devons connaître nos capacités, nos limites et les représentations que nous avons du handicap.

Toute situation peut générer des sentiments d'être en difficulté, une inquiétude, une peur, une incompréhension, une frustration. Cela va enclencher chez la personne des émotions, et peut-être des comportements inappropriés, une colère,

une tristesse, une inhibition, des pleurs. Dans une situation de soin, plus de temps sera peut-être nécessaire. Vous avez donc là le rôle capital de l'aidant, pour décrypter, prévenir et nous prévenir. Si la personne accompagnante sent que cela va mal se passer, elle vous le dit.

Nous avons compris qu'accueillir une personne en situation de handicap, c'est accueillir un patient et sa famille, son accompagnant ou son aidant. Nous nous repositionnons alors comme avec un jeune enfant, où nous allons avoir des parents à gérer, ou une personne âgée accompagnée par sa fille/son fils. Il y a des enjeux et des ressentis, des choses qui évoluent, la manière dont la vie sociale est vécue. Il va falloir prendre tout cela en compte. Nous devons comprendre et être à l'écoute de cet enfant ou de cet adulte handicapé, des parents, des frères et sœurs. Pensons à les valoriser aussi d'avoir accompagné, tout en n'ayant qu'un seul axe : notre patient. Puis il y a les aidants, familiaux ou institutionnels. Il faut comprendre tout cela.

Tenir compte des particularités

Il faudra donc observer, être à l'écoute, lors d'un rendez-vous plus long. La personne en situation de handicap est souvent à risque élevé en odontologie, avec des difficultés à s'exprimer, à exprimer ce qu'elle ressent, sa douleur, ses besoins, des difficultés à communiquer et à coopérer. Ce patient peut présenter des particularités, notamment des modifications de la motricité. Nombre d'enfants trisomiques ont des difficultés en termes d'équilibre. Il faut le temps pour comprendre : si vous abaissez le fauteuil trop vite par exemple, cela peut créer une inquiétude. Il faut vraiment que chacune des choses, même si nous sommes en économie de mots, soit expliquée et montrée : *“maintenant, je vais abaisser le fauteuil”*, *“on y va, es-tu prêt ?”*. Sinon la relation de confiance peut être aussitôt rompue. Il y a aussi des particularités sensorielles. Le petit film, *Sensory Overload*, visible sur YouTube, montre que nous ne voyons ni n'entendons les mêmes choses. Ce bruit, que vous n'avez presque pas perçu, Théo se demande ce que c'est. Il faut donc le ramener avec soi, le rassurer. Les bruits sont un problème au cabinet dentaire. Nous devons les limiter au maximum. Attention, nous réagissons aussi différemment aux vibrations. Je reviens à ce

que disait le Dr Giraudeau sur la brosse à dents électrique. Je suis d'accord : la brosse à dents électrique donne au niveau parodontal de très bons résultats sur les gingivites. Nous avons juste deux problèmes. Le premier, c'est la peur des vibrations. Pour ceux qui en ont peur, nous ne pouvons pas conseiller l'outil. Le second concerne ceux qui n'arrivent pas à maintenir la bouche ouverte, et là, il faut voir s'il peut fonctionner.

Dans les particularités, il y a un envahissement, une saturation sensorielle qui peut générer des émotions. Imaginez que vous êtes bombardés de sons. Si je n'ai pas les outils pour les canaliser, j'explose. Le cadre bienveillant que nous allons mettre en place est essentielle pour ce patient qui se retrouve avec une intrusion buccale, alors qu'il ne sait pas où il est.

“Ce n'est pas la peine, Docteur, il ne comprend rien”. Cette phrase, je l'ai entendue d'un parent. Notre rôle est de faire quand même, quoi qu'on nous dise. Il y a des patients avec lesquels il ne se passe rien au premier rendez-vous, puis à force d'être là et de parler, il y a un sourire qui va apparaître. En tout cas, il y a une personne qui va sentir votre empathie. Elle ne voit pas, mais va sentir votre corps s'approcher, votre odeur. Elle va sentir que vous êtes là pour essayer de lui faire du bien. Tout cela va l'envelopper. Toutes ces particularités créent des difficultés, avec des manques de soins et des consultations tardives qui se font en cas de douleurs exprimées par le patient ou lorsque son comportement est interprété par l'entourage comme étant douloureux. *“Normalement, il est calme et puis là, il est agressif, il s'énerve pour un rien”.* Bien sûr, le fait qu'il ne veuille plus manger fait un lien directement. Mais parfois, c'est juste un comportement qui n'est plus le même. Alors l'entourage cherche. La tête ? Les dents ? Et souvent, les soins vont arriver tardivement, et être radicaux (extractions). L'état de santé bucco-dentaire s'aggrave. Un sur-handicap se crée. C'est pour cela que si vous pouvez voir les patients en amont, les suivre régulièrement, donner des conseils d'hygiène bucco-dentaire, nous arriverons moins vite à cela.

Les conséquences bucco-dentaires

A quoi faire attention ? On peut avoir des caries, des parodontopathies. Dans les pathologies traumatiques, je vous suggère de bien regarder les dents antérieures, la couleur, le fond du vestibule.

Tous les troubles de l'équilibre qui font qu'il y a chute. Après, il y a tout le volet des morsures qui peuvent arriver parce qu'il y a des malpositions dentaires ou osseuses. Parfois, nous devons faire une extraction pour ne pas gêner le chemin de fermeture. Il y a aussi les automutilations, tout un univers de maladies psychiques importantes où nous pouvons avoir des automutilations avec des extractions. Si vous vous retrouvez avec un patient psychotique en cabinet, adulte, non traité ou ayant arrêté son traitement, et s'il est dans un délire, pour l'aider, il ne faut pas aller dans ce délire. Il faut juste reconnaître que lui voit cela comme cela. Il faut donc respecter la personne, respecter ce délire, mais nous ne sommes pas obligés de rentrer dedans. Nous accompagnons, mais nous avons une limite et posons un cadre.

Les pathologies fonctionnelles représentent un autre volet des conséquences bucco-dentaires. Ce sont souvent des retards de maturation des fonctions. Pour la carie, c'est tout le volet des facteurs favorisants qui va la créer. Oui, il peut y avoir un manque d'hygiène bucco-dentaire, dû à un problème moteur ou un manque de motivation. Le patient a des caries parce qu'il dépend de l'autre pour son brossage à l'institution ou à la maison. Il y a une alimentation un peu plus cariogène, de compensation, de renforcement. Cela peut être un bonbon par exemple. Il peut y avoir des modifications de la salive dues aux médicaments pris. **Nous avons donc des facteurs favorisants qui peuvent faire plus de caries, comme nous en avons qui peuvent créer beaucoup de parodontopathies.**

Des douleurs peuvent avoir des répercussions sur le comportement. D'où le rôle de l'autoévaluation par le patient, quand il le peut. Mais aussi de l'hétéroévaluation par les aidants, grâce à une observation du comportement. Il y a des échelles. Autres conséquences des problèmes infectieux, des difficultés à s'alimenter, qui provoque une répercussion sur l'état général : perte de poids, incontinence salivaire, difficultés d'élocution, de phonation, troubles esthétiques. “Mais non, il ne se rend pas compte, ce n'est pas grave.” : bien sûr que si, il s'en rend compte. Et cela crée des répercussions sur l'intégration sociale, des rejets, de la souffrance psychologique pour le patient, d'abord, et pour la famille.

