



HAL
open science

Échelle d'évaluation de la complexité de la prise en charge des personnes à besoins spécifiques en Odontologie : étude pilote dans le service d'odontologie de l'hôpital Louis Mourier à Colombes

Farah Wassouf

► To cite this version:

Farah Wassouf. Échelle d'évaluation de la complexité de la prise en charge des personnes à besoins spécifiques en Odontologie : étude pilote dans le service d'odontologie de l'hôpital Louis Mourier à Colombes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02170887

HAL Id: dumas-02170887

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02170887>

Submitted on 2 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-S-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019

N° 030

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 03 juin 2019

Par

Farah WASSOUF

**Échelle d'évaluation de la complexité de la prise en charge des
personnes à besoins spécifiques en Odontologie : étude pilote dans
le service d'odontologie de l'hôpital Louis Mourier à Colombes**

Dirigée par Mme le Docteur Adeline Loing

JURY

Mme le Professeur Marysette Folliguet

Président

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Assesseur

Mme le Docteur Arabelle Vanderzwalme

Assesseur

Mme le Docteur Adeline Loing

Assesseur

Mme le Docteur Marguerite-Marie Landru

Invité

Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme DURSUN Mme VITAL	M. COURSON Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET M. PIRNAY	Mme GERMA M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES		M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIEAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Mise à jour le 04 septembre 2018

Remerciements

À Mme le Professeur Marysette Folliguet

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Docteur en Sciences odontologiques

Doctorat d'État en Odontologie

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de la faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Chef de Service de l'hôpital Louis Mourier

Chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Officier de l'ordre des palmes académiques

Qui me fait l'honneur d'être présidente de mon jury de thèse d'exercice. Je vous remercie pour ces trois années d'externat riches en apprentissage au sein de ce service dont je garde les meilleurs souvenirs. Votre présence bienveillante couplée à votre exigence m'ont permis de gagner en assurance, en maturité et en empathie. Puisse ce travail être digne de ce que vous m'avez apporté sur le plan professionnel comme personnel.

À M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Qui me fait l'honneur d'être présent au sein de mon jury. Je garde un souvenir précieux des travaux dirigés en votre compagnie et des conversations pleines de fraîcheur au détour des couloirs de la faculté. Votre générosité et votre humilité m'ont profondément marquée. Soyez assuré de ma gratitude.

À Mme le Docteur Arabelle Vanderzwalm

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Qui me fait l'honneur de faire partie de ce jury. Merci pour ce que vous apportez à notre formation, pour votre rigueur et votre investissement sans faille pour les étudiants. Votre passion pour ce métier me sert d'exemple, je n'aurais pas développé le goût pour l'odontologie pédiatrique sans votre enseignement.

À Mme le Docteur Adeline Loing

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Qui m'a fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse. Merci d'avoir été présente durant ma T1, pour ces moments mémorables lors du stage de santé publique, pour m'avoir écoutée et conseillée avec sagesse quand ça n'allait pas. Je vous suis infiniment reconnaissante pour votre disponibilité et votre implication dans ce travail. Votre présence m'a fait voir mon métier sous un nouveau jour, j'espère exercer à l'avenir avec la même humanité.

À Mme le Docteur Marguerite-Marie Landru

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Ancien Chef de Service de l'hôpital Albert Chenevier

Chevalier de l'ordre des palmes académiques

Qui me fait l'honneur d'être jury invité. J'espère que ce travail suscitera votre intérêt.

Remerciements

Aux enseignants de la faculté qui m'ont transmis leur savoir et leur conscience professionnelle et qui m'ont forgée en tant que jeune praticienne. Une pensée particulière pour les docteurs Vanderzwalm, Sevin et Santucci ainsi que les professeurs Colombier et Vital qui m'ont donné le goût de leurs disciplines respectives.

A ma promotion Colombes, pour la solidarité constante qu'on a su montrer dans le travail comme pendant la grève, pour la bonne ambiance et les nombreux apéros. Je vous souhaite un parcours professionnel plein de réussite.

Au personnel du service d'odontologie de Louis Mourier, pour nous avoir apporté la légèreté et les rires dont on avait besoin dans nos jours grisâtres.

A Laetitia, qui a été une marraine d'exception depuis la P1. Tu m'as guidée et rassurée chaque fois que je doutais de moi dans ce cursus fou. Merci pour ta bienveillance, ta loyauté et ton humour.

A Mélissa, qui m'a accompagnée sur ce long chemin, de la réunion de bienvenue en P2 à aujourd'hui. C'est une vraie chance de t'avoir rencontrée, j'espère qu'on trouvera notre bonheur dans ce métier comme en dehors.

A ma binôme Lauren, future meilleure orthodontiste. Pour notre tandem de choc à Colombes, pour m'avoir adulée autant que je t'adule, pour nos débuts rocambolesques dont je garde les plus précieux souvenirs.

A mes amis de longue date qui m'ont entourée pendant la rédaction de cette thèse. Merci pour les mots d'encouragement, les images idiotes, pour toutes ces conversations à refaire le monde. A Ali, qui a été sur ce coup un vrai patron.

A mon frère et ma sœur, pour leur soutien sans faille depuis le début. Merci de supporter mon tempérament et d'être des sources d'inspiration constantes au quotidien.

A ma mère, enfin, le pilier de ma vie.

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 : PATIENTS A BESOINS SPECIFIQUES	5
1.1 PATIENTS A BESOINS SPECIFIQUES : DEFINITIONS.....	5
1.1.1. <i>Handicap</i>	5
1.1.2. <i>Personnes âgées et dépendance</i>	10
1.1.3. <i>Précarité et exclusion sociale</i>	12
1.2 PRISE EN CHARGE EN FRANCE JUSQU'EN 2018	16
1.2.1 <i>Formation des chirurgiens-dentistes aux besoins spécifiques</i>	16
1.2.2 <i>Patients : réponses apportées à la demande</i>	18
1.3. PRISE EN CHARGE PROPOSEE PAR LA NOUVELLE CONVENTION	22
1.3.1 <i>Une proposition unique pour une difficulté unifactorielle</i>	22
1.3.2 <i>Patients concernés</i>	25
2 : ÉVALUER LA COMPLEXITE DE LA PRISE EN CHARGE : PROPOSITION D'ECHELLE	32
2.1. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE	32
2.1.1. <i>Contexte</i>	32
2.1.2. <i>Le Case mix model</i>	32
2.1.3. <i>Construction de l'échelle</i>	34
2.1.4. <i>Méthodologie</i>	35
2.2. LE QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION	37
2.2.1 <i>Interrogatoire préliminaire</i>	37
2.2.2. <i>Facteur 1 : Communication</i>	38
2.2.3. <i>Facteur 2 : Technique facilitatrice nécessaire</i>	39
2.2.4. <i>Facteur 3 : Coopération pendant l'examen ou le soin</i>	40
2.2.5. <i>Facteur 4 : Complexité de l'état de santé</i>	41
2.2.6. <i>Facteur 5 : Risque de pathologies dentaires</i>	43
2.2.7. <i>Facteur 6 : Autonomie d'accès aux soins</i>	44
2.2.8. <i>Facteur 7 : Coordination administrative</i>	45
2.2.9. <i>Avis sur l'échelle et commentaires</i>	47
2.3. RESULTATS	48
2.3.1 <i>Présentation des données</i>	48
2.3.2 <i>Analyse du score</i>	50
2.4. DISCUSSION	55
2.4.1 <i>Discussion</i>	55

2.4.2 Perspectives	56
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59
TABLE DES FIGURES	62
TABLE DES TABLEAUX	63
ANNEXES	64

Introduction

La santé orale des personnes à besoins spécifiques reste une problématique majeure de santé publique à l'heure actuelle. Elles rencontrent en effet encore des difficultés à se faire soigner.

Pour elles, le parcours de soin est fait d'obstacles divers et variés et débute par la reconnaissance de leur état de santé. Pour le chirurgien-dentiste, leur prise en charge demande une certaine expertise et requiert un supplément de temps et de moyens.

En France, où l'accès aux soins pour tous est un principe fondamental, une évolution vient d'être actée : la nouvelle Convention nationale des chirurgiens-dentistes, organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, a été approuvée par arrêté puis publiée au Journal officiel en août 2018¹.

Un des grands axes de cette Convention, est de « renforcer la prise en charge des soins dentaires en faveur de catégories de populations fragiles et de publics spécifiques, comme les patients en situation de handicap lourd. ». L'article 12 propose de définir les personnes concernées par cette définition et de mettre en place une compensation financière de 100 euros par séance de soins pour les bénéficiaires de l'AEEH et de la PCH.

On sait désormais que les besoins d'un patient ne sont pas la conséquence directe de son diagnostic, car une même pathologie peut amener des prises en charge plus ou moins compliquées d'un patient à l'autre. Il est également admis que la difficulté ne provient pas que d'une coopération défailante mais qu'elle est multifactorielle. Ainsi, comment définir et évaluer ce qui fait la complexité d'une prise en charge ? La définition présentée par la Convention peut-elle prétendre à l'exhaustivité ?

Cette thèse est une étude pilote visant à évaluer une échelle de complexité de prise en charge des patients à besoins spécifiques.

Elle est constituée de sept items, chacun se référant à un facteur de difficulté : communication, nécessité de technique facilitatrice, coopération durant l'examen et les soins, complexité de l'état de santé, risque de pathologies dentaires, autonomie d'accès aux soins et nécessité d'une coordination administrative. Chaque item est accrédité d'un certain nombre de points de difficulté.

¹ Legifrance, Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

Au cours de l'année 2018, nous avons rempli l'échelle pour chaque patient rencontré en consultation avec le Dr Loing jusqu'à obtenir un total de 100 questionnaires.

L'objectif de ce travail est de présenter cette étude ainsi que les résultats préliminaires obtenus au sein du service d'odontologie de l'hôpital Louis Mourier à Colombes, HUPNVS, APHP.

1 : Patients à besoins spécifiques

1.1 Patients à besoins spécifiques : définitions

Les patients à besoins spécifiques constituent une population hétérogène qui peut être regroupée en trois grandes catégories : les personnes en situation de handicap, les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de précarité.

1.1.1. Handicap

1.1.1.1 Handicap selon l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé a établi en 1980 la Classification Internationale des Handicaps (CIH). Cette classification, inspirée du modèle du Dr Philip Wood, s'appuie sur trois notions pour définir la situation de handicap :

- Une déficience, ou aspect lésionnel du handicap (par exemple, une altération de la capacité de préhension manuelle) ;
- Une incapacité, ou aspect fonctionnel du handicap (dans le même exemple, l'altération entraîne une difficulté dans la capacité d'écrire) ;
- Un désavantage, ou aspect situationnel du handicap (cette difficulté d'écriture induit des difficultés scolaires ou complique l'insertion professionnelle).

La CIH offre une vision essentiellement médicale et considère la personne comme étant en situation de handicap parce qu'elle ne s'adapte pas à la société dans laquelle elle évolue.

Cette conception du handicap ayant évolué avec la société, elle a abouti à une révision de la classification en 2001 : la CIH a été remplacée par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), adoptée dans plus de 200 pays.

La CIF explique dans son introduction : « Dans le modèle médical, le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels. (...) Dans le modèle social, en revanche, le handicap est perçu comme étant

principalement un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société. »²

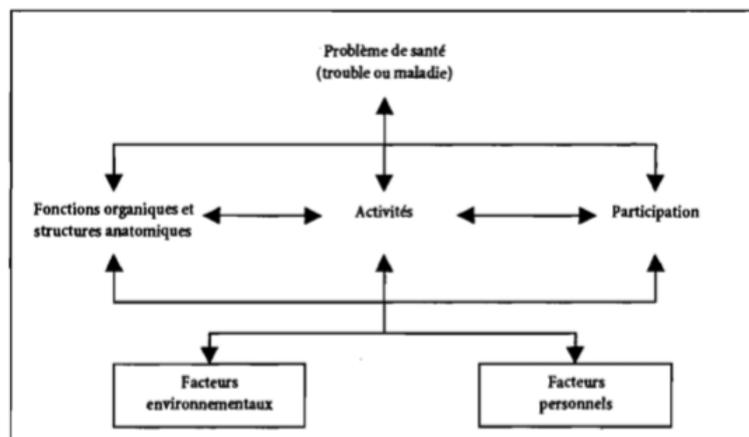
Cette classification prend donc le problème dans l'autre sens : elle considère que l'environnement n'est pas adapté à l'individu.

Elle est constituée de deux parties :

- Fonctionnement et handicap : celle-ci regroupe les composantes « Fonctions organiques et structures anatomiques » et « Activités et Participation ».
- Facteurs contextuels : celle-ci regroupe les composantes « Facteurs environnementaux » et « Facteurs personnels »

Toutes ces composantes peuvent être exprimées en termes positifs ou négatifs et interagissent selon le schéma suivant :

Figure 1 : Interactions entre les composantes de la CIF



Source : Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, 2001

Dix ans après l'introduction de la CIF et ce changement de paradigme sur le handicap, l'OMS publie en 2011 son Rapport mondial sur le handicap, ressource regroupant « les meilleures informations disponibles sur le sujet, afin d'améliorer la vie des personnes handicapées ».

² Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*.

Il y est notamment dit que les personnes handicapées ont « une probabilité deux fois plus grande de juger insuffisantes les compétences des agents de santé pour leurs besoins, quatre fois plus grande de ne pas être bien traitées et presque trois fois plus grande de se voir refuser les soins de santé dont elles ont besoin. »³

Le rapport se conclut par des recommandations à tous les pays afin de résoudre les obstacles et les inégalités ; un des axes majeurs s'intitule « Résoudre les obstacles aux soins de santé ». Qu'en est-il de la situation en France ?

1.1.1.2 Handicap en France

En 2005 a été promulguée la « loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées », dite loi handicap⁴. Elle remplace la dernière grande loi sur le sujet datant de 1975.

L'article 2 pose la définition du handicap en France : « Constitue un handicap, 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 ». ⁵ Cette définition a été partiellement reprise pour l'article 12.1 de la Convention, déterminant les patients concernés par les mesures spécifiques.

La loi handicap de 2005 a introduit ou renforcé plusieurs dispositifs pour promouvoir l'insertion des personnes handicapées, notamment :

- des mesures liées à l'accessibilité, comme l'introduction de normes pour permettre aux personnes en situation de handicap d'avoir accès aux établissements recevant du public (notamment les locaux des professionnels de santé) ;
- la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

³ Organisation mondiale de la santé. Commission des Déterminants Sociaux de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement, *Rapport mondial sur le handicap*.

⁴ Legifrance, L'égalité des droits et des chances.

⁵ Legifrance.

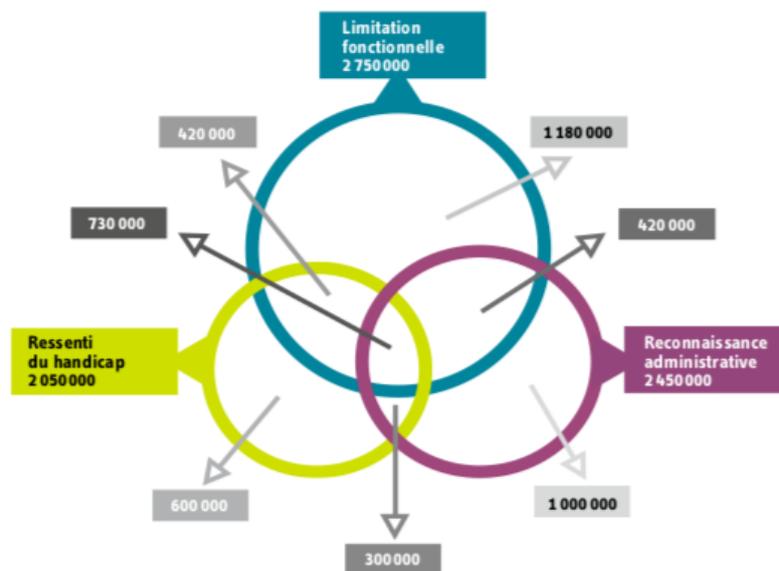
1.1.1.3 Données épidémiologiques

A l'échelle mondiale, l'OMS⁶ évoque environ un milliard de personnes en situation de handicap dans le monde :

« Selon l'enquête sur la santé dans le monde, environ 785 millions (15,6 %) de personnes âgées de 15 ans et plus vivent avec un handicap, tandis que les estimations de la charge mondiale de morbidité avancent un chiffre aux alentours de 975 millions (19,4 %). (...) Pour la charge mondiale de morbidité, on mesure aussi le handicap chez les enfants (0–14 ans), et on estime qu'il concerne 95 millions d'enfants (5,1 %), dont 13 millions (0,7 %) ayant un 'handicap sévère'. »

En France, la neuvième édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie⁷ publiée en 2018 fournit l'infographie suivante. Il est bien question d'une « approche », car pour diverses raisons, des statistiques globales sur le handicap en France sont difficiles à obtenir : la dernière enquête nationale Handicap-Santé de l'INSEE a été réalisée il y a dix ans, en 2009.

Figure 2 : Approche du nombre de personnes en situation de handicap en France



Source : Institut National de la Statistique et des Études Economiques, « Enquête Handicap-Santé, volet ménages », 2008-2009

Actuellement les données les plus précises que nous avons sont celles recensant le nombre de travailleurs handicapés ou le nombre d'allocataires des prestations du handicap.

