



EDE STM 1

SESSION 2015



**CAPET
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

PREMIÈRE ÉPREUVE

Durée : 5 heures



L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.



La personne handicapée a théoriquement les mêmes droits que la personne valide mais a parfois beaucoup plus de mal à les faire appliquer. C'est tout particulièrement le cas dans le domaine des soins et de la santé. Faciliter pour les personnes handicapées l'accès aux soins et au système de santé, par tous les moyens existants ou à inventer, améliorer ainsi leur qualité de vie et leur inclusion sociale marquera une étape fondamentale dans le changement de paradigme nécessaire à notre société.

JACOB, Pascal. *Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement.* Rapport remis au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, avril 2013, extrait

Montrer que l'amélioration de l'accès aux soins et au système de santé des personnes en situation de handicap participe à la mise en œuvre concrète de leur citoyenneté.

Annexes

Annexe 1 : Le handicap, un phénomène complexe. *In* Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement. Extrait du rapport établi par Pascal JACOB pour le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, avril 2013. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarloti.pdf> 3

Annexe 2 : Parcours d'un enfant avec autisme de sa petite enfance à sa vie de jeune adulte. *In* « Zéro sans solution » Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Extrait du rapport établi par Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat. Ministère des affaires sociales et de la santé, 10 juin 2014. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_pdf..... 3

Annexe 3 : Permettre aux personnes les plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation au système de santé et de garantir ainsi l'effectivité de leurs droits. D'après le rapport Pour l'An II de la démocratie sanitaire. Etabli par Claire COMPAGNON pour le Ministère des affaires sociales et de la santé, 14 février 2014. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf..... 5

Annexe 4 : Organisation institutionnelle des parcours de soins et d'accompagnement. D'après Organisation institutionnelle. Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/evenements-colloques,2396/comite-interministeriel-du,2820/technique,2827/organisation-institutionnelle,16312.html>. Consulté le 03 novembre 2014 7

Annexe 5 : Données qualitatives sur les populations majeures protégées. *In* L'accompagnement à la santé de la personne handicapée – Analyse de la littérature. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). Juillet 2013. Disponible sur : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Analyse_Litterature_Juillet_2013.pdf.....8

Annexe 1 : Le handicap, un phénomène complexe

Même si de grands efforts ont été faits ces dernières années pour faire évoluer la situation, le handicap reste en France un phénomène caché aux yeux de la population «ordinaire». Les personnes concernées sont marginalisées car elles suscitent un sentiment de peur chez les «valides», une peur déraisonnable, essentiellement due à la méconnaissance profonde du handicap dont elles sont atteintes. Le phénomène est complexe. Les natures de handicaps et les conséquences qu'ils peuvent avoir sur les personnes handicapées sont extrêmement variées, tout comme les maladies, accidents ou coups du hasard qui peuvent en être à l'origine ou même se cumuler en cas de polyhandicap.

Sans même en avoir conscience, la société a pendant longtemps vu la personne handicapée comme «celle qui n'a pas eu de chance», une victime à laquelle on ne veut certes aucun mal et pour laquelle on éprouve même beaucoup de compassion mais qu'on préfère savoir loin de soi ou de ses proches pour ne pas être contaminé par le «mal» dont elle est atteinte. Mieux encore, on a longtemps préféré fermer les yeux et ne rien savoir du tout sur ce type de population pour s'éviter les remords ou un sentiment de culpabilité pourtant sans fondement objectif. Ce phénomène a abouti à une vraie scission de notre société entre le monde ordinaire et des personnes en situation de faiblesse. Le monde des valides a peur du monde des personnes handicapées qui elles-mêmes se sentent rejetées par le monde ordinaire et ont tendance à s'isoler ou à se ghettoïser dans des lieux qui leur sont dévolus. Cette situation, née de peurs archaïques et irrationnelles, est inadmissible. Y apporter les remèdes appropriés constitue un enjeu sociétal qui touche au plus profond de nos mentalités. C'est tout un état d'esprit qui doit évoluer et, pour y parvenir, la société doit se donner tous les moyens dont elle dispose pour accueillir en son sein, parmi les autres et au même titre que les autres, les personnes handicapées.