Et puis il y a tous les troubles neuromusculaires qui font qu'il n'y a pas d'équilibre. Nous allons avoir des

béances, des dysmorphoses, etc. J'insiste sur une chose à laquelle vous devez penser : la première cause de mortalité chez les personnes ayant des troubles neuro-moteurs, c'est une infection broncho-pulmonaire par contamination du système respiratoire par des germes pathogènes de la plaque bactérienne par fausse route. Il faut donc faire des détartrages, des gestes d'hygiène bucco-dentaire. "Déplaquer", c'est tout bête, quand on arrive à rentrer dans une cavité buccale.

Pensez, en cabinet, à la peur panique quand il y a trop d'eau dans la cavité buccale. Trop d'eau chez moi, chez vous, cela ne va pas être la même quantité. Pour le patient, peut-être qu'un peu d'eau, c'est déjà beaucoup. Si nous voulons faire le détartrage, il va falloir avoir une aspiration hyper efficace. Et je crois bien qu'il faut être plusieurs. Avec des aidants qui vont, parfois, être à la tête ou au bras, pour tenir en douceur le patient.

Autre élément à avoir en tête (utile pour répondre à des parents ou à des accompagnants qui s'interrogent sur des dents avec des drôles de formes, de tailles, qui sont écartées ou n'ont pas fait leur éruption) : il y a des anomalies dentaires parfois associées au handicap, comme dans les trisomies. Cela a aussi été remarqué dans des cas de déficiences mentales.

Qui dit patient à risque élevé en odontologie, risques carieux, dit prévention, sensibilisation, motivation, éducation du patient et de l'entourage à trois choses : hygiène bucco-dentaire, hygiène alimentaire et suivi régulier. C'est là que nous nous positionnons dans les cabinets libéraux. C'est une stratégie de prévention à avoir. *"Je veux stopper le processus carieux, je veux ralentir cette progression, je vais retarder l'apparition de problèmes gingivaux, de caries, je suis dans cette prévention."* Une prévention à appliquer à la maison et au cabinet dentaire, réalisée au fauteuil. Les études montrent qu'il faut donner des conseils simples, des conseils très concrets. C'est la petite fiche réalisée, où on se brosse les dents deux fois par jour, où je vais dès un an chez le chirurgien-dentiste, où je me brosse deux minutes. Ce sont des règles qui aident à se tenir.

Les conseils d'hygiène bucco-dentaire

Pourquoi l'hygiène bucco-dentaire est-elle un problème ? Parce qu'il peut y avoir un manque de motivation, une difficulté ou un manque de motricité, une dépendance à l'autre, une hypersensibilité buccale, dont vous avez parlé. Et si le patient n'aime

pas qu'on rentre dans sa cavité buccale, il va falloir mettre en place un apprentissage. Ce sera le travail des éducateurs, à travers des ateliers grimaces, par exemple. Les ergothérapeutes travaillent sur l'investissement de la cavité buccale. Certains kinésithérapeutes sont spécialisés aussi puisqu'il y a tout le volet des enfants qui n'ont pas acquis la mastication et ne mangent pas. Ils n'ont pas investi cette cavité buccale. Pour nous, ce sera une habitude à instaurer. Il s'agit d'abord de rentrer à l'extérieur (vestibule), puis à l'intérieur. Il s'agit aussi d'expliquer qu'il faut se broser les dents puis d'adapter les outils au handicap. Comment adapter la forme du manche d'une brosse à dents manuelle pour une meilleure préhension ? On peut faire des moulages. Il existe aussi des manches ergonomiques, en mousse, des brosses à dents à trois faces ou encore handi-brosse. Nous avons évoqué la brosse à dents électrique. Il y a le doigtier, la compresse autour du doigt, pour déplaquer. Il y a des mamans qui n'étaient jamais rentrées dans la bouche, parce que c'était impossible. Parce que c'est la nuit, parfois, qu'on peut couper les cheveux, les ongles, ou rentrer dans une bouche. Il y a eu des grands moments d'émotion pour des parents, à réussir, à nettoyer ou à retirer la plaque. Cela peut se faire. Vous avez des grattes langues. Il faut apprendre à ouvrir. Il y a des cales bouches, ou des miroirs pour jouer à rentrer dans la bouche. Voilà donc des petits apports que nous pouvons acheter sur différents sites.

Puis, il y a le volet fluoré. Nous privilégions le fluorure topique, en dentifrice. Le bain de bouche peut créer des fausses routes, mais le bain de bouche ou le dentifrice peuvent être mis sur la compresse, elle-même passée sur les dents. Cela ouvre des horizons à des parents, par exemple si le patient ne veut plus de la brosse pendant une période. Il faut avoir un bon dosage fluoré, car ce sont des patients à risque carieux. La question est de savoir si la personne sait cracher, si vous impliquez l'accompagnant ou si vous souhaitez aller vers l'autonomie. Les dosages seront classiques, il faut seulement faire attention aux goûts. Et il y a plein de choses à regarder sur Internet, avec l'apport notamment des applis pour le brossage.

La chlorhexidine est pour les problèmes parodontaux : s'il n'y a pas de fausse route, elle trouve sa place en bain de bouche. Sinon, elle sera passée sur une compresse. On ne la prend pas du bout du

doigt. On l'enveloppe sur son gant et on y va. Si la relation de confiance est là, on passe à l'intérieur. Le vernis fluoré, c'est la prévention au cabinet. Il se pose sur la surface de l'émail, pour reminéraliser ces lésions débutantes. La régularité est capitale. Il n'y a pas de risque de fluorose dentaire. Appliquez au moins deux fois par an pour être efficace. Celui à 22 600 ppm a un niveau d'efficacité élevé. Peu de patients n'aiment pas. Vous, au fauteuil, choisissez la marque que vous voulez. Nous prenons un vernis tolérant à l'humidité. Il faut respecter les protocoles d'application et les règles après application et faire donc attention à l'heure du rendez-vous au cabinet et aux contre-indications comme par exemple un asthme bronchique pour l'un des vernis.

Les conseils alimentaires sont classiques. Respecter le programme national nutrition santé. Une alimentation équilibrée, variée, adaptée, prise à intervalle de temps régulier, répartie en quatre repas par jour. La nuit, que de l'eau. Il faut éviter le grignotage. Si on ne peut pas faire autrement, on s'adapte. On grignote et on brosse après, on se rince à l'eau. Ou on boit son verre d'eau du soir plutôt après les bonbons qu'avant. Dès qu'il y a les premières dents, on insiste sur le fait qu'il faut arrêter le "à volonté". Il faut faire attention à la dépendance.