⁶ Organisation mondiale de la santé. Commission des Déterminants Sociaux de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement, *Rapport mondial sur le handicap*.

⁷ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie ».

1.1.1.4 Impact sur la santé orale

Les personnes handicapées représentent une population à haut risque de pathologie orale.⁸ Les conséquences du handicap sur la sphère bucco-dentaire s'expliquent par plusieurs facteurs.

Le handicap peut impacter directement les différentes fonctions orales : déglutition, mastication, phonation... et être responsable de malformations ou malpositions orofaciales. Un exemple parmi les plus spécifiques est la trisomie 21 : un adulte porteur du syndrome de Down présente un profil caractéristique avec inversé d'articulé, interposition linguale, endognathie maxillaire, microdentie et agénésies dentaires fréquentes.

Ces caractéristiques concourent au développement ou à l'aggravation de la parodontite bactérienne, retrouvée chez 90 à 96 % des adultes atteints de trisomie 21.⁹ De même, des parafunctions comme la pulsion linguale excessive accélèrent la perte dentaire.¹⁰

Certains traitements médicamenteux augmentent le risque de maladie carieuse par altération de la salivation (qualitativement et quantitativement), notamment certaines familles d'anti-épileptiques.

Le maintien d'une hygiène satisfaisante n'est pas toujours possible en raison de déficiences motrices ou mentales : la personne handicapée est dans l'incapacité de réaliser les manœuvres d'hygiène ou de les comprendre.

Ces problématiques liées au handicap deviennent centrales en chirurgie dentaire : l'UFSBD a cosigné en 2015 une charte présentant sept piliers pour améliorer la santé de cette population. Cette charte souligne les conséquences psychologiques et sociales engendrées par une mauvaise santé orale.

Figure 3 : Extrait de la charte



Source : Union française pour la santé bucco-dentaire, « Charte pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap », 2015

⁸ Hescot et Moutarde, « Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées ».

⁹ Hennequin et al., « Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21 ».

¹⁰ Sixou, « Aspects bucco-dentaires de la trisomie 21 chez l'enfant ».

1.1.2. Personnes âgées et dépendance

La deuxième catégorie de patients à besoins spécifiques est celle des personnes âgées dépendantes. D'après les projections de l'INSEE, un Français sur trois sera âgé de 60 ans ou plus en 2050. Dans ce contexte de vieillissement de la population, il est nécessaire que les chirurgiens-dentistes sachent appréhender les problématiques relatives aux personnes âgées.

Or, la majorité des personnes âgées vieillit dans de bonnes conditions d'autonomie. La population spécifique correspond aux personnes âgées dites dépendantes.

1.1.2.1. Définition

La dépendance est « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement ». ¹¹

Cette dépendance, qui s'installe progressivement chez la personne âgée, a des conséquences multiples : elle impacte l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, elle peut être à l'origine d'un déménagement ou d'une institutionnalisation lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, elle modifie également la vie affective. Le retentissement de la dépendance se mesure aussi sur l'entourage, que ce soit dans son regard ou dans l'investissement de la famille qui peut être insuffisant comme excessif. ¹²

Des méthodes d'évaluation sont à disposition des professionnels de santé. Nous citerons ici deux échelles pour mesurer l'autonomie :

- L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne, ou test de Lawton : Elle évalue l'utilisation des outils de la vie quotidienne par une grille de 8 items comme téléphoner, faire la cuisine... La cotation est binaire, 0 ou 1 selon que la personne maîtrise ou non l'activité.
- La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources)¹³ : Elle évalue la perte d'autonomie d'une personne âgée, en fonction des soins qu'elle requiert, au sein d'un référentiel à 6 niveaux (ou groupes iso-ressources). Elle mesure par 10 items les capacités de la personne dans les activités dites « discriminatives » de la vie courante. Le groupe 1

¹¹ Belmin, Collège national des enseignants de gériatrie, et Collège français des enseignants en rhumatologie, *Gériatrie*.

¹² Belmin, Collège national des enseignants de gériatrie, et Collège français des enseignants en rhumatologie.

¹³ Legifrance, Grille nationale AGGIR et son guide de remplissage.

correspond aux personnes les plus dépendantes et le groupe 6 aux personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie.

1.1.2.2. Données épidémiologiques

Le Ministère des Solidarités et de la Santé donne en mars 2018 les chiffres suivants :

- Il y a 15 millions de personnes âgées de 60 ans et plus en France, soit 24,9 % de la population.
- 8 % des personnes de plus de 60 ans sont dépendants, ainsi que 20 % des plus de 85 ans.
- L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans.

1.1.2.3. Impact sur la santé orale

Le vieillissement se reflète au niveau de la cavité buccale et affecte la santé orale. Parmi les modifications liées à la sénescence, on retrouve :

- Une diminution du potentiel de cicatrisation dentaire par rétraction pulpaire. Elle induit une augmentation du risque carieux avec prévalence élevée de caries radiculaires, qui sont spécifiques à la personne âgée.
- Une diminution de la sensibilité pulpo-dentinaire, également liée au phénomène de rétraction pulpaire. Elle induit des phénomènes de nécrose à bas bruit et aboutit au développement de foyers infectieux bucco-dentaires diagnostiqués tardivement.
- Une destruction du système d'attache parodontal avec résorption progressive de l'os alvéolaire qui soutient les dents.

D'autres répercussions, similaires à celles du handicap, sont liées à des états pathologiques¹⁴ :

- Les comorbidités qui augmentent le risque de pathologies orales, telles que le diabète ou les maladies cardiovasculaires
- Les effets secondaires de médicaments prescrits en gériatrie, comme l'hyposialie induite par la prise de traitements pour la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson.
- La diminution de dextérité, conséquence de ces maladies

A ces modifications physiologiques et pathologiques communes au vieillissement s'ajoute donc la dépendance. Une étude réalisée dans 159 EHPAD de Limousin et Poitou-Charentes¹⁵ a montré que 78,6% des personnes âgées dépendantes en institution ont des besoins de soins bucco-dentaires non

¹⁴ Folliguet M. et Direction Générale de la Santé, « Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées ».

¹⁵ Cohen et al., « Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution? »

couverts. Près de deux tiers présentent une hygiène insatisfaisante et 52,3 % nécessitent des soins en raison de foyers infectieux ou douloureux.

Malgré tout, plus de la moitié des résidents expriment une perception favorable de leur qualité de vie en rapport avec leur état bucco-dentaire.

De cette étude il ressort que :

- L'état de dépendance empêche souvent les patients d'estimer ou d'exprimer leurs besoins de soins.
- Le maintien d'une hygiène bucco-dentaire satisfaisante est difficile voire impossible en raison de l'altération des fonctions cognitives ou manuelles des patients, d'où le défi que représente la formation des soignants en institution.

1.1.3. Précarité et exclusion sociale

Le dernier groupe correspond aux patients en situation de précarité ou concernés par l'exclusion sociale.

1.1.3.1 Définition

L'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) s'appuie sur la définition de la précarité présentée dans le rapport de J. Wresinski (1987) : il s'agit de la condition qui résulte de l'« absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. »¹⁶

L'exclusion sociale peut être vue comme un prolongement extrême de la situation de précarité : cette exclusion se concrétise lorsque la personne, qui ne jouit pas ou plus pleinement de ses droits, ne peut plus contribuer à la société et s'y retrouve en marge. C'est le cas par exemple des personnes sans-domicile fixe.

Pour rappel, les déterminants sociaux ont une place essentielle dans la définition de la santé : celle de l'OMS, adoptée en 1946, réfère à un état de « bien-être complet physique, mental et social ». Elle est complétée par la charte d'Ottawa (1986)¹⁷ : « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se

¹⁶ Wresinski, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ».

¹⁷ Organisation mondiale de la santé, « Promotion de la santé. Charte d'Ottawa ».

nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ».

On ne saurait donc aujourd'hui isoler ces déterminants sociaux qui s'inscrivent comme des prérequis à une bonne santé. Ceci explique que les personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, qui ne possèdent pas les « sécurités » ou « ressources » sus-mentionnées, constituent une population à haut risque de santé.

Quels mécanismes aboutissent à ce constat ? Malgré les dispositifs existants pour garantir l'égalité d'accès à la santé en France, les patients en situation de précarité et d'exclusion sociale rencontrent de nombreux obstacles, que nous développerons ci-après.

1.1.3.2. Données épidémiologiques

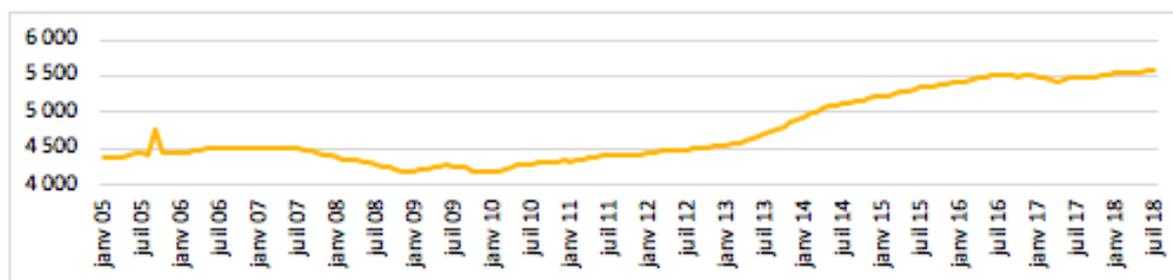
S'il est possible d'extraire des données concernant la pauvreté (qui se définit par le fait d'être en dessous du « seuil de pauvreté »), la précarité est plus difficile à quantifier puisqu'elle ne se résume pas à un seuil de revenus non atteint ou à l'absence d'emploi stable. On peut toutefois l'approximer par des données relatives aux prestations perçues.

La DREES a récemment publié une infographie¹⁸ qui renseigne, entre autres, sur le nombre d'allocataires de minima sociaux en France. Au nombre de dix et dont le plus connu est le RSA (Revenu de Solidarité Active), ces aides sont destinées à garantir aux personnes en situation de précarité le minimum de revenus pour se réinsérer, se loger, se soigner... Le fait de les percevoir peut donc être un indicateur pertinent de la situation de précarité. D'après cette infographie, il existe 4,15 millions d'allocataires des minima sociaux fin 2016, et la part de personnes couverte par les minima sociaux représente 11% de la population.

Une autre approche consiste à relever les protections spécifiques à la santé, attribuées aux personnes résidant en France et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond. Il s'agit de la Couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C) pour les personnes en situation régulière ; en juillet 2018, on recensait près de 5,6 millions de bénéficiaires.

¹⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Pauvreté, prestations sociales et minima sociaux. Les chiffres clés ».

Figure 4 : Effectifs de la CMU-C, Janvier 2005 à Juillet 2018 (en milliers)



Source : Couverture médicale universelle, « Effectifs de la CMU-C », 2018

Pour les étrangers en situation irrégulière, l'Aide médicale d'Etat (AME) est le dispositif qui garantit l'accès aux soins ; il comptabilisait 311 310 bénéficiaires en 2016.¹⁹

1.1.3.3. Impact sur la santé orale

En quoi les personnes en situation de précarité s'intègrent-elles dans la définition des besoins spécifiques en santé ?

En 2003, une étude observationnelle réalisée par Azogui et al.²⁰ dans le service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière a permis d'analyser les liens entre état bucco-dentaire et précarité chez 336 patients reçus en consultation. La précarité était établie suivant la présence d'un des critères suivants : absence de logement fixe ou de travail, fait de percevoir la CMU ou l'AME, sentiment d'isolement.

Les résultats montrent que les personnes en situation de précarité ont un état bucco-dentaire significativement dégradé par rapport à la population générale : elles présentent une hygiène moindre et une inflammation gingivale plus importante, ont une atteinte carieuse sévère dans la majorité des cas et significativement plus de dents absentes non remplacées que les personnes « non précaires ».

Comment expliquer cette différence ? Pegon Machat et al.²¹ donnent des éléments permettant d'appréhender les inégalités sociales de santé et d'identifier les obstacles empêchant les populations « vulnérables » d'avoir accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires. Quatre obstacles sont présentés :

¹⁹ Joyandet, « Projet de loi de finances pour 2018 - notes de présentation ».

²⁰ Azogui-lévy et al., « État dentaire, recours aux soins et précarité ».

²¹ Pegon-Machat, Jourdan, et Tubert-Jeannin, « Inégalités en santé orale ».

- Les patients en situation précaire ne perçoivent pas leurs besoins en santé. Ceci s'explique par une méconnaissance des mécanismes de la pathologie, un décalage entre l'état pathologique et la représentation que le patient s'en fait. Un patient peut donc décrire des symptômes et ne pas recourir aux soins car il ne s'estime pas « malade ».
- Les patients, quand ils estiment avoir besoin d'être soignés, renoncent plus facilement d'emblée pour des raisons financières : certains ne possédant pas d'assurance complémentaire ne peuvent pas payer le ticket modérateur et d'autres, bien que bénéficiaires de la CMU-c, manquent d'information et ignorent que leurs soins sont pris en charge.
- Les patients en situation précaire ont des difficultés à accéder aux structures de soin, les barrières pouvant venir d'eux-mêmes (langue, transport, soutien de l'entourage) ou du système de santé (zones sous-dotées, discrimination de la part des soignants...).
- Enfin, le recours au soin, s'il a lieu, ne se fait pas de manière adéquate : les consultations sont ponctuelles et souvent dans un cadre d'urgence, la prise en charge globale et le suivi ne sont pas assurés.

Tous ces facteurs concourent à expliquer la fracture qui s'opère entre les patients confrontés à leurs déterminants sociaux défavorables et le système de santé. Des solutions sont à développer pour informer, encourager aux soins, améliorer la prévention et l'accès aux soins chez ces populations plus exposées au risque de mauvaise santé orale, qui ont tendance à s'isoler et de facto à laisser se détériorer leur état bucco-dentaire.

Notons pour conclure que, comme pour le handicap, l'UFSBD s'est impliquée dans l'amélioration de l'accès à la santé des personnes en situation de précarité. En partenariat notamment avec le Samu Social ou Emmaüs Solidarité, elle propose des actions de prévention et de dépistage dans les centres d'hébergement ou les foyers de migrants.²²

Enfin, d'après les statistiques de l'INSEE et de la DREES, ces trois catégories de populations à besoins spécifiques représenteraient entre six et dix millions de la population française.²³

Ce chiffre colossal nous pousse à nous interroger. Les chirurgiens-dentistes sont-ils formés pour prendre en charge ces populations ? Notre système de santé propose-t-il des ressources suffisantes ? En bref : l'égalité d'accès aux soins est-elle assurée ?

²² Union française pour la santé bucco-dentaire, « La santé des personnes en situation d'exclusion ».

²³ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Accès aux soins bucco-dentaires. Rapport 2017 ».

La diversité des profils de patients permet d'aboutir à quelques réponses mais peine à proposer des solutions globales. Il apparaît nécessaire d'appréhender les patients à besoins spécifiques comme une population hétérogène et, en écho à la CIF, de considérer chaque individu en fonction des difficultés qui lui sont propres par rapport à son environnement.

1.2 Prise en charge en France jusqu'en 2018

1.2.1 Formation des chirurgiens-dentistes aux besoins spécifiques

La prise en charge des patients à besoins spécifiques requiert des connaissances sur les thématiques du handicap, de la dépendance et de la précarité. On ne peut soigner ces populations comme des patients « lambda », sans connaître les problématiques qui leur sont propres. De même, des compétences supplémentaires apparaissent indispensables, tant dans le domaine de la communication que dans la gestion du soin.

Le rapport publié par Hescot et Moutarde²⁴ met en avant le fait que le chirurgien-dentiste « n'a pas été formé à la rencontre particulière avec la personne handicapée. Une rencontre particulière qui suppose d'avoir une attitude, des gestes, un langage, une confiance, une empathie... spécifiques. ».

Dans une logique d'accès aux soins pour tous, nous étudierons d'une part quelle formation est proposée aux chirurgiens-dentistes français dans le cursus initial, d'autre part s'il existe une spécialisation en France pour les besoins spécifiques.

1.2.1.1. Formation initiale

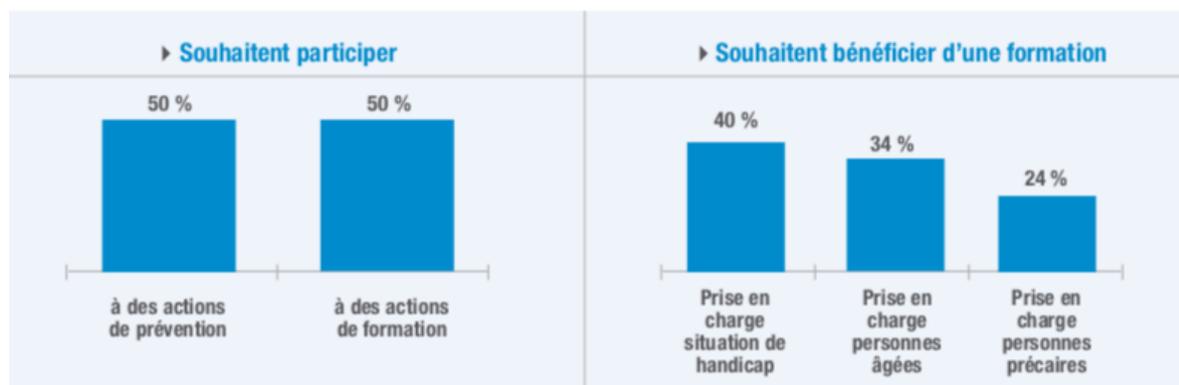
Il n'existe pas de consensus national sur la formation entre les seize facultés. Selon le rapport du Pr Folliguet (2006)²⁵, « En formation initiale, en France, il n'existe aucun enseignement spécifique de la prise en charge bucco-dentaire des personnes handicapées même si une sensibilisation est faite. ».