Source : Le handicap, un phénomène complexe. *In* Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement. Extrait du rapport établi par Pascal JACOB pour le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, avril 2013. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf>

Annexe 2 : Parcours d'un enfant avec autisme de sa petite enfance à sa vie de jeune adulte

Des troubles repérés très tôt, des professionnels qui tardent à poser le diagnostic

Les parents de P. ont repéré les difficultés de leur enfant dès l'âge de deux ans. Les professionnels de santé rencontrés à ce moment-là ont réfuté ce possible diagnostic. Il est alors accueilli en crèche. A trois ans, P. est scolarisé à temps plein en petite section de maternelle et est pris en charge le mercredi en hôpital de jour de pédopsychiatrie. Durant cette première année, une première consultation auprès d'un pédopsychiatre faite à l'initiative des parents indique aux parents qu'ils ne doivent pas s'inquiéter et qu'il ne s'agit pas d'autisme. Toujours aucun diagnostic.

Une scolarisation demandée par les parents mais non soutenue par l'hôpital de jour

Le refus de l'hôpital de jour de soutenir la scolarisation de P. en maternelle conduit à l'échec en grande section. P. est perçu comme un enfant qui perturbe la classe et empêche les

apprentissages des autres élèves. Il est donc pris en charge à temps plein par l'hôpital de jour. Aucun diagnostic formalisé n'a encore été posé : P. a 6 ans. L'hôpital de jour refuse toujours de tenter une nouvelle scolarisation adaptée. Malgré ce refus, les parents insistent et obtiennent une inscription en CLIS.

Un diagnostic médical enfin posé à l'âge de 7 ans mais un refus d'aide pour la reconnaissance du handicap

Les parents prennent alors l'initiative de demander une évaluation diagnostique auprès du centre spécialisé. Le diagnostic est posé mais ce centre refuse d'accompagner les parents en vue de la reconnaissance du handicap de leur enfant afin d'éviter qu'il soit stigmatisé et que cela lui porte préjudice. Les parents ne peuvent recevoir d'aide pour les transports malgré des horaires de travail difficiles et la mère de P. est donc contrainte de réduire puis d'arrêter son activité professionnelle.

Un parcours de scolarisation rendu incertain et chaotique par des adaptations aléatoires et insuffisantes

L'hôpital de jour s'oppose à ce que les parents mettent en œuvre des interventions extérieures telles que l'orthophonie. Une orthophonie en libéral sera néanmoins mise en œuvre par les parents mais faute de soutien et de formation, celle-ci cesse rapidement. Au cours de la troisième année de scolarisation en CLIS, une institutrice spécialisée ainsi qu'une auxiliaire de vie scolaire compétente permettent des progrès significatifs pour P. Les deux années suivantes seront faites de diminution de temps de scolarisation, de refus d'attribution d'auxiliaire de vie scolaire, et de recours successifs engagés par les parents pour l'obtenir.

A 10 ans, arrêt de l'école et de l'hôpital de jour : P. restera sans solution jusque 12 ans

P. quitte la CLIS. L'hôpital de jour met un terme à sa prise en charge compte tenu de la limite d'âge. Les parents mettent en œuvre de leur côté la recherche d'un IME spécialisé. Pas de places auprès des établissements ayant un agrément autisme. Refus du côté des établissements moins spécialisés si des moyens supplémentaires ne sont pas octroyés.

Devenu jeune adolescent : un accompagnement spécialisé est mis en œuvre par un IME

La CDES prononce une orientation vers un IME en externat qui se voit attribuer des moyens supplémentaires pour un renfort d'effectifs. Sur cette période entre 12 et 17 ans, la prise en charge sera porteuse et cohérente.

La transition vers l'âge adulte : P. et ses parents entrent dans une zone forte de turbulences

A 17 ans, P. se retrouve au sein de l'IME avec des plus jeunes que lui. Il devient plus difficile à gérer à la maison et à l'IME. Il présente des comportements-défis et semble régresser. L'IME est très vite en échec. Les parents ont plus de mal à faire face.

Face aux comportements-défis et à l'échec des réponses mises en œuvre : P. est hospitalisé en psychiatrie

Suite à une crise à l'IME, P. est orienté vers une hospitalisation en psychiatrie. C'est un vrai traumatisme pour sa famille.

Un personnel hospitalier non formé, la non bienveillance (isolement abusif, contention, traitement à forte dose), P. est totalement déboussolé et perd rapidement ses compétences et son autonomie personnelle. Après six mois d'hospitalisation, les parents sortent leur fils de l'hôpital et le gardent à la maison. La mère de P. cesse toute activité professionnelle pendant presque un an pour s'occuper de son fils. L'IME a, entre temps, mis fin à la prise en charge

compte tenu des comportements-défis présentés par P. et indiquant que la gravité des troubles nécessitait une prise en charge psychiatrique.