Le dernier conseil capital, c'est de revenir régulièrement au cabinet dentaire. Pour réorienter, redire les conseils, revoir la motivation, remettre le vernis fluoré. Pour savoir si le patient et l'accompagnant ont compris. Il s'agit de fixer aussi une date pour que cela rentre dans les habitudes de vie. C'est capital et parfois difficile : ce rendez-vous chez le chirurgien-dentiste est oublié ou décalé, parce que le patient ne dort plus, a fait une fausse route, est hospitalisé, etc. Il va falloir un vrai lien pour qu'ils aient envie de revenir vous voir.

La position au fauteuil

Nous avons évoqué les conseils, évoquons désormais la prise en charge, au fauteuil. Deux volets : le volet psychologique, qui va concerner la communication et que nous traiterons dans la partie 2 et le volet physique. Sur ce point, nous aborderons la position au fauteuil d'abord. Forcément, il faut s'adapter. Avec cette difficulté de trouver de nouveaux repères et points d'appui à chaque fois. C'est à chacun d'entre nous de voir comment adapter la position au fauteuil pour le patient. Si nous avons une assistante, il est important de savoir où

elle va se positionner – en général, de l'autre côté du crachoir. Et l'accompagnant, où va-t-il se placer ? Certains disent qu'ils peuvent tenir la tête par exemple, d'autres maintiennent les jambes. Il faut être hyper organisé et être performant rapidement puisque les patients sont souvent fatigables. Il faut savoir se positionner et trouver ses points d'appui pour être pertinent et rapide dans ses interventions. C'est un temps que nous devons prendre, qui est très important.

Autre problème physique : l'ouverture de la cavité buccale. Comment faire ouvrir la bouche alors que le patient ne veut ou ne peut pas ? Nous avons parlé de l'intrusion quand on avance le bras ou la main. Il faut être le plus délicat possible, en sachant qu'on a en même temps un acte à faire. Un massage avec le doigt, en intra buccal (zone vestibulaire), certains le font là, d'autres le font ici. Nous ne faisons pas tous pareil. J'ai une de mes collègues qui le fait sur les côtés. Certains se placent en antérieur et le font au niveau des molaires. Chacun a sa technique. Et ce n'est pas agressif pour la personne. Délicatement, cela va ouvrir la bouche. Une fois que l'ouverture est là, il faut être prêt à rentrer. L'aspiration doit être prête. La canule va servir, pour rester ouvert et entrer, pour ne pas agresser plusieurs fois. Dès qu'on ouvre, on s'introduit délicatement. Certains ont des mouvements involontaires de la tête. C'est une des raisons pour lesquelles il faut être plusieurs, car une personne va la maintenir. Adulte ou enfant, il faut lui dire qu'on va l'aider, parce que c'est difficile pour lui. On va maintenir sa tête pour ne pas qu'il ait à s'en occuper. Il faut expliquer la canule, l'aspi, etc. Toujours.

Voyons maintenant ce que représente la position sur le fauteuil dentaire pour le patient. Souvent, le patient se rend bien compte que le fauteuil va être une difficulté pour lui : *"comment vais-je arriver à me mettre sur ce fauteuil et à tenir ?"* Il faut que nous ayons en tête pas seulement nos soucis mais ce que l'autre peut ressentir. Plus un patient sujet à des mouvements involontaires est stressé, plus il manifestera ces mouvements involontaires. D'où l'intérêt de préparer la séance.

Il peut y avoir une photo. Parfois, il faut lui montrer comment s'asseoir, où mettre la tête, les jambes. Nous pouvons avoir de petites attentions, des empathies. Parfois, il faut montrer en plaisantant, en jouant : sans dire qu'on montre, on peut y arriver. Il y

a la difficulté de ne pas bouger. Il va falloir trouver une solution pour stabiliser la personne, en lui expliquant. Nous pouvons faire une contention qui doit être bienveillante, c'est-à-dire expliquée et douce. Attention, des accompagnants, souvent des parents d'enfants, disent qu'il ne faut pas les contraindre. Sans autorisation, nous ne le faisons pas. Pour faire une contention accordée, souvent, nous sommes aidés par l'accompagnant ou l'assistante. Il y en a un à la tête, un aux bras, aux mains. Si c'est un enfant, le parent peut le tenir. Cela peut être vécu comme une protection, plutôt qu'une contention. Nous pouvons mettre un oreiller ou un coussin entre la tête et le fauteuil. Il y a des ceintures de maintien. Parfois, les gens les ont. Cela s'achète en magasin de matériel médical. Le patient peut être dans une couverture calmante qui enveloppe et peut apaiser. On pourrait croire qu'on les contraint, mais en fait, c'est une sorte de doudou. S'il y a des difficultés à maintenir la bouche ouverte, on met une canule. Il y a des cales bouche que nous pouvons acheter. La grosse aspiration sert souvent, elle est à placer tout de suite, dès qu'il y a ouverture buccale. Nous avons parlé des fausses routes. Il faut faire attention aussi à l'inclinaison du fauteuil.

Globalement, cela demande plus de temps, plus de personnes au fauteuil. Mais réussir est une victoire pour tout le monde, le praticien, le patient, la famille pour l'accompagnant.

Préparer la consultation

En amont, que pouvons-nous faire ? Il faut préparer la visite, si nous le pouvons, avant le premier rendez-vous, au moment où les gens appellent. Il y aura ceux qui ne parleront pas du handicap, pour être pris. Mais si nous pouvons, nous convenons d'une date et d'une heure en fonction du patient et du chirurgien-dentiste pour que l'un comme l'autre soient le moins fatigués possible, aient le temps et soient disponibles. Avec un objectif : y arriver. Sur le plan administratif, nous demandons à ceux qui prennent rendez-vous de nous ramener toute l'histoire médicale, les traitements pris, les professionnels de santé impliqués, l'histoire dentaire, le volet autorisation de soins, le consentement. Si un patient sous tutelle arrive avec l'éducateur, et que nous n'avons pas de signature, nous ne pouvons rien faire parce que nous n'en avons pas l'autorisation. Il faut garder en tête que, quand on est sous tutelle, s'il y a des extractions prévues, cela peut être perçu comme une mutilation. Si nous avons prévu une extraction, le juge des tutelles peut demander à ce que nous la justifions. Le tuteur doit renvoyer une lettre aussi. C'est lui qui enverra tout au juge des tutelles, pour dire qu'il est d'accord. Pour la curatelle, c'est le patient qui signe. ”

Discussions

● Une participante

Il me semble que les patients qui viennent d'une maison d'accueil spécialisée ont généralement un papier signé et que les parents sont prévenus dès le début que s'il y a besoin, des soins seront faits et qu'ils doivent laisser cette responsabilité.

● Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

En IME, oui, mais dans les centres adultes...
à, je parlais de problèmes que nous avons eus avec les adultes.