Ce manque de formation est d'ailleurs déploré par les chirurgiens-dentistes, qui ne se sentent pas toujours aptes à soigner et expriment leur souhait de participer à des formations ou à des actions de prévention.

²⁴ Hescot et Moutarde, « Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées ».

²⁵ Folliguet et Direction Générale de la santé, « La santé bucco-dentaire des personnes handicapées ».

Figure 5 : Résultat de l'enquête de l'ONCD sur 3586 chirurgiens-dentistes



Source : Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Rapport accès aux soins bucco-dentaires », 2017

Enfin, notons que la formation initiale se conclut par un troisième cycle, soit court soit long. Le cycle long est l'internat qualifiant, après réussite du concours classant. La réforme de l'internat a introduit la spécialité Médecine bucco-dentaire (MBD) : celle-ci est définie par l'ONCD comme portant « sur la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant des pathologies lourdes et/ou spécifiques ». Si le terme « spécifique » est employé, la définition globale manque de clarté et ne saurait indiquer si la médecine bucco-dentaire est une filière dédiée à la prise en charge des populations dont il est question ici.

Ainsi, en réponse à cette problématique, l'IADH a émis en 2012 une proposition de formation initiale internationale uniformisée : le cursus de formation initiale en soins spécifiques en odontologie²⁶. Son objectif est de fournir «des connaissances théoriques et une expérience clinique » et de « développer les compétences et les capacités, les attitudes positives, et les comportements souhaitables en soins spécifiques en odontologie ». Inspiré de la CIF, il s'articulerait en six domaines, avec pour chacun des objectifs pédagogiques.

1.2.1.2. Formation continue

La « Special Care Dentistry », ou Odontologie et Besoins Spécifiques, est actuellement reconnue comme spécialité dans quatre pays : Brésil, Australie, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni.

²⁶ International association for disability and oral health, « Cursus de formation initiale en soins spécifiques en odontologie ».

D'autres pays ne reconnaissent pas la spécialité mais proposent des formations dédiées aux besoins spécifiques : c'est le cas par exemple des Etats-Unis, de l'Espagne, de l'Irlande ou du Mexique.²⁷

En France, il n'existe à ce jour ni spécialité officielle ni formation dédiée. Les thématiques du handicap et de la dépendance sont abordées dans le cadre d'autres formations post-universitaires (Diplôme Universitaire en Odontologie pédiatrique, Diplôme Universitaire en Odontologie clinique et vieillissement...) mais ne constituent pas à elles seules un champ de formation. Faulks et al. attribuent cela à un manque de reconnaissance de l'Odontologie et Besoins Spécifiques en tant que discipline académique et clinique, ainsi qu'à l'absence de consensus dans le contenu de sa formation.

1.2.2 Patients : réponses apportées à la demande

Une vaste enquête nationale a été réalisée par l'ONCD en 2017 sur l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous. Le rapport publié²⁸ résume l'état actuel de la prise en charge des patients à besoins spécifiques en France. Il détaille :

- les principaux acteurs : associations, réseaux de soins...
- les actions existantes et les propositions pour améliorer la prise en charge

1.2.2.1. Acteurs principaux

- Association SOSS

L'association Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS), créée en 2011, est l'association française qui fédère les différents acteurs : les professionnels œuvrant en faveur des populations à besoins spécifiques : les organisations professionnelles et les usagers par la voix d'associations de patients. Elle « a pour objet la promotion de la santé orale des personnes en situation de handicap par le développement de la prévention et de l'accès aux soins. »²⁹

Ses objectifs sont :

- Fédérer les réseaux, associations, acteurs, usagers et représentants d'usagers de la santé orale et des soins spécifiques
- Partager les expériences entre les acteurs de terrain

²⁷ Faulks et al., « The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health ».

²⁸ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Accès aux soins bucco-dentaires. Rapport 2017 ».

²⁹ Santé orale soins spécifiques, « SOSS : qui sommes-nous? »

- Soutenir toute initiative œuvrant pour un meilleur accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap
- Promouvoir la recherche, la formation et la diffusion des connaissances
- Porter auprès des pouvoirs publics des recommandations et propositions qui répondent à son objet.

SOSS constitue la pierre angulaire de la prise en charge des patients à besoins spécifiques. Elle travaille en partenariat avec des représentants de professionnels de santé (ONCD) ainsi que des associations représentatives de personnes (l'Unapei, Autisme France, l'Association des Paralysés de France...). Elle fédère, à l'échelle nationale, les différents réseaux de soins.

- Réseaux de soins

Ce sont des structures régionales réparties sur le territoire français : citons notamment le réseau Handident dans les régions Alsace, Hauts-de-France, Normandie, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, ou le réseau Soins Dentaires Spécifiques en Bretagne.

Toutes ces structures œuvrent au même but : promouvoir la santé orale des personnes en situation de handicap, que ce soit par le biais de l'information, par des actions de prévention/dépistage ou par l'orientation des patients vers des praticiens adhérents ou des centres hospitaliers, ou par leur prise en charge.

En Île de France, le réseau a été créé en 2008 : il s'agit de RHAPSOD'IF (Réseau Handicap de Prévention et Soins Odontologiques d'Ile-de-France).³⁰

Ses objectifs sont :

- Améliorer la réalisation des soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire dans les établissements accueillant des enfants en situation de handicap
- Créer un parcours de soins adapté aux personnes en situation de handicap
- Améliorer les stratégies de santé publique destinées aux personnes en situation de handicap

Son action se divise en deux pôles : prévention et soins. Chaque pôle est subventionné par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France. En 2017, le pôle Soins a bénéficié d'un financement de 350 000€ et le pôle Prévention d'un financement de 60 000€.

³⁰ Réseau handicap prévention et soins odontologiques d'Ile de France, « Les objectifs du réseau ».

Chaque praticien adhérent au réseau est répertorié, il peut s'agir de chirurgiens-dentistes libéraux, salariés de centres de santé, hospitaliers, hospitalo-universitaires. Les praticiens bénéficient d'une compensation financière de 60€ par séance de soins et de 90€ par séance de soins sous MEOPA. Les patients ou parents de patients qui souhaitent être référés doivent adhérer au réseau. La démarche est simple (formulaire en ligne sur le site) et gratuite.

Le rapport d'activités 2017³¹ nous renseigne sur le bilan annuel de l'association.

Le pôle soin a enregistré pour 2017 l'activité suivante :

- 1122 demandes de soins
- 823 nouvelles adhésions au réseau
- 3454 séances de soins réalisées
- 1673 patients suivis

Le pôle prévention, dont l'objectif est d'améliorer la santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de 0 à 20 ans en situation de handicap, a enregistré pour 2017 l'activité suivante :

1048 enfants et adolescents en situation de handicap ont bénéficié d'un programme de prévention et de dépistage bucco-dentaire, grâce au réseau RHAPSOD'IF et ses partenaires.

1.2.2.2. Actions existantes et propositions pour améliorer la prise en charge

Les associations et réseaux susmentionnés jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients en situation de handicap, qui représentent la première catégorie de populations à besoins spécifiques. Quid des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de précarité ?

- Exemple d'action pour les personnes âgées dépendantes

Dans la région Midi-Pyrénées, en 2006, des initiatives soutenues par l'ONCD et l'ARS ont permis d'aboutir à la création d'un parcours de soins pour les personnes âgées dépendantes vivant en établissement médico-social.³²

³¹ Réseau handicap prévention et soins odontologiques d'Ile de France, « Rapport annuel d'activité 2017 ».

³² Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Accès aux soins bucco-dentaires. Rapport 2017 ».

Pour chaque patient en EHPAD, un membre du réseau réalise un dépistage à l'entrée dans la structure. Si des soins sont à prévoir, le patient est adressé au chirurgien-dentiste-traitant, à un confrère voisin ou parfois directement à une structure spécifique (centre hospitalier par exemple).

En parallèle, des formations sur la prévention et les soins bucco-dentaires sont mises en place pour le personnel d'établissement ainsi que pour les professionnels de santé (médicaux ou paramédicaux).

Cette initiative est bienvenue dans un contexte où la rupture du parcours de soins est une problématique majeure des patients en perte d'autonomie.

- Exemple d'action contre la précarité : Le Bus Social Dentaire

En Ile-de-France en 1996 est créée l'association Bus Social Dentaire. Cette association cible ces populations fragiles, en état de précarité sociale (isolement, absence de couverture sociale, toxicomanie...) et a pour objectif d'améliorer leur état de santé, soigner les urgences dentaires, informer sur les possibilités d'intégration dans le circuit conventionnel de soins et fournir un message de prévention.³³

Le « cabinet itinérant » aménagé permet à des chirurgiens-dentistes, réalisant des vacations hebdomadaires sur base de volontariat, de prodiguer des soins aux personnes en situation de précarité en allant directement à leur contact. En plus des praticiens, une assistante sociale est présente pour informer les patients sur les droits auxquels ils peuvent prétendre et les orienter pour leurs démarches.

Plus de 2000 consultations sont réalisées tous les ans dans les départements de Paris (75), Hauts-de-Seine (92) et Seine-Saint-Denis (93).

L'association est subventionnée conjointement par l'ONCD, l'ARS d'Ile de France, la Mairie de Paris et la CPAM de Seine-Saint-Denis. Elle bénéficie également de dons de mécènes pour le matériel. Toutefois ces subventions sont difficiles à obtenir, le financement de l'association est une source d'incertitude et en constitue la principale préoccupation.³⁴

En conclusion, il existe une implication certaine de la part des acteurs de la santé bucco-dentaire, qui se répartit sur l'ensemble du territoire français et se concrétise par des actions sur le terrain, notamment une compensation financière des séances et la mise en place d'un parcours de soins. Toutefois, ces actions ne sont pas centralisées et les ressources sont tributaires du financement des

³³ Bordenet, « Un cabinet de dentiste ambulancier pour soigner les plus démunis ».

³⁴ Bordenet.

organismes de subvention, dont le budget varie d'une région à l'autre. Jusqu'ici, un acteur majeur manquait à l'appel pour les unifier au niveau national : l'Assurance Maladie.

1.3. Prise en charge proposée par la nouvelle convention

1.3.1 Une proposition unique pour une difficulté unifactorielle

Dans la première partie de l'article 12, la Convention reconnaît le défi que représente pour les chirurgiens-dentistes le fait de soigner à l'état « vigile » certains patients en situation de handicap en raison d'une coopération défailante de la part du patient.

1.3.1.1. La coopération

La coopération se définit comme une attitude thérapeutique ouverte et positive vis-à-vis du chirurgien-dentiste ; le patient coopérant est celui qui accepte les soins et adopte le comportement voulu par son praticien. Toutefois cette notion n'est pas binaire, on ne parle pas de patient « coopérant » versus « non coopérant », des nuances ont été introduites et mesurées par différentes échelles (nous en utiliserons une dans le protocole d'étude).

Ici, la Convention ne fournit pas aux chirurgiens-dentistes d'outil permettant d'évaluer le degré de coopération nécessitant une aide à la prise en charge ; le repère donné est que cette non-coopération rend « difficiles voire impossibles les soins au fauteuil ».

En revanche, elle présente une proposition pour améliorer la coopération des patients en situation de handicap : la sédation par inhalation de MEOPA.

1.3.1.2. La sédation par inhalation de MEOPA

Il est question de « prévoir la prise en charge, par l'assurance maladie des techniques de sédation consciente, telle que l'utilisation du MEOPA »³⁵. Nous en exposerons ici les caractéristiques, résultats récents et conditions d'utilisation par le chirurgien-dentiste.

Le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) est un gaz composé d'une part égale de protoxyde d'azote N₂O et de dioxygène O₂. Son usage est répandu dans le milieu médical et a été introduit récemment en odontologie : d'abord réservé au milieu hospitalier par le biais d'une

³⁵ Legifrance, Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

première autorisation de mise sur le marché (AMM) en 2001, son autorisation a été élargie au cabinet dentaire en ville en 2009.

Le MEOPA induit un état de sédation consciente qui se caractérise par³⁶ :

- Un état de conscience
- Des réflexes de protection des voies aériennes intacts
- Une ventilation normale et des mouvements oculaires normaux
- Une coopération totale du patient
- Un début de dépression du système nerveux central
- Une diminution de réaction aux stimuli douloureux
- Une diminution de la notion du temps et parfois une amnésie partielle de l'acte
-

Il a une action sur les récepteurs morphiniques, N-méthyl-D-Aspartate et GABA, qui explique son effet sédatif, anxiolytique, voire analgésique et euphorisant.

L'indication de sédation par inhalation de MEOPA concerne tous les patients présentant des difficultés de coopération :

- Jeunes enfants (à partir de 4 ans)
- Patients anxieux ou phobiques
- Patients en situation de handicap ou présentant des troubles du comportement...

En revanche, le MEOPA est formellement contre-indiqué³⁷ chez les patients présentant :

- Une nécessité de ventilation en oxygène pur
- Toute altération de l'état de conscience, empêchant la coopération
- Un pneumothorax
- Une bulle d'emphysème
- Une embolie gazeuse
- Un accident de plongée
- Une distension gazeuse abdominale
- Patient ayant reçu un gaz ophtalmique sous 3 mois
- Un traumatisme crânien ou facial

³⁶ Philippart, « La sédation consciente au mélange protoxyde d'azote/oxygène en odontologie ».

³⁷ Meistersheim, « La sédation consciente par inhalation de MEOPA: bilan de l'activité en odontologie pédiatrique au CHU de Nancy de 2005 à 2011 ».

- Un risque de rupture d'anévrisme cérébral
- Une hypertension intracrânienne

Concernant les résultats, de nombreuses investigations ont été menées concernant l'efficacité et la sécurité de la sédation consciente par inhalation de MEOPA. Un essai clinique de Hennequin et al. (2011)³⁸ a permis de collecter des données sur 638 sessions de soins dentaires réalisés sous MEOPA. Ces soins ont été réalisés par 33 chirurgiens-dentistes formés à la technique et répartis sur le territoire français. Les patients sélectionnés étaient divisés en plusieurs groupes (déficience intellectuelle, enfant de moins de 5 ans, patient phobique ou avec réflexe nauséux, et patient « standard » mais anxieux en raison d'un soin plus complexe) et leur coopération a été évaluée en utilisant une échelle puis en leur soumettant un questionnaire de satisfaction. Un succès correspond à la fois à la réussite de la sédation consciente et à la réussite du traitement.

Les résultats ont montré que sur les 638 sessions, 93,7 % ont été des succès. Les patients ont éprouvé peu d'effets secondaires (10% d'effets mineurs type nausées, vomissements). La coopération est passée de 24% de patients détendus avant l'induction à 68 % de patients détendus pendant le soin.

Cette étude récente et réalisée en France souligne l'utilité de la sédation par MEOPA pour des patients difficiles (phobiques, jeunes, avec déficience intellectuelle...) et l'alternative qu'elle constitue à l'anesthésie générale en milieu hospitalier.

En ce qui concerne les conditions d'utilisation, « son administration doit être effectuée dans des locaux adaptés, par un personnel médical ou paramédical spécifiquement formé, et dont les connaissances seront périodiquement réévaluées ».³⁹

L'administration du MEOPA en ville requiert une attestation qui se délivre après une formation dédiée et agréée par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. De plus, elle nécessite un local adapté (ventilation, aération) ainsi que du matériel coûteux (bouteilles, masques...). Ces modalités font que le MEOPA n'est pas utilisé par la majorité des chirurgiens-dentistes à ce jour et que l'accès à cette technique ne peut pas être généralisé pour l'instant.⁴⁰

³⁸ Hennequin et al., « A clinical trial of efficacy and safety of inhalation sedation with a 50% nitrous oxide/oxygen premix (Kalinox™) in general practice ».

³⁹ Hennequin et al.

⁴⁰ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Gaz médicaux - MEOPA ».

En conclusion, le texte est une avancée car il tient compte des populations lourdement handicapées, exprime la difficulté que représente le fait d'obtenir la coopération d'un patient en situation de handicap et propose pour la première fois une prise en charge.

Si la solution pour pallier cette difficulté présentée, c'est-à-dire la valorisation financière de 100€ par séance, répond à une réelle demande des chirurgiens-dentistes qui sont mis face à la réalité financière des coûts du cabinet dentaire, l'évocation seule du MEOPA comme alternative à l'anesthésie générale en fait, elle, une proposition très lacunaire. La sédation par inhalation de MEOPA constitue une technique facilitatrice efficace mais contraignante et difficilement généralisable à l'ensemble des chirurgiens-dentistes ; c'est pourquoi il faut penser des alternatives pour faciliter la coopération.

Enfin, un constat majeur se dessine : avec ce qu'on sait aujourd'hui des populations à besoins spécifiques, nous voyons que cet article est loin d'être exhaustif et qu'il fait reposer toute la difficulté de prise en charge sur une altération de la coopération du patient. S'il s'agit bien d'un obstacle fréquemment rencontré par les chirurgiens-dentistes, ce n'est pas le seul auquel ils font face. Il est donc indispensable de savoir identifier la multitude de difficultés qui peuvent être rencontrées pour pouvoir mieux les gérer.