L'absence de solution à l'âge adulte : le maintien en « amendement Creton »

Quelques séjours d'accueil temporaire ont été mis en place pour faire souffler la famille et remobiliser les compétences de P.. A l'issue de l'un d'entre eux, un accueil de jour en IME est trouvé. P. y est toujours en « amendement de Creton » auprès d'autres enfants et adolescents beaucoup plus jeunes. Une orientation vers un FAM a été prononcée mais sans aucune solution trouvée à proximité. Les seules pistes à moyen terme sont très éloignées du domicile familial et nécessiteraient un déménagement. La piste des établissements belges est alors évoquée par la MDPH.

Une possibilité d'accueil en Belgique : un choix difficile mais nécessaire

Après une longue période à domicile, avec quelques séjours d'accueil temporaire et faute de possibilité d'accueil en France, les parents, sur proposition de la MDPH, acceptent une orientation vers un établissement wallon. P. y réside mais présente toujours des difficultés d'adaptation. Les retours sont moins fréquents et le traitement médicamenteux reste lourd.

Source : Parcours d'un enfant avec autisme de sa petite enfance à sa vie de jeune adulte. In « Zéro sans solution » Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Extrait du rapport établi par Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat. Ministère des affaires sociales et de la santé, 10 juin 2014. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf

Annexe 3 : Permettre aux personnes les plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation au système de santé et de garantir ainsi l'effectivité de leurs droits.

[...] Objectifs :

- Permettre aux personnes les plus vulnérables et exclues de participer aux processus de participation des usagers et citoyens au système de santé
- Favoriser la prise en compte des personnes vulnérables et exclues dans l'organisation et le fonctionnement des établissements et des services
- Favoriser l'accès aux droits des personnes malades et veiller à leur respect [...]

Enjeux :

La mission a souhaité s'intéresser plus particulièrement à cette question de l'exercice des droits pour les personnes les plus vulnérables. Ils sont généralement les plus éloignés des dispositifs de participation, ils sont aussi ceux pour lesquels les atteintes aux droits sont les plus fréquentes et leur accès au système de soins est souvent difficile. L'idée du « parcours du combattant » est dans tous les esprits pour décrire les contacts avec l'administration ou les organismes d'assurance maladie en vue d'obtenir une prestation. Elle renvoie une image sévère, qui n'en est pas moins fidèle à la réalité vécue par les populations fragiles et précaires, mais aussi par leurs accompagnants et aidants, confrontés à des organisations qui à l'évidence n'ont pas été conçues pour elles et tardent à s'adapter.

Si la question de la vulnérabilité est inhérente à la relation entre soignants et soignés, accompagnants et accompagnés, son intensité est variable selon les situations. Certaines populations sont particulièrement porteuses d'une vulnérabilité, ce qui nécessite de se poser la question de l'accompagnement non seulement aux droits mais également à l'expression de la parole. Elles sont légitimement représentées par les représentants des usagers classiques mais

certaines spécificités liées à leurs conditions de vie, nécessite une prise de parole directe de leur part. Globalement, ceux que l'on va considérer comme les plus vulnérables sont les personnes très âgées, voire atteinte de démence, les enfants, les personnes malades psychiques, les personnes en situation de handicap, et enfin les personnes en situation de grande précarité, certaines cumulant plusieurs situations. [...] Il en ressort tout d'abord qu'il y a aujourd'hui dans la question de la représentation des usagers vulnérables, deux situations :

- celle des gens, qui sont en capacité de se représenter eux-mêmes si on les écoute mais à qui on ne donne pas la parole ;
- celle des gens qui ne sont spontanément pas en capacité de se représenter seuls.

Il est essentiel en effet de rappeler que la vulnérabilité ne retire pas en soi la capacité à s'exprimer ; être malade ou handicapé notamment ne conduit pas à une altération de la réflexion et de la capacité à communiquer. Il est de fait extrêmement violent pour les personnes d'avoir le sentiment que leur est dénié leur droit à choisir et à parler pour eux-mêmes. [...]

Ceci étant, nous savons bien que le fait d'être malade, d'être hospitalisé ou de séjourner dans une institution crée de facto une situation de vulnérabilité au-delà des questions de handicap ou de fragilité sociale. Aussi s'intéresser et réfléchir aux modes d'accompagnement et de respect des droits pour les plus fragiles d'entre nous peut être bénéfique pour l'ensemble de la population : la capacité d'une organisation à accueillir les personnes les plus éloignées démontre son adaptabilité et son attention aux besoins et attentes des usagers en général. Les solutions imaginées ont donc tout intérêt à être proposées au-delà des seules situations décrites ci-dessus.