● Marie CORVELEYN

Parfois, il y a deux tuteurs maintenant. Cela peut être un administratif, un mandataire judiciaire et un tuteur familial. Nous sommes donc obligés de redemander de justifier à chaque fois qu'il y a une intervention particulière. Quand il y a un refus de soins, nous sommes obligés de justifier les moyens que nous nous sommes donnés, pour que la personne puisse prendre la décision. Si un patient refuse de se faire retirer une dent, vous avez le droit de reconnaître son refus de soins mais il faut une traçabilité. Généralement, quand il y a des soins importants, nous demandons aux tuteurs d'accompagner. Nous leur disons qu'il y a une décision à prendre. Nous évitons que ce soit un éducateur, qui ne pourra pas. Il faut absolument le consentement, quand ce n'est pas possible.

● Une participante

Ce qui signifie, si j'ai bien compris, que le jour du premier rendez-vous, on ne peut pas faire d'actes si la personne est susceptible de...

● Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Oui, mais c'est surtout pour les extractions qui sont laissées à l'appréciation du juge des tutelles. Un détartrage, par exemple, n'est pas une amputation corporelle. Et si le tuteur a signé un papier pour faire les soins, il n'y a pas de souci.

● Une participante

Pour un handicapé adulte qui vient avec ses parents, c'est comme un enfant, il faut l'autorisation parentale ?

● Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Non, si ce ne sont pas les tuteurs (ils ne le sont pas forcément). Le patient peut être sous curatelle.

● Une participante

Tout handicapé avec un retard mental est forcément sous tutelle ?

● Marie CORVELEYN

Malheureusement, non. Il y en a qui ne sont pas sous tutelle. Des parents prennent ce rôle alors qu'il n'y a pas de mesure de tutelle. Là, cela devient très compliqué.

● Une participante

L'accompagnant peut nous le dire, cela.

● Marie CORVELEYN

Oui, il a tous les éléments. Il peut vous dire s'il est sous tutelle, sous curatelle, sous curatelle renforcée. Au niveau administratif, ce sera posé dès le départ. Mais c'est vrai qu'il pourrait se passer qu'il y ait une consultation où vous voyez qu'il y a besoin de faire une intervention. Dans ce cas-là, il faudra un papier de consentement, que nous recevons généralement de l'hôpital. Je vais me renseigner auprès des juristes de l'association. Parce que généralement, les interventions sont au niveau de l'hôpital de Nantes. Du coup, nous recevons un papier très complet que nous faisons signer par le tuteur. Une fois que c'est signé, c'est bon.



- **Une participante**

En général, nous aimons bien programmer ces interventions-là. Nous ne pourrions donc pas dans la mesure où nous n'aurons pas la réponse. Nous sommes obligés d'attendre d'avoir le feu vert. Et on revient à l'antibiothérapie idiote dont on parlait.

- **Marie CORVELEYN**

S'il y a un suivi régulier, on y revient. Dans nos projets, nous avons un suivi tous les six mois ou tous les ans. Du coup, vous pourriez détecter les problèmes avant.

- **Un participant**

Ce n'est pas fait partout. Quand il y a des extractions multiples avec des abcès, il n'y a pas d'autorisation, si nous avons quelqu'un qui souffre dans le fauteuil...

- **Marie CORVELEYN**

Je suis la première à défendre ceux qui souffrent, mais parfois, il y a des professionnels qui ne font pas ce qu'il faut. Je suis d'accord. Mais pour vous protéger, vous, il faut que vous ayez l'accord de la tutelle.

- **Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD**

C'est pour cela que j'avais mis cela en point, même si nous ne sommes pas dans de l'humain. Il peut y avoir des enjeux entre le tuteur et la personne.

- **Dr Benoît PERRIER**

Attention, il y a des dérogations pour les situations d'urgence. Dans une situation où l'indication va être l'extraction, c'est une dérogation éventuellement. Mais c'est dans un contexte infectieux, éventuellement une urgence vitale.

- **Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD**

Oui, il faut la justifier. Tout cela peut être interprété, de toute façon. C'était juste histoire de vous mettre cela en tête, d'être vigilant. Nous sommes dans la préparation.

- **Dr Benoît PERRIER**

Il faut rappeler que, même sous tutelle, la personne a la liberté de refuser un soin.

- **Marie CORVELEYN**

Oui, il faut vraiment qu'il y ait un consentement éclairé, avec une traçabilité de tout ce que nous avons mis en œuvre en amont pour lui faire comprendre.

- **Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD**

Oui, nous allons y venir. La personne qui est sous tutelle ne va pas signer cette autorisation. Ce n'est pas elle qui décide des choses. Elle a un tuteur pour dire oui ou non. La personne qui est sous curatelle décide. Elle signe. Alors que sous tutelle, elle ne décide pas.

- **Dr Dominique BRACHET**

L'idée, aujourd'hui, est d'essayer de lever les peurs des praticiens. Ce n'est pas non plus de leur faire peur. C'est très important. Mais je dirais que ce n'est pas plus important pour un patient porteur de handicaps ou sous tutelle que pour un patient lambda. Lorsque nous avons un enfant sur le fauteuil, nous avons exactement le même problème avec les parents. Tout le temps, il faut faire attention à ces problèmes de responsabilité. Il faut le remettre dans un contexte de notre exercice quotidien où effectivement, nous agissons en responsabilité avec les gens.

Les spécificités des consultations

Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD *MCU PH*

Autre chose importante à voir en amont, c'est ce qu'il faut savoir chez ce patient exceptionnel sur le plan humain : son handicap, ses codes de communication, ses peurs, ses habitudes, ses comportements et ce qui peut déclencher des troubles. Il faut savoir ce qu'il apprécie, ce qui le calme, ce qui l'intéresse, ce qui fait son univers. Nous pouvons préparer cela, avec eux. Il faut connaître la relation qu'il a avec son tuteur, ses proches, savoir si le brossage est facile. Cela nous donne une indication de la facilité à rentrer dans la bouche. Il faut aussi connaître les histoires précédentes. Peut-être qu'il y avait des rituels avec le dentiste précédent.

En amont, puisque nous avons dit qu'il fallait diminuer la part d'inconnu pour avoir moins peur, nous pouvons proposer au patient de venir avec un objet rassurant, avec une musique qu'il aime, les pictogrammes qui vont bien. Nous pouvons proposer de faire des photos du lieu, des personnes. Le patient peut se préparer à rester assis, à travailler l'ouverture buccale, en institution ou avec les parents. Les accompagnants peuvent venir à plusieurs.

Pour Théo, il s'agit de venir et repartir en tram : nous pouvons dire de ne pas hésiter à avoir ensuite, après la séance, une activité de plaisir, pour compenser. Il faut donner éventuellement des explications sur le déroulement de la consultation tout en sachant qu'il faudra essayer de s'y tenir et s'en rappeler. S'il travaille en amont d'une façon et que nous changeons quelque chose, cela peut ne pas être positif.

Il y a des sites pour préparer les consultations : le centre de ressources autisme, le réseau Lucioles, les fiches santé BD. Pour ceux qui regardent Orphanet, qui propose des informations sur les maladies rares, comme il y en a avec handicap, il y a un thesaurus qui a été fait avec des limitations de restrictions, des items que l'on peut faire cocher : est-ce qu'il regarde, est-ce qu'il comprend ? Est-ce qu'il apprend ? Au niveau de sa motricité, est-ce qu'il peut changer la position du fauteuil ?