1.3.2 Patients concernés

Dans un deuxième temps, l'article 12.1 de la convention cible la catégorie de patients concernés par la nouvelle prise en charge : il s'agit de ceux percevant l'AAEH ou la PCH. Nous nous proposons d'introduire le rôle de la MDPH et de la CDAPH puis de détailler ces prestations.

La MDPH se présente ainsi⁴¹ :

« La Maison Départementale des Personnes Handicapées ou MDPH est un lieu unique de service public visant à accueillir, informer, orienter et accompagner les personnes handicapées.

Les MDPH associent toutes les compétences impliquées aujourd'hui dans l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs familles. (...)

Mises en place et animées par le Conseil Général, elles associent : le Conseil Général, les services de l'État, les organismes de protection sociale (CAF, Caisse d'Allocations Maladie), des représentants des associations représentatives des personnes en situation de handicap. (...)

⁴¹ Maisons départementales des personnes handicapées, « Qu'est-ce qu'une MDPH ? »

La personne handicapée est d'ailleurs au cœur de ce dispositif de service public, via une réelle prise en compte de son projet de vie et une évaluation fine de ses besoins par une équipe pluridisciplinaire, afin de reconnaître ses droits par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). »

1.3.2.1. Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)

Tableau 1 : Caractéristiques de l'AEEH

Définition	Prestation destinée à « compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap » et versée à la personne qui en assume la charge.
Attribué par	Sur décision de la CDAPH de la MDPH
Conditions d'attribution	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant handicapé doit résider en France • Il doit avoir moins de 20 ans • Il ne doit pas être placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'Assurance maladie, l'État ou l'aide sociale • Il ne doit pas percevoir de revenus professionnels supérieurs à 55 % du Smic mensuel brut soit 824,16 € <p>Si le taux d'invalidité est entre 50 et 80 %, il faut également que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'enfant fréquente un établissement d'enseignement adapté, • ou que son état exige le recours à un dispositif adapté ou d'accompagnement • ou que son état exige le recours à des soins dans le cadre de mesures préconisées par CDAPH
Montant alloué	Base de 131,81€ par mois, à laquelle s'ajoutent des compléments variables selon le niveau de handicap. Il existe six niveaux déterminés par la CDAPH. Enfin, une majoration s'applique si le parent est isolé, c'est-à-dire qu'il assume seul la charge de l'enfant handicapé.
Durée	L'AEEH est versée pour une période égale à 1 an minimum et 5 ans maximum, sauf si le handicap n'est pas susceptible de présenter une évolution favorable.
Cumul	Si l'AEEH n'est pas cumulée avec le complément, elle peut être cumulée avec la PCH.

Statistiques	272 000 bénéficiaires en décembre 2017 ⁴²
--------------	--

Source : Service public, « Allocation d'éducation de l'enfant handicapé », 2019

1.3.2.2. Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Tableau 2 : Caractéristiques de la PCH

Définition	Prise en charge de certaines dépenses liées au handicap (par exemples, aménagement du logement ou du véhicule, recours à une tierce personne).
Attribué par	Sur décision de la CDAPH de la MDPH
Conditions d'attribution	<ul style="list-style-type: none"> • Résider en France (sauf exceptions) • Avoir moins de 60 ans lors de la première demande Ou avoir moins de 75 ans et avoir rempli les conditions avant 60 ans Ou avoir plus de 60 ans et exercer une activité professionnelle • Avoir une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité (mobilité, entretien personnel, communication, tâches et exigences générales et relations avec autrui), c'est-à-dire une incapacité à la réaliser seul ; ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités (mobilité, entretien personnel, communication, tâches et exigences générales et relations avec autrui), c'est-à-dire qu'elle est réalisée difficilement seul
Montant alloué	<p>Il ne s'agit pas d'un montant fixé mais d'aides spécifiques pouvant être regroupées en 6 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide humaine (emploi d'une tierce personne, dédommagement d'un aidant familial) - Aide technique (achat ou location de matériel compensant le handicap) - Aide à l'aménagement du logement (travaux compensant les limitations d'activité) - Aide au transport (aménagement du véhicule ou surcoût lié au trajet)

⁴² Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie ».

	<ul style="list-style-type: none"> - Aides spécifiques (dépenses prévisibles et non comprises dans les autres aides) ou exceptionnelles (dépenses ponctuelles et non comprises dans les autres aides) - Aide animalière
Durée	Pour chaque aide, différents plafonds sont fixés sur une période définie (par exemple, 3960€ / trois ans pour l'aide technique).
Cumul	Possibilité de cumul avec l'AAEH et l'AAH (avec la majoration pour vie autonome ou avec le complément de ressources)
Statistiques	266 510 bénéficiaires en décembre 2015 ⁴³

Source : Service public, « Prestation de compensation du handicap », 2019

1.3.2.3. Autres prestations

Il existe d'autres prestations non mentionnées dans l'article 12.1 mais que nous décrivons ici en raison de leur rôle et du nombre de bénéficiaires en France. Nous les présentons de la même manière et nous les incluons dans notre protocole d'étude.

- Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Tableau 3 : Caractéristiques de l'AAH

Définition	Aide financière qui assure un minimum de ressources aux adultes handicapés
Attribué par	Sur décision de la CDAPH de la MDPH.
Conditions d'attribution	<ul style="list-style-type: none"> ○ Être âgé de plus de 20 ans (16 ans si plus éligible aux allocations familiales) ○ Résider en France de manière permanente ○ Etre atteint d'un taux d'incapacité de minimum 80% <p>Ou être atteint d'un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % et connaître une restriction substantielle (aménagement de poste insuffisants) et durable (au moins un an prévisible à partir de la demande) d'accès à un emploi, reconnue par la CDAPH.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Avoir des ressources ne dépassant pas un certain seuil et calculées selon si le demandeur vit seul ou en couple et selon son nombre d'enfants à charge.

⁴³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « La prestation de compensation du handicap et l'allocation compensatrice pour tierce personne ».

Montant alloué	Variable selon le revenu du foyer, il va jusqu'à 860€ par mois pour une personne vivant seule sans ressources. ⁴⁴
Durée	L'AAH est versée pour une période égale à 1 an minimum et 5 ans maximum, sauf si le handicap n'est pas susceptible de présenter une évolution favorable. Pour un taux d'incapacité entre 50 et 79 %, l'AAH cesse d'être versée lorsque l'âge minimal de retraite est atteint. Pour un taux d'incapacité de minimum 80%, une AAH réduite peut continuer d'être versée après l'âge minimal de retraite.
Cumul	L'AAH est cumulable avec d'autres prestations : le complément de ressources (CPR, d'un montant de 179,31€ par mois) et la majoration pour la vie autonome (MVA, d'un montant de 104,77€ par mois).
Statistiques	1,13 millions de bénéficiaires en décembre 2017 ⁴⁵

Source : Service public, « Allocation adulte handicapé », 2019

- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Tableau 4 : Caractéristiques de l'APA

	APA à domicile	APA en établissement
Définition	Allocation permettant de couvrir les dépenses nécessaires pour rester à domicile	Allocation permettant de couvrir une partie du tarif dépendance de l'établissement médico-social dans lequel la personne est hébergée
Attribué par	Le conseil général, après instruction d'un professionnel de l'équipe médico-sociale au domicile.	Le conseil général, après instruction d'un professionnel de l'équipe médico-sociale au domicile.
Conditions d'attribution	Etre âgé de 60 ans minimum. Appartenir au GIR 1 à 4 selon la grille AGGIR ⁴⁶ .	Etre âgé de 60 ans minimum.

⁴⁴ Legifrance, Revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés et à la modification du plafond de ressources pour les bénéficiaires en couple.

⁴⁵ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie ».

⁴⁶ Legifrance, Grille nationale AGGIR et son guide de remplissage.

	<p>Résider régulièrement en France :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit au domicile ; • soit au domicile d'un proche qui héberge ; • soit chez un accueillant familial ; • soit dans une résidence autonomie (anciennement appelé "foyer-logement") 	<p>Appartenir au GIR 1 à 4 selon la grille AGGIR⁴⁷.</p> <p>Résider régulièrement en France :</p> <p>Dans un établissement d'accueil hébergeant au moins 25 personnes âgées dépendantes</p>
Montant alloué	<p>Montant mensuel variable allant de 665,6€ (GIR 4) à 1719,93€ (GIR 1) pour les aides régulières. Des majorations existent pour le proche aidant. Un versement ponctuel peut être fait si des dépenses ponctuelles en lien avec l'autonomie sont à prévoir (par exemple travaux).</p>	<p>L'APA sert à payer le tarif dépendance en vigueur dans l'établissement d'hébergement.</p>
Durée	<p>Pas de limite de temps, mais une suspension du versement peut avoir lieu en cas de non-respect des obligations (déclarations à réaliser, justificatifs à fournir...).</p>	
Cumul	<p>Non cumulable.</p>	
Statistiques	<p>1,26 millions de bénéficiaires en décembre 2015 (60 0590674478 % à domicile / 40 % en établissement)⁴⁸</p>	

Source : Service public, « Allocation personnalisée d'autonomie », 2019

- Pension d'invalidité de la Sécurité Sociale

Tableau 5 : Caractéristiques de la pension d'invalidité

Définition	<p>Pension compensant la perte de salaire suite à un accident ou à une maladie d'origine non-professionnelle</p>
Attribué par	<p>La caisse primaire d'assurance maladie après avis du médecin-conseil qui détermine la catégorie d'invalidité (catégorie 1 à 3).</p>

⁴⁷ Legifrance.

⁴⁸ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie ».

Conditions d'attribution	Ne pas avoir atteint l'âge légal de la retraite (62 ans) Avoir une capacité de travail ou de gain réduite d'au moins 2/3 Etre affilié à la Sécurité sociale depuis au moins 12 mois à partir de l'arrêt de travail ou de la constatation de l'invalidité Avoir travaillé au moins 600h, ou avoir cotisé sur base d'une rémunération égale au moins à 2030 fois le Smic horaire, au cours de ces 12 mois
Montant alloué	Il se calcule sur base du salaire annuel moyen, avec un pourcentage croissant selon la catégorie d'invalidité.
Durée	Non définie. La pension peut être révisée, suspendue ou supprimée selon les changements de situation (état de santé, reprise d'activité professionnelle).
Cumul	Elle peut être cumulée avec des revenus professionnels, des allocations de chômage et d'autres pensions d'invalidité.
Statistiques	Plus de 602 100 invalides au régime général en 2010 ⁴⁹

Source : Service public, « Pension d'invalidité de la sécurité sociale », 2019

Ainsi, nous voyons que toutes ces prestations ont leur importance et répondent aux besoins de nombreux patients à besoins spécifiques, qu'ils soient enfants ou adultes, et ce quel que soit le niveau de ressources.

Un gap important entre les bénéficiaires de toutes les allocations et le nombre de concernés par la Convention se précise. On peut d'emblée se questionner sur l'absence de l'AAH dans l'article, car cette allocation se présente comme « l'équivalent adulte » de l'AAEH et concerne plus d'un million de personnes.

L'échelle de complexité présentée interprète donc cette donnée : l'objectif est de déterminer si le fait de choisir les patients selon la prestation sociale qu'ils perçoivent est un critère pertinent et en relation avec la complexité de leur prise en charge, et si par conséquent il exprime un besoin réel de compensation pour les soins bucco-dentaires.

⁴⁹ Sécurité sociale, « Programme "Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA" ».

2 : Évaluer la complexité de la prise en charge : proposition d'échelle

2.1. Protocole de l'étude

2.1.1. Contexte

En janvier 2017 se sont tenues les négociations entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentant les chirurgiens-dentistes libéraux portant sur la nouvelle Convention. A plusieurs reprises au cours de ces négociations, la question de l'accès aux soins des populations vulnérables a été soulevée.

C'est dans ce cadre que l'association Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS) a tenu à souligner la problématique de la valorisation des soins aux patients à besoins spécifiques. En effet, la prise en charge de cette population ne peut être mise sur le même plan qu'une prise en charge « classique » : elle requiert plus de temps, d'expertise, elle est plus coûteuse humainement et matériellement. Une compensation financière est donc indispensable.

Le préalable à cette mesure était d'identifier la population concernée : sur quels fondements s'appuient les besoins spécifiques ? Comment discriminer ce qui justifie ou non une majoration de la prise en charge ?

Pour répondre à cette question, SOSS a construit une échelle de complexité de la prise en charge, inspirée du Case Mix Tool développé par la British Dental Association.

2.1.2. Le Case mix model⁵⁰

Au Royaume-Uni, les chirurgiens-dentistes travaillant dans les cabinets libéraux de la NHS (National Health Service - le service de santé publique du Royaume-Uni) sont rémunérés selon leur activité, qui se quantifie en UDA (*units of dental activity*). Il existe donc un lien direct entre l'activité d'un chirurgien-dentiste et les honoraires perçus.

⁵⁰ Bateman et al., « BDA special care case mix model ».

En revanche, le financement des services dentaires hospitaliers et des *community dental services* était traditionnellement indépendant de l'activité relevée. Ce n'est que récemment que l'efficacité et le rendement de ces services ont commencé à être inspectés de près. Des mesures récentes permettent désormais à des membres de commissions de la NHS de comparer l'activité de tous les chirurgiens-dentistes, y compris les spécialistes des patients à besoins spécifiques, sans distinction de complexité dans la prise en charge.

Il est évident qu'une telle comparaison est faussée et ne peut qu'entraîner un résultat défavorable pour ces derniers, les faisant paraître « moins efficaces » selon les critères en vigueur. La British Society for Disability and Oral Health a souhaité que soient reflétés « le temps additionnel et les ressources mises en oeuvre pour prendre en charge ce groupe de patients ».

Nous pouvons noter une similarité entre les motivations explicitées ici avec celles que la convention se propose de solutionner en France.

Pour permettre une appréciation plus objective de la différence entre les prises en charge, un groupe de travail de la British Dental Association a développé un outil, le Case Mix Model, en 2007.

Le Case Mix Model permet d'évaluer la complexité de prise en charge d'un patient selon six critères :

- Capacité à communiquer
- Capacité à coopérer
- Statut médical
- Facteurs de risque oraux
- Accès à la santé orale
- Barrières légales et éthiques aux soins

Il attribue à chaque critère un score de 0, A, B ou C selon un degré croissant de complexité. L'accent est mis sur le fait que le modèle se veut représentatif de la complexité de prise en charge du patient lui-même et non des soins dentaires nécessaires.

L'outil a été testé en 2006 sur un groupe de chirurgiens-dentistes invités à participer et recrutés dans les *salaried dental services*. A la suite de l'étude, un questionnaire a été remis concernant la pertinence de cet outil. 67 réponses ont été collectées, la majorité considérant d'une part que ce modèle reflétait convenablement la complexité des patients, d'autre part qu'il était clair dans son utilisation.

Plusieurs conclusions ont pu être tirées :

- Le Case mix model peut servir à montrer aux commissions de la NHS le challenge auquel les chirurgiens-dentistes font face ;
- Il peut servir d'outil de prise de décision pour adresser un patient vers une structure plus spécifique ;
- Il peut être utile au Royaume-Uni dans un curriculum vitae si un praticien souhaite s'orienter vers la spécialisation en soins spécifiques et justifier d'une pratique axée sur des patients complexes ;
- Il peut être employé enfin par les directeurs de cliniques pour déployer des ressources en adéquation avec la complexité des prises en charge.

Le Case mix model a pour vocation d'être généralisé à plusieurs filières médicales ou médico-sociales, ainsi qu'à être exporté dans différents pays (avec des adaptations). C'est ce que l'association SOSS s'est proposé de faire en construisant une échelle de complexité inspirée du Case mix model et à l'usage des chirurgiens-dentistes de France.

2.1.3. Construction de l'échelle

L'échelle a été élaborée par un groupe de travail de trois personnes travaillant respectivement en milieu libéral, hospitalier et universitaire et validée par l'association nationale Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS), qui œuvre depuis sa création pour la promotion de la santé orale des personnes en situation de handicap.

A l'origine du projet, l'échelle de SOSS divisait cette complexité en sept facteurs différents :

1. Communication
2. Coopération pendant l'examen clinique
3. Coopération pendant le soin
4. Complexité de l'état de santé
5. Risque de pathologies dentaires
6. Autonomie d'accès aux soins
7. Coordination administrative

Chaque facteur, selon le degré de difficulté, est accrédité d'un nombre de points défini. Le score cumulatif des sept facteurs est calculé et un seuil permettant de poser l'indication d'une valorisation est établi.

Plusieurs modifications sur les critères ont été apportées selon les observations communes des chirurgiens-dentistes inclus dans le projet et ayant testé le remplissage de la grille sur un échantillon de quelques patients.

Par exemple, les facteurs 2 et 3 de « Coopération » ont été regroupés et un nouveau facteur « Technique facilitatrice » a été introduit, chacun s'évaluant tant pour l'examen clinique que pour le soin.

La première version de l'échelle ne comprenait que la grille d'évaluation avec chaque facteur de difficulté à mesurer. Par la suite, un questionnaire préliminaire a été introduit ainsi qu'un encadré sollicitant l'avis des praticiens sur l'échelle ; ils seront détaillés plus loin.