Nous avons identifié deux principaux enjeux :

- le premier enjeu est parfois de leur redonner simplement une reconnaissance de citoyen. Force est de constater qu'accès aux droits, accès aux soins et accès à la santé sont étroitement imbriqués. Il s'agit donc de tenter de réduire les asymétries entre soignants et soignés et de développer des pratiques et des dispositifs qui permettent d'accompagner les personnes dans l'exercice de leurs droits et la reconnaissance de leur savoir. Pour ce faire, il faut leur donner la parole ou les aider à la prendre [...] ; il s'agit alors de trouver des modalités d'accompagnement pour leur permettre de l'exprimer et de le reconnaître ;

- le deuxième enjeu de la participation des personnes vulnérables est un enjeu social dans la mesure où participer à un collectif peut contribuer à inverser des spirales de désocialisation, d'isolement et de repli, permettre de retisser des liens, enclencher des dynamiques de mobilisation individuelles et collectives. Il convient d'aller au-delà d'un accompagnement individuel en organisant des espaces permettant la naissance d'une parole collective. Ceci étant, cette parole collective est très difficile à faire émerger : c'est un public qui ne partage pas nécessairement les mêmes codes de communication que les professionnels, avec qui la confiance peut être difficile, ils sont parfois rejetés, rudoyés. Cela implique donc des démarches volontaires et innovantes.

Source : Permettre aux personnes les plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation au système de santé et de garantir ainsi l'effectivité de leurs droits. D'après le rapport Pour l'An II de la démocratie sanitaire. Etabli par Claire COMPAGNON pour le Ministère des affaires sociales et de la santé, 14 février 2014. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf

Annexe 4 : Organisation institutionnelle des parcours de soins et d'accompagnement

Parcours de soins et d'accompagnement : Le renforcement de la coordination institutionnelle

Constat : Le Conseil de la CNSA [Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie] dans son chapitre prospectif pour 2013 rappelle à juste titre que le caractère sectoriel des politiques publiques et la spécialisation accrue des acteurs produisent des cloisonnements qui entrent en contradiction avec le caractère multidimensionnel des problèmes à traiter...

La commission spécialisée « organisation institutionnelle » du CNPH [Conseil national des personnes handicapées] souscrit à ce constat en rappelant qu'il est de la responsabilité du CIH [Comité interministériel du handicap] de définir et d'impulser la nécessaire coordination du secteur de la santé avec celui de l'autonomie.

Logique descendante nationale et transversalité territoriale

Bien que la logique de parcours de soins et d'accompagnement soit à présent une constante reconnue et développée par de nombreuses institutions nationales, il n'en demeure pas moins que les organisations ministérielles verticales éprouvent des difficultés à s'engager dans des logiques territorialisées à présent transversales. La régionalisation de la construction de l'action publique dans le champ sanitaire et médico-social avec la création de l'ARH puis de l'ARS s'engage sur la voie d'une organisation sanitaire et médico-sociale sur un territoire.

Au niveau régional et territorial

Le binôme ARS/Conseil général auquel se greffe les institutions déconcentrées de la cohésion sociale pâtissent d'un manque d'articulation organisationnelle et fonctionnelle pour former un ensemble structuré et cohérent au service des personnes en situation de handicap. L'absence de coordination des politiques publiques régionales et départementales accentuent le phénomène de déconnexion des décisions publiques couvrant un même champ.

Les niveaux d'intervention (ARS déconcentrée et CG décentralisés) ne peuvent plus se réaliser d'une manière autonome (sans que les besoins relevés sur les territoires ne soient transmis aux ARS).

La Commission organisation institutionnelle du CNCPH [Conseil national consultatif des personnes handicapées] constate que le redécoupage d'attributions plus ou moins ponctuelles ne permettent pas une lecture cohérente des politiques publiques : formation professionnelle et apprentissage à la région, mais « orientation tout au long de la vie partagée entre Etat et Région...; fonds européens gérés par les régions ; un type d'établissement (Esat) transféré au département, mais avec maintien du rôle de l'ARS et de l'Etat dans sa version « agencifiée ». A ce titre, les points de coordinations des acteurs concourant à des aspects de la gouvernance du champ du handicap doivent être renforcés. [...]

Un parcours de soins et d'accompagnement ne peut se réaliser sans la mise [en place d']un parcours de soins coordonné et accessible à tous. Il en va de l'avenir de millions de personnes en situations de handicap qui à ce jour ne bénéficient pas de toutes les mesures leur ouvrant l'accès au soin et à la prévention et au dépistage de pathologies autres que celles ayant

conduit à leur handicap et qui peuvent y être étroitement liées. Un dépistage et une prise en charge précoce éviteraient bien des complications ultérieures.