On n'oublie pas que le patient porteur de handicap doit être associé aux décisions qui le concernent.

La recherche de son consentement passe par une communication qui lui donne une information accessible, qui respecte son intégrité et son

autonomie. C'est la loi de 2002.

Que nous ayons pu préparer la consultation ou pas, vient le moment de la consultation, avec le temps, l'écoute. La première chose pour tout le monde, adultes, enfants, accompagnants, patients, praticiens, nous redisons pourquoi nous sommes là. Que le patient comprenne ou pas, on n'explique pas seulement les choses, on dit pourquoi on est là. Je suis chirurgien-dentiste, celui qui soigne les dents. Vous êtes le patient. Vous êtes l'accompagnant. On redit quelle est la place de chacun, pour que ce soit clair, pourquoi on est venu, s'il y a des douleurs ressenties, l'histoire dentaire si on ne l'a pas eu en amont, on juge l'évaluation du degré d'anxiété, de coopération possible. On évalue les capacités et les compétences, si nous n'avons pas pu le faire en amont. Il y a le questionnaire médical, qui est important.

Puis nous allons faire notre approche avec la communication. Communiquer, cela signifie se mettre à la hauteur, se regarder. Là, c'est quelqu'un qui supporte le contact. Au début, je ne l'approchais pas comme cela. Il restait dans son coin. Au fur et à mesure, nous nous sommes rapprochés.

Dans l'examen bucco-dentaire, nous pouvons trouver la dent causale, savoir s'il y a une infection, ce qui peut créer une douleur. Nous faisons nos bilans pour donner des conseils adaptés. Nous délivrons nos messages de prévention. Pour l'examen bucco-dentaire, il faut s'organiser pour que le plateau d'examen ne soit pas à portée de main de la personne. Nous faisons nos plans de traitement, notre action de prévention. Il faut toujours se demander ce qui est possible en cabinet et évaluer les risques et les bénéfices. Quand on a choisi ce que nous voulons faire, on prend un temps de paroles partagées. Il faut être positif, reformuler, rassurer, bien faire le point pour l'accompagnant comme pour le patient. Il faut se faire un petit contrat en se disant qu'en cabinet, on peut faire certaines choses et d'autres pas. Dans ce cas, je vais réorienter et expliquer pourquoi pour éviter toute confusion.

Sur l'information et le consentement, la loi dit bien que le consentement n'est plus une acceptation passive, mais l'expression de la participation



active du patient. Nous insistons sur la confirmation de l'obligation, qui précise le rôle actif du patient, qu'il soit mineur ou majeur sous tutelle. On explique et on informe le patient et son accompagnant. Puis on informe les représentants légaux. Je vous conseille, quand ce sont des enfants, s'il n'y a pas d'entente ou s'il y a une séparation, si nous allons en AG ou en MEOPA, d'avoir le consentement de tous. Bien sûr, le consentement écrit ne permet pas d'éviter un conflit. Mais il le limite et matérialise l'information. Nous devons informer et tout noter dans le dossier médical des patients : l'état de santé, le diagnostic, les investigations, les prescriptions, les techniques, les soins, le déroulement. Comme pour tout le monde, handicap ou pas. Comment on informe ? En prenant son temps en entretien individuel, on s'assoit, on s'assure d'être écouté, on fournit une information accessible, loyale, claire, appropriée, pour recueillir un consentement éclairé.

- Diffusion de photo -

Là sur ces photos, nous nous sommes positionnés derrière le patient. Nous sommes prêts, pour poser

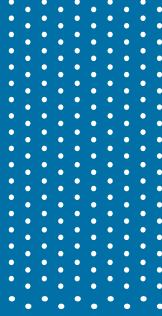
notre vernis fluoré dans la cavité buccale. Dans des positions peu académiques, nous trouvons nos points d'appui pour nous installer. Quand c'est ouvert, si tout va bien pour la personne, on va éventuellement rester à l'intérieur et se promener pour que celui qui regarde voie le côté droit, puis le côté gauche. On ne sort pas dix fois de la bouche pour aller regarder ce qui se passe. On en profite pour tenir la langue aussi.

Voici la contention dont je vous parlais. La maman a accepté de le faire. Elle est sur le fauteuil avec son petit assis sur elle, elle va le tenir avec sa jambe, sans que ce soit trop lourd. Elle va lui tenir les mains. Quelqu'un tiendra la tête, en accord avec tout le monde.

- Diffusion de video -

Vous voyez la communication qui se passe ? Elle reconnaît ma voix. C'est bien la voix, la vibration. Parfois, c'est l'odeur. On peut donc communiquer avec les gens.





PARTIE



COMMUNIQUER

Communiquer “ simplement ” :
communication verbale et non verbale
(avec le patient, avec l’aidant),
approche comportementale.





Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD
MCU PH



Pour nous, il y a une communication verbale et non verbale, pour une approche comportementale. L'idée est de rentrer en relation avec l'autre. C'est possible, en fonction du handicap. Il y en a pour lesquels cela va être trop difficile, au cabinet. Il n'y a pas de recette. Partons déjà du principe que nous sommes là et chacun essaie, avec sa bonne volonté, de communiquer avec l'autre. Malgré cela, nous risquons de ne pas réussir à nous comprendre ou à nous entendre. C'est ce qu'il faut retenir.

La communication, c'est le fait d'établir une relation avec autrui. Pour nous, c'est donc une relation thérapeutique. Nous voulons un cadre pour travailler ensemble. Nous voulons communiquer pour créer un climat de confiance réciproque, une bonne ambiance, au moins pour être écouté dans les messages de prévention, si on ne peut pas faire du soin, et pour améliorer le déroulement de la consultation. Chacun à son tour, le chirurgien-dentiste, le patient, l'accompagnant, va être receveur et émetteur. Il y a aussi un contexte et c'est notre difficulté : le contexte est anxiogène chez nous.

Pour communiquer, il y a un socle commun à tous, entre non-handicapés et handicapés. Nous allons retrouver tout ce que nous savons faire pour parler, mais il y a des particularités, des codes de communication différents. Le patient peut nous en informer. Certains peuvent vous dire oui, non. L'aidant, souvent, va vous aiguiller. Il faut donc être très à l'écoute de tout le monde. Puis il y a les codes de communication que vous allez découvrir en essayant de faire quelque chose. On s'adapte, on comprend. **La relation, c'est bien patient / praticien / accompagnant, avec patient/praticien d'abord, puis accompagnant, très respecté même s'il n'est pas regardé, puisqu'il nous donne des informations capitales.**

Pour une communication de qualité, **la cohérence entre le verbal et le non verbal est capitale.** Cela crée une confiance. Il faut donc une cohérence du discours, de l'action du chirurgien-dentiste avec lui-même, avec son équipe dentaire. Dès qu'on entre, il devrait y avoir une ambiance zen. Parce qu'il y a des personnes, et notamment en situation de handicap, qui sont très intuitives. L'empathie peut aussi être remarquable. Le plus bel accompagnement comportemental que j'ai vu, c'est une jeune femme trisomique qui l'a fait à une autre jeune femme trisomique, et ça reste un merveilleux moment pour moi. Elle a porté son amie et le soin s'est fait tout

en douceur. Pour une approche thérapeutique de qualité, il faut bienveillance, respect, communication non verbale, verbale, écoute active, toujours avec un cadre. L'écoute est bienveillante, mais cadrée. Il faut de l'empathie, bien sûr. Se sentir compris aide à avoir envie de coopérer. Se sentir en confiance aide à avoir moins peur, moins mal. Cela aide à mieux supporter l'intrusion thérapeutique, à diminuer la part d'inconnu. Cela permet une meilleure maîtrise de la situation et donc, du stress.