2.1.4. Méthodologie

L'étude a été menée au service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier (Colombes, HUPNVS, APHP), en majeure partie au sein de la consultation du Dr Adeline Loing « Soins spécifiques pour personnes âgées et en situation de handicap ». Quelques patients issus d'une consultation non spécialisée ont également été inclus afin d'augmenter la sensibilité de l'échelle et éprouver sa validité.

En parallèle, le même projet a été mis en place au service d'odontologie du CHU de Clermont-Ferrand sous la coordination du Dr Denise Faulks.

Les cent questionnaires ont été complétés durant les mois d'avril, mai, juin et juillet 2018.

Aucun critère d'inclusion ou de non-inclusion n'a été retenu, il a été choisi de faire participer tous les patients de la consultation sans distinction.

Le recueil des données s'est effectué durant le temps de rendez-vous : à la fin de la consultation, nous avons présenté l'étude à chaque patient par le biais d'une lettre d'information et de consentement (Annexe) à signer.

Des explications claires et loyales ont été données, garantissant au patient son anonymat s'il accepte de participer ; son droit de rectification ou suppression des informations le concernant à tout moment ; enfin, s'il ne souhaite pas participer, son droit de refus.

Lorsque le patient n'était pas en mesure de consentir à son inclusion dans l'étude, c'est l'accompagnant qui signait la feuille et répondait aux questions préliminaires qui lui étaient adressées.

Au terme d'un nombre de questionnaires qui a été fixé à 100 à Colombes (comme à Clermont-Ferrand), nous avons établi en juillet 2018 un recueil de données dont l'analyse est présentée ci-après.

Nous avons fait une description de notre population d'étude : âge, sexe, répartition des allocations perçues et réponse aux questions posées pour le patient ou le praticien et score global.

En nous appuyant sur la réponse du praticien à la question « Pensez-vous que le patient relève d'une prise en charge spécifique ? » comme référence, nous avons établi un seuil permettant de déterminer la complexité d'une prise en charge présentant la meilleure sensibilité et spécificité à l'aide d'une courbe ROC.

Afin d'identifier la pertinence des différents facteurs de notre questionnaire, nous avons effectué une analyse en sous-groupe du lien entre chaque facteur et la complexité de la consultation.

Pour cela, nous avons simplifié chaque facteur en une variable qualitative à deux modalités : « Absence de difficulté » ou « Présence d'une difficulté » (quel que soit le degré).

La présence d'une relation entre deux variables qualitatives a été recherchée à l'aide d'un test du Khi-2. Lorsque les conditions de validité n'étaient pas remplies, un test exact de Fisher était réalisé à la place du test du Khi-2. Le risque de première espèce est de 5 %.

La force d'association entre chaque facteur et la complexité globale de prise en charge était quant à elle mesurée à l'aide d'un calcul d'odds ratio.

L'ensemble des analyses a été effectué avec le logiciel R à la version 3.4.4.

2.2. Le questionnaire d'évaluation

2.2.1 Interrogatoire préliminaire

Figure 6 : Interrogatoire préliminaire

RECUEIL DES DONNEES - V3

Evaluation de la complexité de la prise en charge des personnes à besoins spécifiques en Odontologie

Etude observationnelle

Aucune information sur l'identité du patient ne sera relevée et son identité restera anonyme.

o **Age du patient (en années) :** — —

o **Sexe :** M / F

o **Le patient bénéficie des allocations suivantes :**

AAH (Allocation adulte handicapé)	APA (Allocation personnalisée d'autonomie)
AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)	ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne)
PCH (Prestation de compensation du handicap)	Invaliddité (Pension d'invalidité)

Question au praticien :

Pensez-vous que ce patient relève d'une prise en charge complexe ou des soins spécifiques ?

Oui Non Je ne sais pas

Question au patient ou son accompagnant :

Pensez-vous que vous, ou la personne dont vous accompagnez, relève d'une prise en charge spécialisée ou complexe ?

Oui Non Je ne sais pas

Entourez si le répondant est le : le patient l'accompagnant

Source : Santé orale soins spécifiques, « Echelle de complexité de la prise en charge en odontologie », 2018

Nous avons commencé par relever l'âge et le sexe du patient grâce aux informations administratives du dossier.

Un recensement des allocations reçues par le patient a été effectué : celui-ci prenait en compte l'AAEH et la PCH citées par l'article 12 de la Convention, mais également les prestations courantes définies dans la première partie : AAH, APA et pension d'invalidité.

Cet interrogatoire a été l'occasion de constater que souvent, le patient ou l'accompagnant ignore les prestations dont il bénéficie (ou de son éligibilité à celles-ci).

Le praticien répondait de son côté à la question « Pensez-vous que ce patient relève d'une prise en charge complexe ou des soins spécifiques » ?

Ensuite c'était au patient de répondre. A plusieurs reprises, les patients (ou accompagnants) nous ont interrogées sur les notions de complexité ou de spécificité.

Nous avons donc apporté quelques précisions :

- La question concerne la complexité ciblée sur l'accès à la santé orale (une incapacité lourde sur un plan général pouvant avoir une incidence faible sinon nulle sur la prise en charge bucco-dentaire).
- La question n'évoque pas la nécessité d'une prise en charge hospitalière par opposition avec le cabinet en ville (l'adjectif « spécialisée » ne référant pas à une structure d'accueil particulière).
- La définition de complexité a été expliquée, c'est-à-dire l'accent mis sur la prise en compte de tous les facteurs participant à modifier la prise en charge du patient (tant organiques que contextuels).

Si le patient était en incapacité de s'exprimer ou de comprendre, c'est l'accompagnant qui répondait ; cet élément a été pris en compte dans le questionnaire.

2.2.2. Facteur 1 : Communication

Figure 7 : Facteur 1 de l'échelle « Communication »

		COMMUNICATION	Score pondéré
FACTEUR 1	Pas de difficulté	Pas de problème de communication	0
	Difficulté mineure	Ex. Compréhension lente ; Déficience intellectuelle mineure ; Malentendant ; Malvoyant	1
	Difficulté modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Déficience intellectuelle modérée ; Sourd ; Aveugle	5
	Difficulté majeure	Ex. Pas de communication ; déficience intellectuelle sévère ; démence sévère	7
		SCORE	

Source : Santé orale soins spécifiques, « Échelle de complexité de la prise en charge en odontologie », 2018

Le premier facteur retenu dans l'évaluation de la complexité est la communication. Nous avons attribué des exemples pour chaque niveau afin d'aider le praticien remplissant l'échelle à nuancer les difficultés.

- Pas de difficulté : la communication est normale
- Difficulté mineure : La communication est moins fluide, elle nécessite quelques changements de comportement de la part du chirurgien-dentiste (parler plus fort, se rapprocher pour expliquer/monttrer...)

- Difficulté modérée : La communication implique un changement d'attitude important de la part du chirurgien-dentiste (retranscrire, mimer, communiquer via un accompagnant...). Elle est cependant toujours possible.
- Difficulté majeure : La communication est impossible. Le patient n'est pas connecté à son environnement, ne comprend pas ce qui lui est dit, n'interagit pas avec le praticien.

La communication renvoie à un obstacle majeur rencontré par les personnes en situation de handicap, une limitation cognitive s'accompagnant par exemple d'une diminution significative du recours aux soins bucco-dentaires.⁵¹

2.2.3. Facteur 2 : Technique facilitatrice nécessaire

Figure 8 : Facteur 2 de l'échelle « Technique facilitatrice nécessaire »

		TECHNIQUE FACILITATRICE nécessaire (prémédication / sédation / hypnose / AG / autre)	
FACTEUR 2	Pas de difficulté	Pas besoin d'une technique facilitatrice	0
	Difficulté mineure	Besoin d'une technique facilitatrice, hors AG, pour les soins mais PAS pour l'examen.	3
	Difficulté modérée	Besoin d'une technique facilitatrice, hors AG, pour l'examen clinique ET les soins.	5
	Difficulté majeure	Besoin d'une anesthésie générale ou d'une sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	7
		SCORE	

Source : Santé orale soins spécifiques, « Échelle de complexité de la prise en charge en odontologie », 2018

La sédation consciente par inhalation de MEOPA est l'unique technique facilitatrice mentionnée à l'article 12 de la Convention et son utilisation est préconisée comme « une alternative à une prise en charge sous anesthésie générale ». Or il en existe tout un panel, plus ou moins invasives, plus ou moins complexes à mettre en place dans le cadre de la consultation dentaire.

En premier lieu nous pouvons évoquer la prémédication sédatrice en odontostomatologie, qui se fait par administration d'un agent pharmacologique par voie orale avant le rendez-vous de soins. Le chirurgien-dentiste prescrit une molécule à effet anxiolytique en précisant sa posologie et son heure d'administration. La famille des benzodiazépines (Valium®) ou l'hydroxyzine (Atarax®) sont les plus connues dans l'application dentaire. Cette technique est simple, peu coûteuse pour le patient et ne nécessite pas de formation complémentaire pour le praticien.⁵²

⁵¹ Pichetti et al., « Access to care and prevention for people with disabilities in France ».

⁵² Sebastiani, Dym, et Wolf, « Oral sedation in the dental office ».

Pour ce qui est de l'hypnose, c'est une technique en plein essor et nous n'avons pas à l'heure actuelle recul clinique suffisant sur son efficacité. Toutefois les résultats sont très prometteurs, comme en témoigne par exemple cet essai clinique de Glaesmer et al. sur la diminution de l'anxiété : sur 102 patients traités par extraction dentaire, un niveau d'anxiété significativement inférieur durant l'intervention a été relevé dans le groupe ayant eu de l'hypnose par rapport au groupe contrôle.⁵³

Nous avons mentionné ici la prémédication sédatrice ou l'hypnose ; la liste n'est pas exhaustive, d'autres moyens sont à la disposition des chirurgiens-dentistes (par exemple les thérapies cognitives et comportementales).

Concernant l'échelle, nous pouvons définir les degrés ainsi :

- Pas de difficulté : pas de technique facilitatrice
- Difficulté mineure : technique facilitatrice nécessaire pour le soin
- Difficulté modérée : technique facilitatrice nécessaire pour l'examen et le soin
- Difficulté majeure : nécessité d'une anesthésie générale ou d'une sédation profonde avec médecin anesthésiste

2.2.4. Facteur 3 : Coopération pendant l'examen ou le soin

Figure 9 : Facteur 3 de l'échelle « Coopération pendant l'examen ou le soin »

		COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice)	
FACTEUR 3	Pas de difficulté	Score de Venham* 0 ; Détendu ; Coopérant	0
	Difficulté mineure	Score de Venham* de 1 ou 2 ; Mal à l'aise ; Tendu ; Continuité thérapeutique préservée mais négociation	3
	Difficulté modérée	Score de Venham* de 3 ; Réticent ; Protestations verbales ou avec les mains ; Soins difficiles	5
	Difficulté majeure	Score de Venham* de 4 ou 5 ; Très perturbé ou totalement déconnecté ; Soins avec contention ou abandonnés	7
		* Echelle de Venham en annexe	SCORE

Source : Santé orale soins spécifiques, « Échelle de complexité de la prise en charge en odontologie », 2018

La coopération d'un patient, que ce soit pendant l'examen ou le soin, est une donnée essentielle à évaluer. Pour ce faire, plusieurs échelles de mesure de l'anxiété et de la coopération sont aujourd'hui disponibles. Elles peuvent être remplies soit par le patient (auto-évaluation) soit par le chirurgien-dentiste (hétéro-évaluation) et constituent un outil important d'évaluation de la progression ou de communication professionnelle.

⁵³ Glaesmer, Geupel, et Haak, « A controlled trial on the effect of hypnosis on dental anxiety in tooth removal patients ».

Nous pouvons citer par exemple l'échelle visuelle analogique (auto-évaluation), l'échelle de Frankl ou l'échelle de Houpt (hétéro-évaluation).

Pour l'étude, avons choisi d'utiliser l'échelle de Venham, élaborée en 1980 et modifiée par Verkaamp, et se divisant en six scores allant de 0 à 5 (Annexe).⁵⁴ D'une part, il s'agit de la seule échelle d'hétéro-évaluation traduite en français ce qui n'induit pas de biais de compréhension dans la traduction des items ; d'autre part, elle offre une caractérisation précise de chaque état et permet d'évaluer quantitativement et qualitativement le comportement du patient dans différents contextes du soin (attitude durant l'entretien, gestuelle corporelle, réaction à une manœuvre du chirurgien-dentiste...).

Fournie en annexe du questionnaire, elle constitue l'outil le plus simple et complet pour le chirurgien-dentiste :

- Pas de difficulté : score de 0 (« détendu »)
- Difficulté mineure : score de 1 ou 2 (« mal à l'aise, préoccupé » ou « tendu »)
- Difficulté modérée : score de 3 (« réticent »)
- Difficulté majeure : score de 4 ou 5 (« très perturbé » ou « totalement déconnecté »)

2.2.5. Facteur 4 : Complexité de l'état de santé

Figure 10 : Facteur 4 de l'échelle « Complexité de l'état de santé »

		COMPLEXITE de l'état de santé	Score pondéré
FACTEUR 4	Pas de difficulté	Pas de modification de la prise en charge dentaire	0
	Difficulté mineure	Modification mineure de la prise en charge dentaire ex. antibioprofylaxie ; maladie chronique stable.	1
	Difficulté modérée	Modification modérée de la prise en charge dentaire ex. troubles de la déglutition ; maladie chronique instable (diabète, épilepsie...), examens complémentaires nécessaires (bilan sanguin, corticoïdes...);	5
	Difficulté majeure	Modification importante de la prise en charge dentaire ex. biphosphonates ; irradiation ; état médical précaire (oncologie, insuffisance respiratoire ou cardiaque sévère...); coordination médicale nécessaire	7
		SCORE	

Source : Santé orale soins spécifiques, « Échelle de complexité de la prise en charge en odontologie », 2018

Ce facteur a trait à la santé générale du patient : il jauge la corrélation qu'il peut exister entre une dégradation de son état de santé et une modification de la prise en charge bucco-dentaire.

En effet, le chirurgien-dentiste est fréquemment amené à adapter sa prise en charge et prendre des précautions supplémentaires face à des pathologies, non pas en raison de leurs conséquences sur la santé orale mais, à l'inverse, en prévention des conséquences possibles d'un geste dentaire invasif.

⁵⁴ Venham et al., « Interval rating scales for children's dental anxiety and uncooperative behavior ».

Les personnes âgées polyopathologiques sont les plus concernées par ces précautions.

L'élaboration de ce critère de complexité a été inspiré de la classification ASA mise au point en 1941⁵⁵ et ayant pour but d'évaluer l'état de santé pré-opératoire du patient et son risque anesthésique. Il comporte six scores.

Tableau 6 : Classification ASA

1 : Patient normal, sain
2 : Patient avec anomalie systémique modérée (Exemple : hypertension artérielle traitée)
3 : Patient avec anomalie systémique sévère (Exemple : diabète non équilibré)
4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante (Exemple : insuffisance cardiaque sévère)
5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Source : Société française d'anesthésie réanimation, « Classification ASA », 2014

Nous avons transposé les scores 1 à 4.

La difficulté de prise en charge est notoire car cette modification peut augmenter le nombre de rendez-vous ou en allonger la durée, impliquer de contacter plusieurs interlocuteurs pour le chirurgien-dentiste, multiplier les précautions pour le patient ou son accompagnant.

Les différents degrés sont les suivants :

- Pas de difficulté : pas de modification de la prise en charge
- Difficulté mineure : modification mineure de la prise en charge (exemple : un patient à haut risque d'endocardite infectieuse requiert la mise en place d'une antibioprophylaxie avant tout geste invasif).⁵⁶
- Difficulté modérée : modification modérée de la prise en charge (exemple : un patient sous traitement anticoagulant par AVK nécessite la réalisation d'exams complémentaires type INR la veille ou le matin d'une intervention chirurgicale).

⁵⁵ Société française d'anesthésie et de réanimation, « Classification ASA ».

⁵⁶ Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire ».

- Difficulté majeure : modification importante de la prise en charge (exemple : un patient suivant un traitement par biphosphonates intraveineux devra être vu en contrôle régulièrement et mis sous antibiotiques jusqu'à fermeture muqueuse complète).

2.2.6. Facteur 5 : Risque de pathologies dentaires

Figure 11 : Facteur 5 de l'échelle « Risque de pathologies dentaires »

		RISQUE de pathologies dentaires	
FACTEUR 5	Pas de difficulté	Pas de risque particulier	0
	Difficulté mineure	Risque élevé uniquement en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	1
	Difficulté modérée	Risque élevé en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, une maladie ou un médicament ex. Trisomie 21, fente labio-palatine, xérostomie, bruxisme, érosion, gastrostomie, épilepsie, diabète...	3
	Difficulté majeure	Risque élevé en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, une maladie ou un médicament ET en lien avec une incapacité à prendre en charge sa propre santé ou hygiène bucco-dentaire	5
		SCORE	

Source : Santé orale soins spécifiques, « Échelle de complexité de la prise en charge en odontologie », 2018

Alors que le facteur 4 s'intéressait aux anomalies de santé générale et aux modifications de prise en charge nécessaires pour éviter des complications d'ordre général, ce facteur, lui, reflète les répercussions que certaines pathologies peuvent avoir sur la santé orale.