Source : Organisation institutionnelle des parcours de soins et d'accompagnement. D'après Organisation institutionnelle. Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/evenements-colloques,2396/comite-interministeriel-du,2820/technique,2827/organisation-institutionnelle,16312.html>. Consulté le 03 novembre 2014

Annexe 5 : Données qualitatives sur les populations majeures protégées.

Il convient de constater au préalable le faible nombre d'études quantitatives ou qualitatives permettant de mieux cerner non seulement l'identité de cette population mais aussi son état sanitaire et ses besoins. En 2005, une enquête spécifique sur le thème « santé et vie quotidienne » a néanmoins été réalisée par l'Observatoire National des Populations Majeures Protégées (ONPMP) dans le cadre d'un appel à projet de la mission recherche (MiRe) de la DREES. Ses résultats fournissent des éléments sur l'état de santé général de cette population :

- 98% des personnes sont affiliées à la Sécurité sociale et une personne sur 10 bénéficie de la CMU, ce qui est proche des données relatives à la population générale (99% de la population française est couverte par l'assurance maladie, dont 85% par le régime général des salariés).

- Plus de 9 personnes sur 10 déclarent avoir un médecin traitant de référence. Les chercheurs précisent toutefois que cette donnée doit être interprétée avec prudence. En effet, il n'est pas certain que cet intitulé ait été compris par les répondants au sens donné par les textes législatifs, ni qu'il s'agisse du médecin déclaré à la CPAM. Si tel est néanmoins le cas, cela signifie que l'ensemble de la population étudiée est bien inséré dans le système de suivi médical tel que défini par les textes.

- Près de 90% de la population étudiée a rencontré un médecin généraliste au moins une fois au cours de l'année de l'enquête. L'accès aux soins non spécialisés des répondants est d'un niveau très convenable. S'agissant des spécialistes, l'étude met en évidence des chiffres identiques à la population générale, hormis pour les dentistes (31% contre 54 % en population générale) et les professionnels de la santé mentale.

- S'agissant des professionnels de la santé mentale, 40% de la population étudiée déclare en avoir rencontré un au moins une fois dans l'année (psychiatre, infirmier psychiatrique, psychologue, psychanalyste, AMP). 37% de la population vivant à domicile est dans cette situation, ce qui est très élevé comparativement à la population générale. Dans l'enquête HID, 2,7% des personnes vivant à leur domicile déclarent avoir consulté pour troubles psychiques ou mentaux lors des trois derniers mois. L'étude souligne toutefois que la rencontre avec les professionnels de la santé mentale est très inégale en fonction des troubles déclarés par la personne elle-même. Deux groupes sont distingués : une population importante qui a rencontré ce type de professionnel au moins une fois dans l'année (95% pour des troubles psychotiques et schizophrénie) et une population qui déclare un trouble psychique mais qui ne rencontre pas nécessairement de professionnels. Ainsi, 56% des personnes qui déclarent un trouble anxieux ont rencontré ce type de professionnel.

- Selon leurs déclarations, plus des deux tiers des répondants suivent un traitement médical. 44% des répondants ayant répondu à cette question prennent au moins un médicament en lien avec une difficulté psychique (y compris troubles du sommeil). Ce pourcentage confirme la forte proportion de majeurs protégés ayant des difficultés de cet ordre. Pour 28%, ce traitement a été prescrit par un psychiatre. 5% suivent une psychothérapie. Parmi les répondants, 25% prennent des neuroleptiques, 13% des anxiolytiques, 11% des antidépresseurs, 4% des barbituriques, 2% des sédatifs et 2% des hypnotiques.

- 37% de la population étudiée a été hospitalisée durant l'année 2005, en établissement psychiatrique, en établissement général, voire les deux. L'étude met en évidence une sous-représentation des hospitalisations des personnes qui ne déclarent pas de difficultés psychiques. Près de 2 majeurs protégés sur 10 ont appelé un service d'urgence, ce qui constitue un chiffre relativement élevé.

- Plus d'un majeur protégé sur 10 déclare être en rupture de soins, ce qui questionne le suivi : alors que ces personnes sont administrativement suivies (action du délégué), sont affiliées à la sécurité sociale et que la majorité d'entre elles rencontrent des professionnels de santé régulièrement, un certain nombre sont en situation de rupture pour un soin spécifique. Les besoins en soins spécifiques non couverts semblent en effet élevés (1 à 2 personnes sur 10), en premier lieu les soins dentaires et des soins psychiatriques.

Source : Données qualitatives sur les populations majeures protégées. In L'accompagnement à la santé de la personne handicapée – Analyse de la littérature. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). Juillet 2013. Disponible sur : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Analyse_Litterature_Juillet_2013.pdf