Est-ce normal d'avoir peur dans le cabinet dentaire ? Oui. Il peut s'agir d'une peur de la douleur, de l'inconnu, de l'intrusion, de la perte de contrôle, de la perte d'intégrité de son corps, d'être séparé de son accompagnement. Vous, vous vous demandez si le patient est armé : quelles sont ses peurs, ses réactions face aux peurs, qu'est-ce que vous pouvez faire ? **Il faut donc essayer de l'intéresser, de développer sa curiosité, lui donner envie de participer, trouver ce qui peut le motiver, expliquer les choses, ne pas mentir, l'aider à faire face.** Mais encore une fois, c'est du temps.

Si je ne comprends pas, cela augmente mon anxiété. Donc, quoi que la personne comprenne, il faut expliquer et lui parler comme elle comprenait. On s'adapte, on reconnaît le patient, on se met à sa hauteur, on se présente à lui, on l'encourage, on le soutient. Le soutien, c'est un sourire, un regard. Ce sont des gestes, une position, une voix. C'est un silence aussi. Ce sont des mots simples, peu nombreux, des instructions très précises, claires, un langage positif, sans trop de mots. C'est toujours accompagner ses demandes par un geste, pour les expliquer. C'est montrer qu'il y a une fin, via une matérialisation avec le timer. On ne ment pas, on félicite, on fait participer. Puis à l'accompagnant, qui est là, on fait remarquer combien cela se passe bien. Nous prenons le temps, si nous pouvons, sans jamais oublier notre objectif de soins, en étant organisés, en répondant aux interrogations. C'est

pareil, on répond une fois, on répond deux fois. Il faut avancer malgré tout. On respecte les autres, mais il faut rester maître chez soi, se respecter et poser ses limites sans se laisser manger. La détresse empathique ne sert personne. Puis on explique tout aux personnes présentes. L'accompagnant est ce qu'il est : sa présence est bénéfique ou pas. Souvent, elle l'est. Nous allons dire, faire et parfois, l'aidant reprend, redit, avec sa voix rassurante. Il calme le patient lorsqu'il a un comportement inapproprié. Il peut nous prévenir si cela ne va pas. Le patient est différent pour plein de raisons. Chacun a sa personnalité. Et notre vécu du jour va nous changer. C'est classique pour tous.

Utiliser tous les sens

Comment communiquer avec ce patient qui ne vient pas parce qu'il a envie, mais parce qu'il est emmené, lors de cette première consultation ? Où sont l'envie et la motivation ? Comment décrypter ce qu'il y a sur son visage ? J'observe, et parfois, je ne vois rien. Comment créer la confiance ? Pensons que la communication, pour être de qualité, va passer par tous les sens. Il y a souvent un canal sensoriel qui fonctionne. Parfois, il y en a plusieurs. Il faut donc créer cette rencontre, être dans cette écoute, avoir envie, au moins pour nous. Il faut prendre le temps, respecter le rythme du patient. Sur le verbal, il faut parler clairement. Qu'il soit communicant ou non, qu'il s'exprime ou pas, gardons un langage adapté au développement. **Nous choisissons des mots justes et simples.** Il y a le "facile à lire et à comprendre", une façon simple de rédiger. Il faut que nous ayons aussi un langage facile à comprendre, court, simple, tranquille. Attention à l'humour, cela a été évoqué : si la personne ne comprend pas, nous pouvons la mettre en difficulté, parce qu'elle peut croire que nous nous moquons. C'est donc important de savoir si elle aime manier l'humour ou pas. Il y a des personnes en situation de handicap qui ont beaucoup d'humour. Dans ce cas, on peut y aller.

Il nous faut faire reformuler, pour le patient qui peut, les règles, les consignes, ou l'aidant le fait, pour que nous soyons sûrs d'avoir été bien compris. On dit bien le pourquoi des choses. On accompagne. Et nos gestes sont doux. Le même geste sert à répéter la même chose. Il ne faut pas trois gestes pour dire le même mot. Il y a le rôle de la voix qui transmet le message, qui doit

exprimer par son ton, son rythme, son intensité, l'empathie, la bienveillance, la présence, le calme. Il faut que ce soit suffisamment fort pour que la personne puisse l'entendre. Si nous sommes avec des gens malentendants, cela va être un autre type de langage, face à eux, en train d'articuler, de montrer des choses. Évidemment, avec la personne malentendante, on ne parle pas en lui présentant notre dos et en faisant autre chose en même temps. La voix ne doit pas être trop forte non plus, pour ne pas la faire percevoir comme une agression. Elle ne doit être ni monotone, ni brusque et avoir un rythme modéré, lié, pour sécuriser, amené à coopérer. Vous pouvez essayer le chant, qui passe parfois mieux. Vous pouvez parler en vous mettant au niveau, mais sans trop vous approcher, pour ne pas agresser la personne.

La communication non verbale a un rôle très important. C'est elle qui s'établit au premier contact. Elle va donc être plus facile à comprendre pour le patient en situation de handicap. C'est notre regard. C'est la communication visuelle, à établir si on peut, à maintenir. Si la personne est non voyante, c'est aussi important : si mon regard est dirigé vers elle, c'est que mon corps aussi. Toute mon attention, toute ma voix sont dirigées vers elle. Elle le sent donc, même si elle ne le voit pas. Pour ceux qui ont un regard qui va partir beaucoup, on essaie de le capter. On passe notre temps à essayer de revenir au patient si le contact est coupé. Si l'accompagnant nous dit que ça le met mal à l'aise, on regarde sans trop regarder. Nous sommes dans une écoute très active. Il faut avoir une posture relâchée tout en étant présent, ici et maintenant. Cela donne corps à la communication verbale. On fait une communication pluri sensorielle avec la personne. Sur les gestes, comme nous l'avons dit, on est souple. Le visage est vers lui, nous pouvons hocher de la tête. Cela s'entend quand je hoche la tête. Il faut le sourire qui accompagne. Et il faut le silence, qui soutient la communication. Ce n'est pas un silence gêné, mais un silence qui donne le temps au patient de s'adapter à ce que je viens de dire. C'est une synchronisation verbale ou non verbale au patient qui veut rester dans son coin et qui ne veut rien, et qui, à un moment, va être là. Si nous sommes coupés, nous sommes coupés. Je m'installe, je fais comme lui et j'attends.