Ces pathologies peuvent avoir une conséquence directe mais également indirecte dans la mesure où elles altèrent la capacité du patient à maintenir une hygiène bucco-dentaire satisfaisante.

Le *Prognosis and Assessment of Risk Scale (PARS)*⁵⁷ a servi de modèle précurseur à notre évaluation de complexité. Il a permis une classification en plusieurs catégories des patients mais mélangeait plusieurs critères (coopération, modification de la prise en charge et risque liés à l'hygiène, soit nos facteurs 1, 4 et 5). Le PARS a donc été décomposé et le critère « capacité à maintenir sa santé orale », indispensable dans l'évaluation du risque dentaire et parodontal, a été retenu dans le facteur 5.

Le facteur 5 inclut donc :

- les syndromes altérant la capacité à maintenir une hygiène bucco-dentaire satisfaisante (comme les maladies neuro-dégénératives qui compliquent la coordination manuelle, par conséquent les manœuvres d'hygiène),
- les syndromes directement responsables d'altérations dentaires (comme un reflux gastro-oesophagien se manifestant par des érosions sévères),

⁵⁷ Nunn, *Disability and oral care.*

- certains traitements dont les effets secondaires affectent la sphère bucco-dentaire (par exemple les médicaments causant des hypertrophies gingivales ou les médicaments sialoprives),
- et des pathologies générales qu'on sait aujourd'hui être un facteur de risque avéré de pathologie dentaire ou parodontale (par exemple le diabète non équilibré et la parodontite bactérienne).

Il se décompose en difficultés croissantes :

- Pas de difficulté : pas de risque particulier
- Difficulté mineure : risque lié à une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée
- Difficulté modérée : risque lié à un syndrome, une dysmorphologie, une maladie ou un médicament
- Difficulté majeure : risque combinant l'hygiène défaillante et l'état pathologique

2.2.7. Facteur 6 : Autonomie d'accès aux soins

Figure 12 : Facteur 6 de l'échelle « Autonomie d'accès aux soins »

		AUTONOMIE d'accès aux soins	
FACTEUR 6	Pas de difficulté	Pas de perte d'autonomie d'accès aux soins	0
	Difficulté mineure	Ex. Besoin d'être transporté par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant	1
	Difficulté modérée	Ex. Besoin d'un accompagnateur lors des soins; incapacité à exprimer une demande de soins	5
	Difficulté majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Besoin de transport sanitaire, manque de respect des rendez-vous cause maladies / hospitalisations fréquentes ; besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins...	7
		SCORE	

Source : Santé orale soins spécifiques, « Échelle de complexité de la prise en charge en odontologie », 2018

L'autonomie se définit dans le dictionnaire Larousse comme « la capacité de quelqu'un à ne pas être dépendant d'autrui ». Or, dans le contexte de l'accès aux soins, le simple fait de se présenter au rendez-vous de consultation ou de soins représente un défi pour de nombreux patients.

La consultation « Soins spécifiques pour personnes âgées et en situation de handicap » au service de l'hôpital Louis Mourier nous a permis de réunir toutes les conditions favorables et de recevoir des patients avec un score de 0 à 7 : transport par ambulance ou taxi avec rampe d'accès, box de soin aménagé pour accueillir un patient en fauteuil roulant ou en brancard ainsi que des accompagnateurs, transfert du brancard vers le fauteuil effectué par plusieurs personnes voire soins directement sur le brancard... Mais qu'en est-il des conditions ailleurs ?

La loi du 11 février 2005⁵⁸, dite « loi handicap », dispose qu'un local de professionnel de santé doit être accessible à tous. Il est question ici d'accessibilité physique (au bâtiment, à la salle de soins) mais également d'accès à l'information et à la communication. Cette loi concerne donc les personnes à mobilité réduite comme les personnes souffrant de déficiences visuelles, auditives ou cognitives. Or la réalité ne reflète pas toujours l'application rigoureuse de cette loi.

Pour ce critère, nous avons ciblé les obstacles à la venue du patient. Une difficulté à obtenir une prescription de transport, une incapacité à exprimer une gêne/douleur, une dépendance de la disponibilité de l'accompagnant, des retards importants aux rendez-vous sont autant de motifs qui retardent la prise en charge et aggravent l'état de santé.

En conséquence, le chirurgien-dentiste se retrouve fréquemment dans une dépendance vis-à-vis de ces critères : les soins doivent être reportés, voire annulés en fonction des empêchements du patient.

Les niveaux de difficulté retenus sont les suivants :

- Pas de difficulté : pas de perte d'autonomie d'accès
- Difficulté mineure : besoin d'un transport par une tierce personne
- Difficulté modérée : besoin d'un accompagnateur lors du soin, incapacité à exprimer une demande
- Difficulté majeure : besoin d'être porté / besoin de plus d'un accompagnateur / hospitalisations fréquentes qui retardent ou annulent les rendez-vous

2.2.8. Facteur 7 : Coordination administrative

Figure 13 : Facteur 7 de l'échelle « Coordination administrative »

		COORDINATION administrative (médicale, médico-sociale, médico-légale) (ex. contact médecin traitant, cardiologue... ; contact établissement, famille... ; contact tutelle)	
FACTEUR 7	Pas de difficulté	Pas de coordination nécessaire	0
	Difficulté mineure	Coordination faite par tierce personne (parent, assistant social, établissement, médecin traitant...)	1
	Difficulté modérée	Coordination par chirurgien-dentiste concernant un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	5
	Difficulté majeure	Coordination par chirurgien-dentiste concernant plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	7
		SCORE	
TOTAL	SCORE DE LA COMPLEXITE DE LA PRISE EN CHARGE = SCORE ADDITIONNÉ		

*Echelle de Venham modifiée en annexe.

Source : Santé orale soins spécifiques, « Échelle de complexité de la prise en charge en odontologie », 2018

⁵⁸ Legifrance, L'égalité des droits et des chances.

Lorsque les patients sont en capacité d'assumer leurs démarches administratives, celles-ci peuvent être accomplies sans nécessité de coordination. C'est le cas de patients habitués à contacter leur médecin traitant ou leur assistante sociale par exemple.

Lorsque ni le patient ni une tierce personne (famille, accompagnant) n'est en mesure d'assumer ces démarches, le chirurgien-dentiste est alors amené à se mettre en relation avec des interlocuteurs de secteurs divers.

Nous pouvons distinguer le secteur médical, qui regroupe les autres acteurs de santé (médecin traitant, médecin spécialiste...). Le chirurgien-dentiste peut les contacter pour obtenir des informations sur les antécédents du patient, demander un avis sur une prise en charge ou mettre en place un plan de traitement dans le cadre d'une prise en charge plus globale.

Prenons l'exemple, rencontré cette année, d'un patient qui a été diagnostiqué avec un cancer et adressé pour recherche de foyers infectieux bucco-dentaires en amont d'un traitement par radiothérapie/chimiothérapie. Il aura un planning de soins défini, resserré, et sa planification de rendez-vous dentaires ne peut être envisagée sans discussion préalable avec l'oncologue.

Le secteur médico-social⁵⁹ concerne les structures accueillant des personnes handicapées, âgées dépendantes ou en situation d'exclusion sociale. Nous pouvons citer les Instituts Médico-Éducatifs (IME), les Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Dans ce cadre, les interlocuteurs peuvent être des professionnels de diverses branches : professionnels paramédicaux, éducateurs spécialisés, assistants sociaux, psychologues...

Enfin, le secteur médico-légal a trait aux patients mineurs ainsi qu'aux patients sous curatelle et tutelle. Le consentement du parent ou tuteur légal est toujours recherché lorsqu'un patient est mineur ou placé sous tutelle.

Pour rappel, le patient sous curatelle reçoit lui-même l'information et consent seul aux actes médicaux ; son curateur a un rôle de conseil. En revanche, pour le patient sous tutelle, si l'information lui est bien délivrée et son consentement toujours recherché, c'est au tuteur de signer les devis et procéder au règlement des actes. Le chirurgien-dentiste doit donc communiquer avec lui en vue d'obtenir son accord pour commencer le traitement.

⁵⁹ Agence nationale d'appui à la performance, « Le secteur médico-social ».

Quoi qu'il en soit, le temps consacré à contacter ces interlocuteurs et à assembler les informations nécessaires au dossier médical représente une partie non négligeable au cours de la consultation mais également en dehors, c'est pourquoi il représente un facteur de complexité supplémentaire.

Les différents degrés sont :

- Pas de difficulté : pas de coordination administrative nécessaire
- Difficulté mineure : coordination effectuée par un tiers
- Difficulté modérée : coordination effectuée par le chirurgien-dentiste dans un secteur
- Difficulté majeure : coordination effectuée par le chirurgien-dentiste dans plus d'un secteur

2.2.9. Avis sur l'échelle et commentaires

Figure 14 : Temps de remplissage et avis

Il vous a fallu combien de temps pour remplir l'échelle ?

< 1 minute Entre 1 et 5 minutes > 5 minutes

Merci de laisser un commentaire sur toute éventuelle difficulté ou d'ambiguïté dans le remplissage de cette échelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Source : Santé orale soins spécifiques, « Échelle de complexité de la prise en charge en odontologie », 2018

Au terme du remplissage des sept facteurs, le score total est additionné.

Le temps consacré au questionnaire est recueilli : il faut que le remplissage soit rapide, ne prenne pas beaucoup de temps sur une consultation, afin d'être plus facilement accepté et adopté par les praticiens.

Enfin, puisqu'il s'agit d'une étude expérimentale visant à affiner l'exactitude de l'échelle avant de la généraliser à tous les praticiens, un encadré en fin de questionnaire permet aux chirurgiens-dentistes de noter leurs avis et critiques.

Ils sont sollicités pour évaluer la pertinence des items, leur clarté, la rapidité à répondre au questionnaire et pour émettre des suggestions.

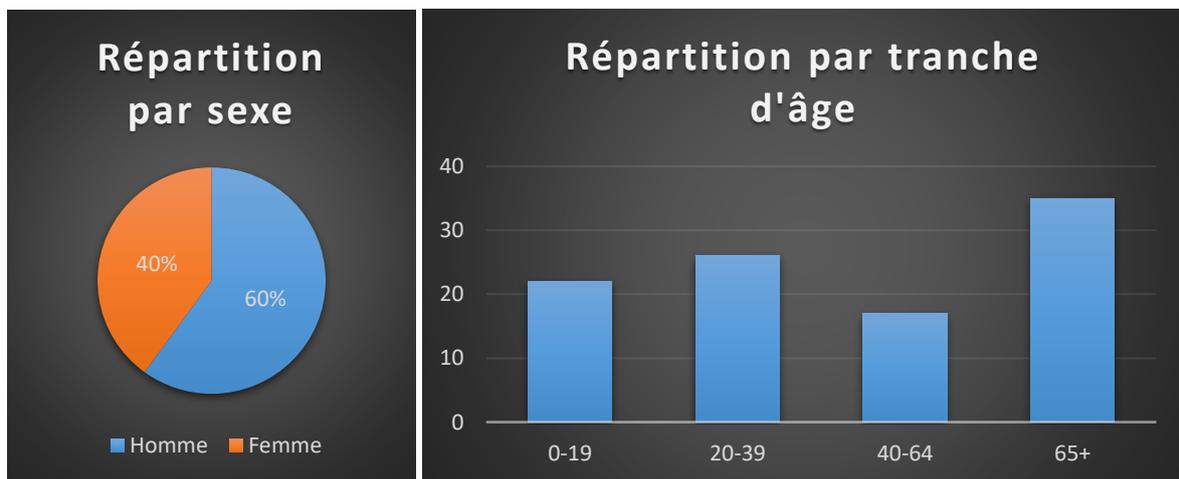
2.3. Résultats

Après étude du tableau des données des cent questionnaires, nous présenterons dans un premier temps le profil général des patients (âge, sexe, allocations) ainsi que les résultats de l'interrogatoire préliminaire. Nous nous intéresserons ensuite aux scores de l'échelle (score global puis par facteur) et enfin nous discuterons des implications tant sur la Convention que sur l'étude pilote elle-même.

2.3.1 Présentation des données

2.3.1.1 Profils des patients

Figure 15 : Répartition par sexe et tranche d'âge



Source : Auteur, Résultats du questionnaire, 2019

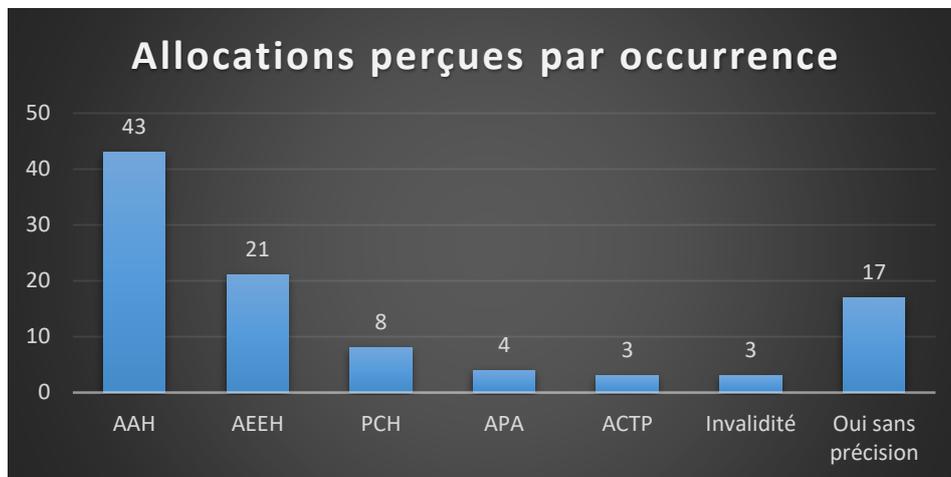
Sur les cent questionnaires, 60% des patients sont des hommes pour 40% de femmes.

La répartition des âges est représentative des patients-cible de la consultation : près d'un quart des patients inclus est âgé de moins de 20 ans (correspondant au handicap enfant) et près d'un quart également est âgé de 65 ans et plus (correspondant à l'odontologie gériatrique).

L'âge moyen est de 48 ans.

2.3.1.2 Allocations perçues

Figure 16 : Répartition par allocations perçues



Source : Auteur, Résultats du questionnaire, 2019

Ce graphique représente le nombre d'occurrences des allocations dans le questionnaire (rappelons que certaines allocations sont cumulables, comme l'AEEH avec la PCH).

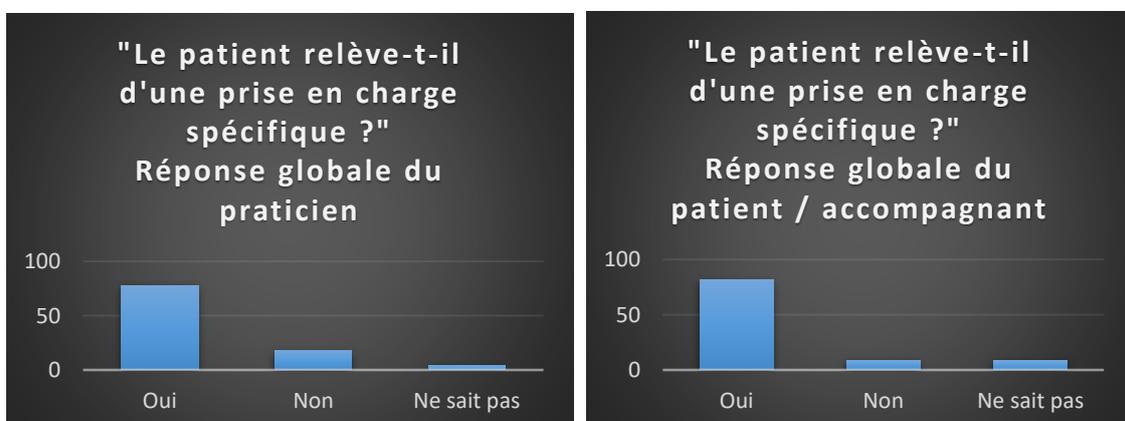
L'allocation la plus souvent rencontrée est l'AAH, dont 43 patients sont bénéficiaires.

L'AEEH est perçue par 21 patients, soit la quasi-totalité de la tranche des 0-19 ans qui y est éligible.

Enfin, notons que 17 patients/accompagnants ont répondu « Oui sans précision », ce qui reflète le manque d'information relative aux prestations pouvant être perçues par les patients à besoins spécifiques.

2.3.1.3 Besoin perçu d'une prise en charge spécifique ou complexe

Figure 17 : Réponse globale du praticien et du patient/accompagnant



Source : Auteur, Résultats du questionnaire, 2019

Nous avons relevé les réponses à la question « Le patient relève-t-il d'une prise en charge spécifique ? » posée au praticien d'une part, au patient ou à son accompagnant d'autre part.

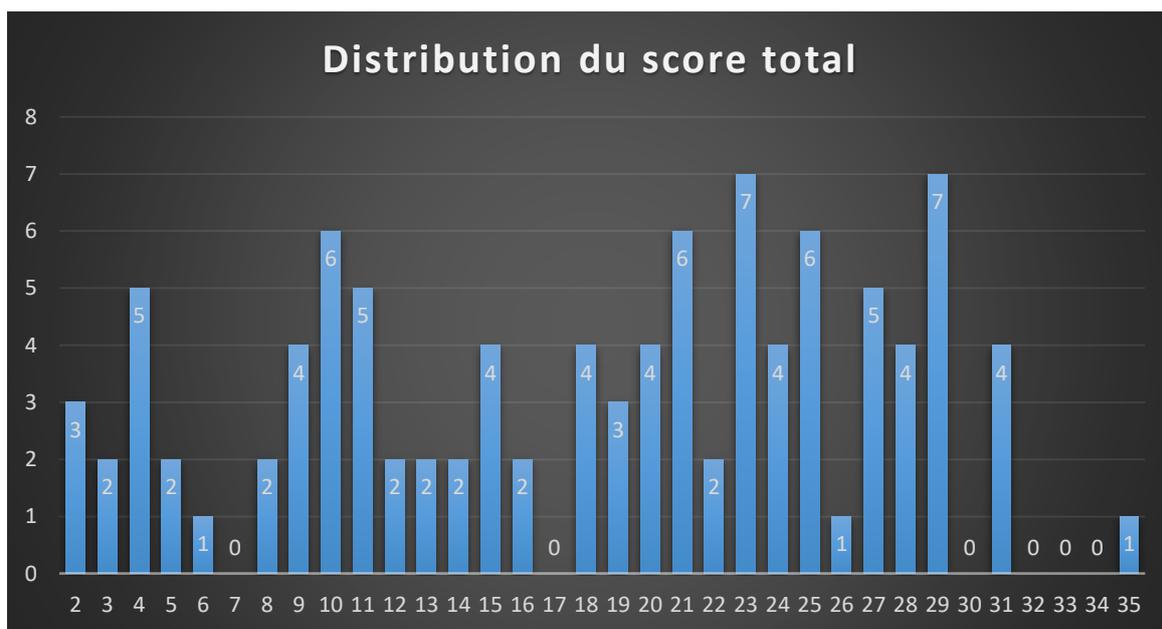
Un test kappa de Cohen a été réalisé afin de mesurer l'accord entre les réponses du patient et du praticien. Le score $\kappa = 0,49$ [0.22 ; 0.75] montre un accord modéré entre les deux observateurs.

C'est le critère « Réponse globale du praticien » qui a été retenu comme référence pour l'analyse ci-après.

2.3.2 Analyse du score

2.3.2.1. Score global

Figure 18 : Distribution du score total



Source : Auteur, Résultats du questionnaire, 2019

On constate que la population est très hétérogène : les scores relevés vont de 2 à 35 points.

Le score médian est de 20 (Premier quartile = 10 ; Troisième quartile = 25).

Un des objectifs de cette étude pilote est de rechercher un score global seuil (ou *cut off*) pour déterminer la complexité d'une prise en charge.

Le gold standard choisi pour l'analyse des résultats est la réponse du chirurgien-dentiste à la question « Pensez-vous que ce patient relève d'une prise en charge spécifique ? » présentée ci-dessus.

Pour chaque seuil potentiel, de 2 à 35, nous avons calculé la sensibilité et la spécificité du score global afin de choisir comme seuil la valeur la plus pertinente, c'est-à-dire celle combinant sensibilité et spécificité les plus élevées.

Tableau 7 : Sensibilité et Spécificité de chaque score obtenu en fonction de la réponse du praticien

Score	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12
Sensibilité	1	0.99	0.99	0.96	0.95	0.95	0.92	0.91	0.86	0.82
Spécificité	0	0.11	0.22	0.39	0.44	0.5	0.5	0.67	0.78	0.89
Youden	0	0.1	0.21	0.35	0.39	0.45	0.42	0.58	0.64	0.71

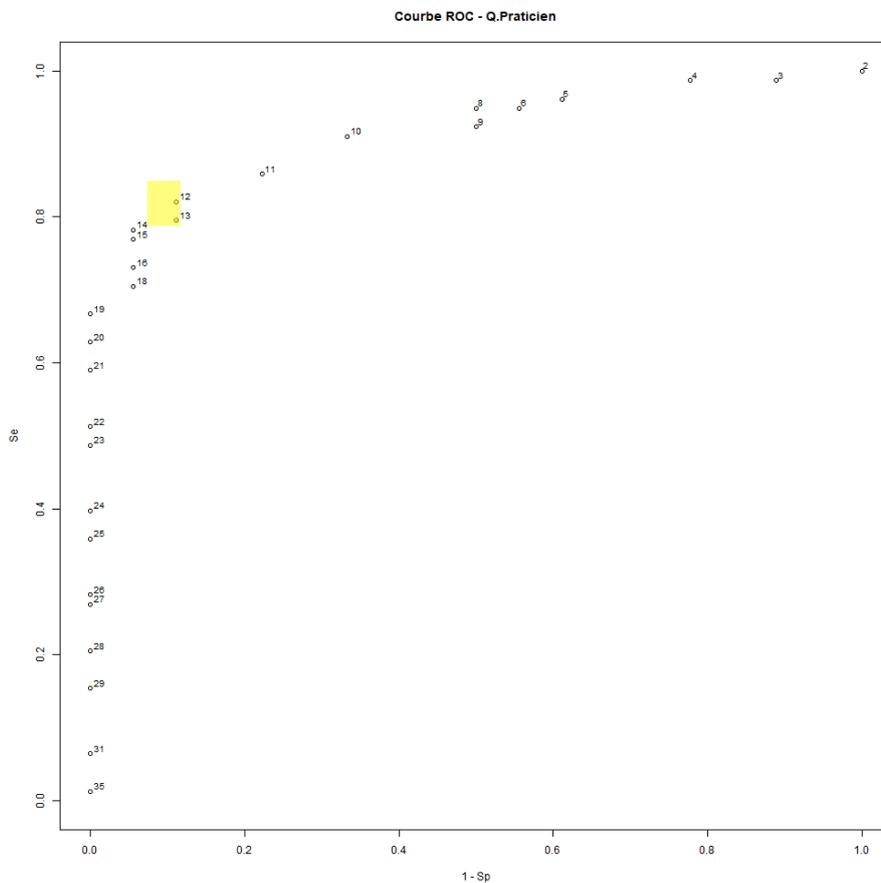
Score	13	14	15	16	18	19	20	21	22	23
Sensibilité	0.79	0.78	0.77	0.73	0.71	0.67	0.63	0.59	0.51	0.49
Spécificité	0.89	0.94	0.94	0.94	0.94	1	1	1	1	1
Youden	0.68	0.73	0.71	0.68	0.65	0.67	0.63	0.59	0.51	0.49

Score	24	25	26	27	28	29	31	35
Sensibilité	0.4	0.36	0.28	0.27	0.21	0.15	0.06	0.01
Spécificité	1	1	1	1	1	1	1	1
Youden	0.4	0.36	0.28	0.27	0.21	0.15	0.06	0.01

Source : Auteur, Résultats du questionnaire, 2019

Les résultats ont permis d'obtenir la courbe ROC suivante :

Figure 19 : Courbe ROC des scores de complexité en fonction de la réponse du praticien



Source : Auteur, Résultats du questionnaire, 2019

La valeur 12 présente une sensibilité $Se = 0,82$ et une spécificité $Sp = 0,89$. Elle a été choisie comme valeur seuil pour caractériser la complexité de la prise en charge.

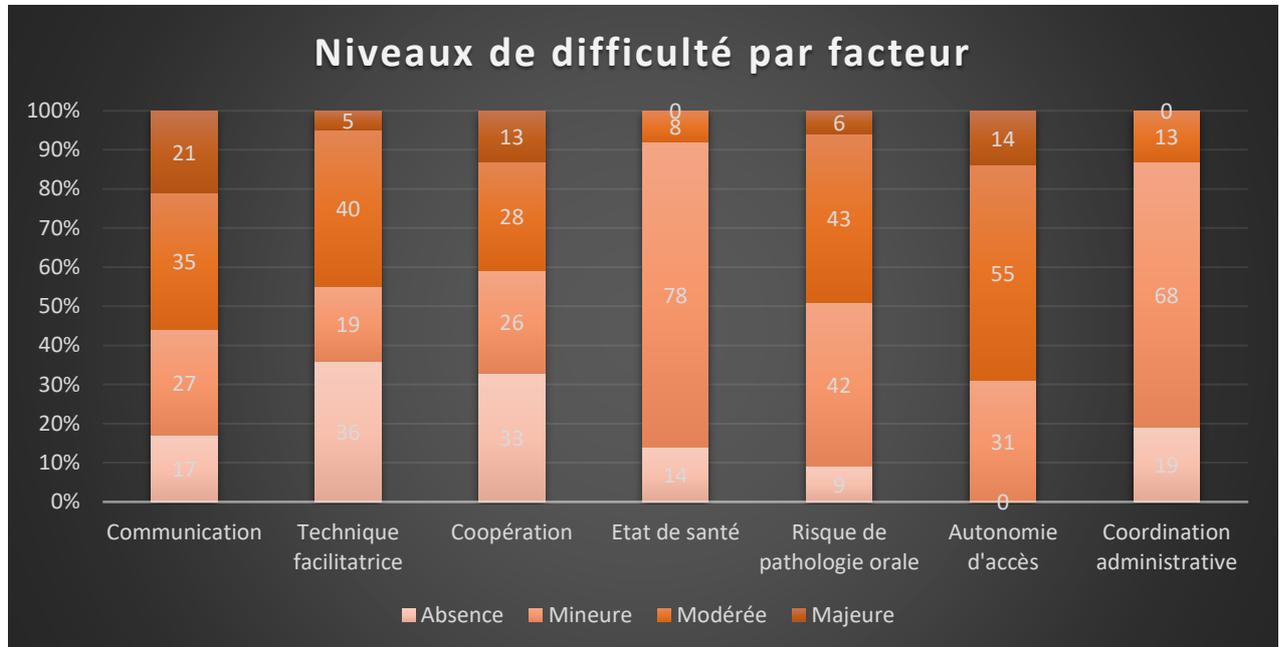
Il existe une différence significative de complexité de la consultation évaluée par le praticien entre un résultat du questionnaire supérieur ou égal à 12 et inférieur à 12 ($0,47$ vs $0,97$, $p < 10^{-8}$).

Nous avons effectué les mêmes calculs en retirant les patients percevant l'AEEH et la PCH de l'échantillon : en sous-groupe, le score-seuil reste de 12 et ressort toujours significatif.

2.3.2.3 Analyse du score par facteurs

Dans une dernière partie, nous nous intéressons à l'analyse des résultats par facteur.

Figure 20 : Niveaux de difficulté par facteur



Source : Auteur, Résultats du questionnaire, 2019

A l'image du case mix model au Royaume-Uni⁶⁰, nous avons réalisé un histogramme présentant en globalité les niveaux de difficulté répartis pour chacun des sept facteurs. Pour ce schéma, nous ne tenons pas compte de la pondération attribuée à chaque score mais uniquement de la proportion « Absence – Difficulté mineure – Difficulté modérée – Difficulté majeure » relevée.

Il est pertinent de se demander si chaque facteur de difficulté, pris individuellement, contribue à déterminer une prise en charge plus ou moins complexe.

D'une part, existe-t-il un lien significatif entre la présence d'une difficulté et l'estimation de complexité du praticien ? D'autre part, pour chaque facteur, quelle est la force de cette association ?

- Facteur 1 : Communication

Proportions :

Sur le groupe « Pas de difficulté », 47% des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

⁶⁰ Bateman et al., « BDA Special Care Case Mix Model »

Sur le groupe « Difficulté », 89% des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Test du Khi-2 : La différence est significative entre les deux groupes avec $p = 2,7 \cdot 10^{-4}$.

Odds ratio : OR = 8,45 avec IC₉₅ = [2,70 ; 28,4]

- Facteur 2 : Technique facilitatrice

Proportions :

Sur le groupe « Pas de difficulté », 50% des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Sur le groupe « Difficulté », 100% des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Test du Khi-2 : La différence est significative entre les deux groupes avec $p = 6,4 \cdot 10^{-9}$.

Odds ratio : Effectif ne permettant pas de calculer un odds ratio.

- Facteur 3 : Coopération

Proportions :

Sur le groupe « Pas de difficulté », 51% des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Sur le groupe « Difficulté », 97% des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Test du Khi-2 : La différence est significative entre les deux groupes avec $p = 2,5 \cdot 10^{-7}$.

Odds ratio : OR = 28,7 avec IC₉₅ = [6 ; 137,3]

- Facteur 4 : Etat de santé

Proportions :

Sur le groupe « Pas de difficulté », 92 % des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Sur le groupe « Difficulté », 80 % des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Test de Fisher : La différence n'est pas significative entre les deux groupes avec $p = 0,47$.

Odds ratio : OR = 0,36 avec IC₉₅ = [0,04 ; 2,98]. L'odds ratio n'est pas significativement différent de 1.

- Facteur 5 : Risque de pathologie orale

Proportions :

Sur le groupe « Pas de difficulté », 62 % des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Sur le groupe « Difficulté », 85 % des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Test de Fisher : La différence est significative entre les deux groupes avec $p = 5,4 \cdot 10^{-3}$.

Odds ratio : OR = 9,61 avec IC₉₅ = [2,05 ; 45,2]

- Facteur 6 : Autonomie d'accès

Aucune analyse n'est possible car aucun sujet de l'échantillon n'appartient au groupe « Pas de difficulté ».

- Facteur 7 : Coordination administrative

Proportions :

Sur le groupe « Pas de difficulté », 79 % des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Sur le groupe « Difficulté », 82 % des consultations ont été jugées complexes par le praticien.

Test du Khi-2 : La différence n'est pas significative entre les deux groupes avec $p = 1$.

Odds ratio : Effectif ne permettant pas de calculer un odds ratio.

2.4. Discussion

Cette première étude nous a permis de tirer plusieurs conclusions à propos de l'échelle d'évaluation de complexité des patients en médecine bucco-dentaire. Comme elle a vocation à être ajustée et ensuite généralisée aux chirurgiens-dentistes, on peut d'ores et déjà proposer des pistes pour en optimiser la précision et la pertinence.

2.4.1 Discussion

Nous présentons ici un formulaire prédictif du risque de complexité d'une consultation. Le seuil retenu présentant une sensibilité et spécificité optimale est de 12 dans le cadre de notre étude.

Notre population d'étude présentant la particularité d'être composée en majorité de patients en situation de besoins spécifiques, il est possible que les données et le seuil retenu ne soient pas similaires auprès de populations aux profils plus diversifiés.

Il sera nécessaire d'étudier notre formulaire auprès d'autres populations afin d'en spécifier les propriétés prédictives et les limites.

Nos résultats mettent en évidence une certaine hétérogénéité au sein des différents critères du questionnaire.

Ainsi nous avons mis en évidence dans notre population la présence d'un lien significatif entre la complexité de la prise en charge et les facteurs suivants : « communication », « technique facilitatrice », « coopération » et « risque de pathologie orale ».

Concernant le facteur « État de santé », les proportions obtenues entre patients présentant ou non une difficulté ne sont pas cohérentes (inversion de la tendance).

Le facteur « Autonomie d'accès » n'a pas pu être analysé car tous les patients de l'échantillon présentent une difficulté au moins mineure.

Enfin, les facteurs associés à une consultation dite complexe sont, classés par force croissante d'association, les facteurs « coopération », « risque de pathologie orale » et « communication ».

2.4.2 Perspectives

Comme pour le Case mix model britannique, nous pouvons envisager la suite de l'exploration de cette échelle.

Avant tout, il est indispensable de multiplier le nombre d'opérateurs, c'est-à-dire de praticiens remplissant l'échelle. La principale limite à l'étude présentée ici, outre le nombre et l'origine des patients, réside dans le fait que l'évaluation de tous les questionnaires a été effectuée par les mêmes opérateurs (avis subjectif sur ce qui constitue la complexité, biais lié au niveau d'expérience avec les patients à besoins spécifiques, interprétation uniforme des critères de difficulté...).

Il serait pertinent d'élargir l'étude pilote à davantage de chirurgiens-dentistes, qu'ils exercent en milieu libéral ou hospitalier, avec une activité d'omnipratique ou une spécialité en médecine bucco-dentaire, le tout afin de diversifier les profils de patients et d'affiner la sensibilité/spécificité de la grille.

En 2011, au Royaume-Uni, Burgess et al.⁶¹ ont recruté et formé 143 chirurgiens-dentistes ayant une expérience dans les besoins spécifiques au case mix tool. Les résultats recueillis sur 24 répondants ont permis d'apprécier sa fiabilité : certains critères ont révélé une incohérence entre les différents praticiens, d'autres un accord inter-opérateurs mais associé à une incompréhension sur l'item... Ces recherches sont donc essentielles afin d'aboutir à un outil performant et fiable.

C'est pourquoi une formation commune aux praticiens, comme il en est proposé au Royaume-Uni, peut se révéler intéressante : elle inclurait un séminaire pour introduire l'échelle et se suivrait d'un remplissage test sur des cas cliniques-type afin de permettre une comparaison inter-opérateurs des scores obtenus.

L'échelle une fois validée, il apparaît souhaitable et important qu'elle puisse être intégrée à la Convention comme outil de référence afin de caractériser les « populations fragiles » introduites dans le préambule et de valoriser leur prise en charge par les chirurgiens-dentistes en France.

⁶¹ Burgess et al., « Reliability of the BDA case mix tool for use in special care dentistry ».

Conclusion

La prise en charge des patients à besoins spécifiques représente aujourd'hui encore un défi majeur de santé publique.