Parfois, nous voyons la personne qui ne voulait pas être là, et qui, par cette synchronisation, vient.

Peut-être que là, nous avons une piste. Et nous respectons si elle ne veut pas parler. Nous l'avons évoquée, cette distance, l'intrusion dans l'intimité de l'autre. Elle me fait penser à la question du toucher, avec cette aide précieuse, à nouveau, de l'accompagnant. "Ne lui touchez pas la tête, c'est impossible" : là, nous allons être embêtés, bien sûr. Il faut savoir si nous devons prendre des précautions, mettre éventuellement en place une contention avec l'accord de tout le monde. Et trouver, avec les accompagnants, la meilleure manière de la réaliser.

Être tout au patient

Les éléments qui vont compter sont la préparation en amont que vous avez pu, ou non, faire, et savoir ce qui caractérise les différences du patient. Si je me suis organisé et que j'ai déjà un quart d'heure de retard, cela va changer, cela ne va plus être le même patient, et même si vous le connaissez depuis longtemps. Si vous êtes très en retard, cela ne va pas aller. Il faut savoir ce qui l'amène, s'il y a urgence ou pas, prendre le temps, être calme, être au calme, dire "bonjour" au patient, en le regardant, en lui parlant. C'est un signe de respect et de reconnaissance. Après, "vous", "tu", chacun voit. Si pour une personne adulte, cela lui va mieux qu'on lui dise "tu" parce qu'elle se sent plus à l'aise, alors on dit "tu". Cela se discute avec les personnes qui la connaissent. En tout cas, cela dit que nous sommes là. Nous sommes tout au patient. Nous nous adressons à lui, doucement, directement. Nous tentons de ne pas provoquer de troubles, nous le laissons s'installer. Nous sommes attentifs dès l'entrée. Nous avons fait notre approche. Nous le laissons, nous ne mentons pas, nous expliquons, nous montrons, nous faisons toucher le matériel une fois, une deuxième fois. Il faut qu'il découvre la

sensation. Si la lumière gêne, nous la baissions. Nous le laissons se familiariser avec l'environnement. Si nous avons fait les photographies avant, il a pu travailler et se remettre cela en tête. Nous offrons un moyen de contrôle, avec le lever de main par exemple. Il faut que nous sachions ce que cela veut dire. Nous pouvons aussi offrir un moment de pause. Cela peut être de monter et de descendre avec le fauteuil par exemple. Alors on monte et on descend. Ou on remplit un gobelet.

Il faut travailler pour qu'il comprenne qu'on remplit une fois et pas deux. Mais le moment de pause est quelque chose qui est bien, afin d'expliquer toutes les sensations, la vibration, les tiraillements. Pour ceux qui aiment se regarder, donner la possibilité de regarder ce que cela fait si nous avons fait une anesthésie. Bien sûr, on n'oublie pas que les gens ont peur d'avoir mal, on explique les différences entre avoir mal et sentir. On encourage, on porte en paroles, "c'est bien, continue". **Si le verbal ne fonctionne pas, on regarde, on soutient, on fait un renforcement positif, on félicite. C'est la synchronisation dont nous avons parlé.** On prend le temps, on valorise, on souligne ce qui a été bien, on n'insiste pas trop sur les points négatifs.

A la fin, on fait un petit bilan avec l'accompagnant et on félicite. Quand on a un handicap mental, un patient avec déficience mentale, l'applaudissement fait beaucoup de bien, même pour un adulte. Une fois par hasard, je l'ai compris. Le patient était rayonnant. Du coup, maintenant, toute l'équipe applaudit. On s'adapte. Ce sont des petits éléments que vous pouvez utiliser. Nous associons le patient à sa consultation, à son traitement. On le responsabilise, on l'implique. Connaître, c'est avoir moins peur.



Présentation d'Acsodent Pays de la Loire

Acsodent
Pays de la Loire
Accès aux soins et à la santé bucco-dentaires
pour les personnes en situation de handicap



Natacha CHAMPAIN
Coordinatrice d'ACSODENT



ACSODENT est une association née en 2009 dans le Maine-et-Loire. À la demande de l'ARS, elle est devenue un dispositif d'appui régional, un réseau de partenaires, dont vous faites partie, vu que l'URPS, l'Ordre et l'UFSBD sont adhérents. L'idée est de travailler avec tous les publics dont nous avons parlé ce matin : familles, aidants professionnels, établissements, professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes. Les personnes elles-mêmes ne s'adressent pas à nous directement. Nous essayons de trouver des

solutions pour améliorer l'accès à la santé et aux soins bucco-dentaires. Nous sommes missionnés par l'ARS pour vous appuyer, ainsi que les professionnels d'établissements ou de structures sanitaires. Cela passe par la formation, notamment de correspondant en santé orale. Pour cela, nous travaillons en partenariat avec l'UFSBD.

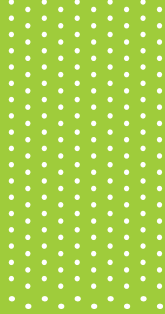
Dans le cadre d'une convention de partenariat avec ACSODENT, les associations ou organismes gestionnaires peuvent bénéficier de formations de personnel au sein de l'établissement et de dépistages. Dans ce cadre, nous travaillons sur l'évaluation des besoins. Nous travaillons aussi sur la formation, l'information ou l'orientation des chirurgiens-dentistes, sur le recensement des outils qui peuvent exister et l'information des publics. Nous sommes de refaire notre site pour qu'il soit une boîte à outils à destination de nos différents publics. Nous travaillons aussi sur la formation des personnes elles-mêmes, surtout des travailleurs en ESAT. On nous demande de travailler sur l'information des personnels, sur la structuration et l'amélioration de l'offre de soins régionale. Les Ordres nous demandent de les accompagner, notamment sur le recensement de l'offre de soins existante, mais pas forcément accessible. Parce que sur les cabinets accessibles, nous l'avons bien vu ce matin, le seul intérêt n'est pas forcément de savoir que nous pouvons y rentrer. C'est aussi de savoir ce

qui va se trouver derrière, une fois que nous aurons franchi les portes du cabinet. Nous travaillons aussi sur les dispositifs qui existent, de droit commun et dédiés. Nous avons notamment accompagné le Maine-et-Loire et la Mayenne sur la mise en place d'un dispositif dédié dans ces départements. Notre rôle est aussi de valoriser ce que font les acteurs (familles, établissements, chirurgiens-dentistes, etc.) et qui peut améliorer le quotidien et la santé des personnes en situation de handicap.

Dernier point : nous participons ou organisons des événements qui permettent à tous de se rencontrer. Nous avons par exemple participé aux Special Olympics qui ont eu lieu à Nantes en juin 2017. C'était des jeux nationaux d'été pour des athlètes en situation de handicap mental. Ils faisaient des programmes santé pour les athlètes et c'était la première année où le bucco-dentaire était représenté. Six étudiants de la faculté de chirurgie dentaire étaient avec nous pendant trois jours. Nous avons fait de la prévention bucco-dentaire avec différents ateliers. Nous avons créé des outils, des animations, des jeux.

Nous sommes là pour vous informer. Et, quand nous n'avons pas les réponses, pour vous orienter vers les personnes qui peuvent vous aider. N'hésitez donc pas à nous solliciter, vos questions nous font réfléchir sur les réponses à apporter.





PARTIE



PARTAGE D'EXPÉRIENCES

“PRÉPARONS LA VISITE
AU CABINET DENTAIRE”



Partage d'expériences

Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD MCU PH

Pour terminer la journée, deux films.

Nous retrouvons l'accueil : regarder, s'intéresser. Cela permet d'entrer en contact, de parler avec le patient. Il y a le rôle de l'aidant. Là, on se parle, on reste ensemble, on rassure. On redit à quoi cela sert, pourquoi on est là. On regarde les dents. On fait le point sur les conseils. Vous entendez également tous les bruits. On se rappelle de tout ce qu'on a fait les autres fois. Même avec l'habitude, il faut redire certaines choses.

On montre pourquoi, le côté agréable, drôle. On fait de la musique. On regarde, mais on ne regarde pas. De loin, il commence à s'approcher. On l'aide, le soignant et la maman. Il y a le geste qui accompagne. On explique ce qu'on va faire. La question est d'aider à ouvrir la bouche. Lui sait le faire. Vous avez vu que nous sommes rentrés tout de suite, avec un certain positionnement. La maman est rassurante. Elle maintient les mains et en même temps, elle rassure l'enfant. On regarde chaque endroit. On voit combien il est attentif. Il y a la musique. On regarde. Il y a certaines sensations. On recommence. On reprend le même mot. Il y a cette musique. On dit "bravo". Il y a les félicitations. Il y a le parent qui félicite son enfant. Tout le monde se rend compte qu'on a bien travaillé.

Delphine BOUCHET Maman de Théo

Au début, Théo était très nerveux. Il serrait les mains, tenait toujours les miennes. Plus cela va, moins il me les tient. Il se détend.

Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD MCU PH

On sent les odeurs. On montre toujours chacun des gestes, même un geste qui paraît anodin. On redonne la consigne de ce qu'on veut faire. Il y a un certain travail sur l'autonomie. La maman insiste. Il a entendu un téléphone. On avait demandé l'autorisation de filmer. Il n'a pas été gêné par la caméra. Il savait, il a compris. Il l'a intégré. On redit comment on fait, on s'appuie sur le doudou. On le refait régulièrement. Là, on essaie d'introduire une nouveauté.

Delphine BOUCHET Maman de Théo

Là, c'est l'habitation. C'est quelque chose qu'il n'a jamais vu. Cela fait pourtant plusieurs années qu'il l'a. Il est inquiet, car il ne connaît pas. Mais on présente. Le bruit va être gênant donc je bouche les oreilles. Je le prépare pour le bruit, avec son doudou.

Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD MCU PH

Là, il est très intéressé quand même. Il veut bien regarder. On met de l'eau dans le gobelet pour qu'il voie à quoi cela sert. Là, je sens bien qu'il n'est pas prêt. Toucher, montrer, expliquer. Mais aujourd'hui, non. Là, il ne veut pas. On s'adapte. Tout cela pourrait ne pas paraître suffisant au niveau de la prévention, en fait, cela fait des années que nous nous voyons, qu'il y a pose d'un vernis fluoré. Il n'y a pas de lésion carieuse.



Delphine BOUCHET *Maman de Théo*

Là, il est prêt.

Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Même si le patient ouvre bien la bouche, il faut toujours avoir quelque chose en garde parce que la bouche peut toujours se fermer à cause d'un bruit ou quelque chose. Après, nous essayons de nettoyer à la compresse au maximum. Avec l'aspi, on pousse la langue. On peut se positionner ainsi. Il est attentif. Je voulais en mettre sur le haut. On le fait participer. On lui demande s'il est bien d'accord. On est sur le haut. On fait le bilan. On essaie de se rappeler. On dit au revoir à doudou.

Delphine BOUCHET *Maman de Théo*

Là, on lui avait dit que c'était fini et donc, il est prêt à partir.

Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Enora⁷, c'est une autre histoire. On me voit rentrer. C'était difficile pour elle. C'est ce que je vous disais tout à l'heure. Là, elle me suit vraiment. Elle est sur son fauteuil et donc, je suis autour de ce fauteuil. Nous voulions faire un détartrage et elle ne supporte pas les bruits non plus. Nous avons à ôter du tartre ici. Même si elle ne comprend pas, j'explique. Je montre. On fait voir l'instrument pour détartrer. Comme pour elle, ce n'est pas possible avec les bruits et qu'elle a peur, nous ne travaillons pas avec des instruments à ultrasons. On a montré la sonde, l'instrument. C'est très bien. On sent. On est sur cet accompagnement. On est positif. On l'accompagne. Il faut montrer que quand on est en confiance, on peut passer la main, une fois que la première plaque a été enlevée. Il y a un temps de repos. La maman dit que c'est super. Il faut lui parler, lui dire que c'est formidable. Il y a du contact. La maman participe, elle aide. On évite les débris dans la cavité buccale, on les récupère tout de suite. Il faut penser aux pauses que nous devons faire. Enora est contente, sa maman aussi. Tout le monde est content, l'étudiante après pensait que c'était formidable. Cela a boosté tout le monde que nous ayons réussi cela.

Discussions

● Une participante

Est-ce que le fait de ne pas porter de masque facilite l'échange ?

● Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Nous, nous faisons sans masque pour créer un lien.

● Dr Benoît PERRIER

Pour les personnes adultes handicapées, sans masque, cela peut être parfois un peu difficile.

● Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

À partir du moment où le contact s'est fait, nous pouvons expliquer que nous avons besoin d'un masque, que cela se fait pour l'hygiène, ou parce que nous sommes enrhumés. Cela peut être accepté.

● Une participante

C'est souvent l'examen sans masque et le soin avec masque.

● Dr Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Oui, une fois que la relation de confiance est établie.

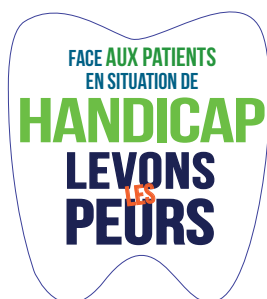
Je vais faire comme avec les enfants, je vous applaudis, vous avez été supers. Merci.

Clôture

Dr Dominique BRACHET

Président de l'URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire

Un grand merci pour votre participation et ces échanges attentifs aux besoins de nos patients en situations de handicap.





Immeuble SIGMA 2000
5 boulevard Vincent Gâche - 44200 NANTES

Tél. 02 51 62 52 19

urps.chirurgiens.dentistes.pdll@gmail.com

www.urpscdpdll.org  @URPS_CD_PdIL