La première problématique réside dans l'identification de cette population. En guise de préambule, ce travail a permis d'établir une définition commune puis de caractériser cette population très hétérogène. Une division en trois groupes a été faite : personnes en situation de handicap, personnes âgées en situation de dépendance, personnes en situation de précarité. On estime aujourd'hui que les patients à besoins spécifiques représentent au moins 10% de la population française et ce chiffre est en augmentation constante. L'offre de soins proposée jusqu'en 2018 en France était incomplète et soulevait plusieurs problématiques : la formation insuffisante des chirurgiens-dentistes, l'offre de soins inégalement répartie sur le territoire et surtout l'absence de prise en charge commune par l'Assurance Maladie.

La nouvelle convention nationale entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie, prenant effet au 1^{er} avril 2019, a introduit une évolution dans ce sens : l'article 12 propose en effet une compensation financière pour les soins réalisés sur les patients allocataires de l'AEEH et de la PCH en raison de la difficulté de coopération à l'état vigile. Face à cette mesure, plusieurs questions se posent. Qui sont les patients réellement concernés ? A quels obstacles sont confrontés d'une part le patient, d'autre part le chirurgien-dentiste ? Comment identifier, caractériser, quantifier les difficultés propres à chaque patient ? Considérer chaque individu dans son environnement et adapter la prise en charge en fonction de la complexité qui lui est propre, tout cela constitue une démarche indispensable qui s'inscrit dans la politique d'accès aux soins pour tous.

C'est dans ce but que l'association SOSS a proposé la construction d'une échelle de complexité de prise en charge. Inspirée du *case mix tool* employé au Royaume-Uni depuis dix ans, cette grille se divise en sept facteurs de difficulté avec différents degrés (communication, besoin de technique facilitatrice, coopération, état de santé général, risque de pathologie orale, autonomie d'accès et coordination administrative) et permet d'attribuer un score de complexité de prise en charge à chaque patient.

Cette échelle a fait l'objet d'une étude pilote à l'hôpital Louis Mourier : nous l'avons expérimentée sur cent patients issus, pour la plupart, d'une consultation de besoins spécifiques. Les scores ont été calculés et confrontés à différentes variables recueillies en amont.

Concernant les sept facteurs, de premières conclusions sont ressorties : une significativité du lien entre la complexité de la prise en charge et les facteurs « communication », « technique facilitatrice », « coopération » et « risque de pathologie orale » a été établie. De même, une association forte a pu être montrée entre la complexité et les facteurs « coopération », « risque de pathologie orale » et « communication ». Enfin, les facteurs « état de santé général » et « autonomie d'accès » n'ont pas pu être exploités tels quels et nécessitent des investigations supplémentaires.

Nos résultats préliminaires ont également permis de constater des lacunes dans les propositions faites par l'UNCAM, notamment sur la sélection des patients selon les prestations AEEH et PCH : ce critère n'a pas montré de pertinence dans la sélection des patients dits « complexes », les patients bénéficiaires d'autres allocations présentant un niveau similaire de complexité de prise en charge.

Ainsi, l'échelle est loin d'être validée. Durant la rédaction de ce travail, plusieurs modifications ont déjà été apportées tant sur la caractérisation des critères que sur leur pondération. Une dernière mise à jour propose de conserver les scores à des fins épidémiologiques tant que l'échelle est en cours de construction et de les supprimer dans la version finale. Une demande auprès du Comité de Protection des Personnes est actuellement en cours d'instruction afin de lancer une recherche d'envergure nationale. En parallèle de cette thèse en région parisienne, le même travail a été achevé au CHU de Clermont-Ferrand sous la direction du Dr Denise Faulks, investigatrice principale de l'étude.

Enfin, un groupe de travail de l'UNCAM étudie le projet d'intégrer l'échelle à l'article 12. Nous avons des raisons d'espérer que cet outil prouvera son utilité prochainement et inspirera des mesures nouvelles adaptées à la prise en charge nécessaire aux patients à besoins spécifiques.

Bibliographie

- Agence nationale d'appui à la performance. « Le secteur médico-social ». CNSA, 2013. <https://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>.
- Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire », 2011. https://www.ansm.sante.fr/content/download/5297/52416/version/12/file/Reco-Prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire_Septembre2011.pdf.
- Azogui-lévy, S., F. Bourdillon, H. Ittah-Desmeulles, M. Rosenheim, M. Souames, et J. Azerad. « État dentaire, recours aux soins et précarité ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 54, n° 3 (2006) : 203-11. [https://doi.org/10.1016/S0398-7620\(06\)76716-5](https://doi.org/10.1016/S0398-7620(06)76716-5).
- Bateman, P., C. Arnold, R. Brown, L. V. Foster, S. Greening, N. Monaghan, et L. Zoitopoulos. « BDA special care case mix model ». *British dental journal* 208, n° 7 (2010) : 291-96. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2010.294>.
- Belmin, J., Collège national des enseignants de gériatrie, et Collège français des enseignants en rhumatologie, éd. *Gériatrie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2014.
- Bordenet, C. « Un cabinet de dentiste ambulancier pour soigner les plus démunis », 2015. https://www.lemonde.fr/acces-aux-soins/article/2015/07/31/le-bus-social-dentaire-lutte-toujours-contre-l-exclusion-sanitaire_4706468_1655046.html.
- Burgess, M., N. Monaghan, M.Z. Morgan, R. Playle, et S. Thompson. « Reliability of the BDA case mix tool for use in special care dentistry ». *Journal of disability and oral health* 12, n° 3 (2011) : 107-13.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie ». cnsa, 2018. <https://www.cnsa.fr/node/4595>.
- Cohen, C., P. Tabarly, S. Hourcade, C. Kirchner-Bianchi, et M. Hennequin. « Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution? » *La presse médicale* 35, n° 1-12 (2006) : 1625-34. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2006.09.005>.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « La prestation de compensation du handicap et l'allocation compensatrice pour tierce personne ». DREES, 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-7.pdf>.
- . « Pauvreté, prestations sociales et minima sociaux. Les chiffres clés ». DREES, 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/infographie.pdf>.
- Faulks, D., L. Freedman, S. Thompson, D. Sagheri, et A. Dougall. « The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health : value of education in special care dentistry ». *European journal of dental education* 16, n° 4 (2012) : 195-201. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x>.
- Folliguet, M., et Direction Générale de la santé. « La santé bucco-dentaire des personnes handicapées », 2006. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_handicapees.pdf.
- Folliguet M., et Direction Générale de la Santé. « Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées », 2006. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf.
- Glaesmer, H., H. Geupel, et R. Haak. « A controlled trial on the effect of hypnosis on dental anxiety in tooth removal patients ». *Patient education and counseling* 98, n° 9 (2015) : 1112-15. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.007>.
- Hennequin, M., V. Collado, D. Faulks, S. Koscielny, P. Onody, et E. Nicolas. « A clinical trial of efficacy and safety of inhalation sedation with a 50% nitrous oxide/oxygen premix (Kalinox™) in general practice ». *Clinical oral investigations* 16, n° 2 (2012) : 633-42. <https://doi.org/10.1007/s00784-011-0550-y>.

- Hennequin, M., D. Faulks, J.-L. Veyrune, et M. Faye. « Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21 ». *ID. L'information dentaire* 82, n° 26 (2000) : 1951–1966.
- Hescot, P., et A. Moutarde. « Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées ». Secrétariat d'Etat chargé de la famille et de la solidarité, 2010. http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/04/rapport_pour_mme_morano_sur_le_handicap.pdf.
- International association for disability and oral health. « Cours de formation initiale en soins spécifiques en odontologie ». IADH, 2012. <http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/09/New-Logo-IADH-Formation-Initiale-en-Soins-Sp%C3%A9cifiques-en-Odontologie.pdf>.
- Joyandet, A. « Projet de loi de finances pour 2018 : notes de présentation ». Senat, 2018. <https://www.senat.fr/commission/fin/pjlf2018/np/np25/np255.html>.
- Legifrance. Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, Code de la sécurité sociale (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/8/20/SSAS1821640A/jo/texte>.
- . Grille nationale AGGIR et son guide de remplissage, Annexe 2-1 Code de l'action sociale et des familles. Consulté le 19 mars 2019. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000019325264&dateTexte=&categorieLien=cid>.
- . L'égalité des droits et des chances, Pub. L. No. Loi n° 2005-102, Code de l'action sociale et des familles (2005). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>.
- . Revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés et à la modification du plafond de ressources pour les bénéficiaires en couple, Pub. L. No. art. L821-3-1, Code de la sécurité sociale (2018). https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=62B40D7E7F0C6ADBC942D38D5DA15A8A.tplgfr25s_2?cidTexte=JORFTEXT000037552841&idArticle=LEGIARTI000037554916&dateTexte=20181103&categorieLien=cid#LEGIARTI000037554916.
- Maisons départementales des personnes handicapées. « Qu'est-ce qu'une MDPH ? » MDPH, 2011. http://www.mdph.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=109&Itemid=80.
- Meistersheim, A. « La sédation consciente par inhalation de MEOPA : bilan de l'activité en odontologie pédiatrique au CHU de Nancy de 2005 à 2011 », Thèse d'exercice : université de Lorraine, 2018. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733156/document>.
- Nunn, J., éd. *Disability and oral care*. London : FDI World Dental Press, 2000.
- Ordre national des chirurgiens-dentistes. « Accès aux soins bucco-dentaires. Rapport 2017 ». ONCD, 2017. http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/accessibilite/rapport_bucco_dentaire_web.pdf.
- . « Gaz médicaux : MEOPA ». ONCD, 2017. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/materiel-et-materiaux/gaz-medicaux-meopa.html>.
- Organisation mondiale de la santé, éd. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.
- . « Promotion de la santé. Charte d'Ottawa ». [euro.who.int](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf), 1986. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.
- Organisation mondiale de la santé. Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, et Banque internationale pour la reconstruction et le développement, éd. *Rapport mondial sur le handicap*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012.
- Pegon-Machat, E., D. Jourdan, et S. Tubert-Jeannin. « Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France ». *Santé publique* 30, n° 2 (2018) : 243-51. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0243>.
- Philippart, F. « La sédation consciente au mélange protoxyde d'azote/oxygène en odontologie ». *Douleurs : évaluation, diagnostic, traitement* 7, n° 5 (2006) : 252-55. [https://doi.org/10.1016/S1624-5687\(06\)71147-7](https://doi.org/10.1016/S1624-5687(06)71147-7).

- Pichetti, S., A. Penneau, P. Lengagne, et C. Sermet. « Access to care and prevention for people with disabilities in France : analysis based on data from the 2008 French health and disabilities households surveys (handicap-santé-ménages) ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 64, n° 2 (2016) : 79-94. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.11.009>.
- Réseau handicap prévention et soins odontologiques d'Ile de France. « Les objectifs du réseau ». RHAPSODIF, 2008. <http://www.rhapsodif.com/rhapsodif/cms/8-95/reseau-handicap-prevention-et-soins-odontologiques-d-ile-de-france.dhtml>.
- . « Rapport annuel d'activité 2017 ». RHAPSODIF, 2017. <http://www.rhapsodif.com/rhapsodif/custom/module/cms/content/file/rapport-activite/rhapsodif-ra-2017-final-prevsoin.pdf>.
- Santé orale soins spécifiques. « SOSS : qui sommes-nous ? » SOSS, 2011. <https://www.soss.fr/qui-sommes-nous>.
- Sebastiani, F., H. Dym, et J. Wolf. « Oral sedation in the dental office ». *Dental clinics of North America* 60, n° 2 (2016) : 295-307. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2015.11.002>.
- Sécurité sociale. « Programme "Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA" ». Sécurité sociale, 2011. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cadrage2_pqe_cnsa.pdf.
- Sixou, J.L. « Aspects bucco-dentaires de la trisomie 21 chez l'enfant ». *Archives de pédiatrie* 15, n° 5 (2008) : 852-54. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)71939-0](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71939-0).
- Société française d'anesthésie et de réanimation. « Classification ASA ». SFAR, 2014. <https://sfar.org/scores/asa.php>.
- Union française pour la santé bucco-dentaire. « La santé des personnes en situation d'exclusion ». UFSBD. Consulté le 19 mars 2019. <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/espace-encadrants/la-santedes-personnes-en-situation-dexclusion/>.
- Venham, L., E. Gaulin-Kremer, E. Munster, D. Bengston-Audia, et J. Cohan. « Interval rating scales for children's dental anxiety and uncooperative behavior ». *Pediatric dentistry* 2, n° 3 (1980) : 195–202.
- Wresinski, J. « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». *Journal officiel de la république française. Avis et rapports du Conseil économique et social*, n° 6 (1987). <http://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>.

Table des figures

Figure 1 : Interactions entre les composantes de la CIF	6
Figure 2 : Approche du nombre de personnes en situation de handicap en France	8
Figure 3 : Extrait de la charte	9
Figure 4 : Effectifs de la CMU-C, Janvier 2005 à Juillet 2018 (en milliers)	14
Figure 5 : Résultat de l'enquête de l'ONCD sur 3586 chirurgiens-dentistes	17
Figure 6 : Interrogatoire préliminaire.....	37
Figure 7 : Facteur 1 de l'échelle « Communication »	38
Figure 8 : Facteur 2 de l'échelle « Technique facilitatrice nécessaire »	39
Figure 9 : Facteur 3 de l'échelle « Coopération pendant l'examen ou le soin »	40
Figure 10 : Facteur 4 de l'échelle « Complexité de l'état de santé »	41
Figure 11 : Facteur 5 de l'échelle « Risque de pathologies dentaires »	43
Figure 12 : Facteur 6 de l'échelle « Autonomie d'accès aux soins »	44
Figure 13 : Facteur 7 de l'échelle « Coordination administrative »	45
Figure 14 : Temps de remplissage et avis.....	47
Figure 15 : Répartition par sexe et tranche d'âge	48
Figure 16 : Répartition par allocations perçues	49
Figure 17 : Réponse globale du praticien et du patient/accompagnant.....	49
Figure 18 : Distribution du score total.....	50
Figure 19 : Courbe ROC des scores de complexité en fonction de la réponse du praticien	52
Figure 20 : Niveaux de difficulté par facteur	53

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de l’AEEH.....	26
Tableau 2 : Caractéristiques de la PCH.....	27
Tableau 3 : Caractéristiques de l’AAH	28
Tableau 4 : Caractéristiques de l’APA.....	29
Tableau 5 : Caractéristiques de la pension d’invalidité.....	30
Tableau 6 : Classification ASA.....	42
Tableau 7 : Sensibilité et Spécificité de chaque score obtenu en fonction de la réponse du praticien	51

Annexes

ANNEXE XVI – LA COMMISSION DES CHIRURGIENS-DENTISTES CHARGÉE DE DETERMINER LES RÈGLES DE HIÉRARCHISATION DES ACTES DENTAIRES (CHAP)

Préambule

Depuis vingt ans des progrès importants ont été réalisés en matière de soins bucco-dentaires. Le nombre d'enfants indemnes de caries dentaires a nettement progressé, grâce à la mobilisation depuis plus de cinquante ans des chirurgiens-dentistes, puis avec le concours de l'Etat et de l'assurance maladie, obligatoire et complémentaire, qui ont mis en place une politique de prévention renforcée dont le champ s'est progressivement élargi au cours de ces dernières années.

Malgré ces progrès indéniables, les partenaires conventionnels constatent que d'importantes marges d'amélioration subsistent et que les mesures en matière de prévention des pathologies bucco-dentaires doivent être poursuivies et accentuées.

En outre, de réelles difficultés d'accès aux soins dentaires perdurent au-delà des seuls publics fragiles, notamment pour les soins prothétiques qui peuvent générer parfois pour les ménages des restes à charge élevés, nécessitant la mise en place d'actions correctrices volontaristes.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels observent également que la répartition de l'offre de soins sur le territoire est inégale et ne permet pas à l'intégralité de la population d'accéder à des soins dentaires dans des délais raisonnables.

Enfin, les partenaires conventionnels reconnaissent que la rémunération actuelle de la pratique ne favorise pas assez le recours aux techniques dentaires privilégiant la préservation de la dent et des tissus dentaires.

Au vu de ces constats, les partenaires conventionnels, conscients que la santé bucco-dentaire est un élément indissociable de la bonne santé générale, souhaitent engager une démarche de refonte profonde de l'activité dentaire conventionnée et de ses conditions tarifaires, permettant l'accès de tous, sur l'ensemble du territoire national, à des soins bucco-dentaires pertinents de qualité.

Ils réaffirment ainsi leur implication dans la politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire au travers de la prévention et du suivi régulier permettant d'éviter ou de retarder le recours aux soins prothétiques ou chirurgicaux.

Les partenaires conventionnels s'accordent ainsi à poursuivre les efforts accomplis en matière de prévention en proposant plus précocement le droit aux examens de prévention bucco-dentaires pour les enfants de 3 ans.

Ils souhaitent renforcer la prise en charge des soins dentaires en faveur de catégories de populations fragiles et de publics spécifiques, comme les patients en situation de handicap lourd.

Dans ces conditions, les partenaires conventionnels portent au travers de cette convention une ambition nouvelle conjuguant une revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux importante, régulière et s'inscrivant dans la durée et une régulation des tarifs pratiqués sur certains des actes prothétiques, tout en préservant les capacités des professionnels à s'adapter aux techniques et matériaux innovants. Cependant, ils réaffirment que le rééquilibrage

Extrait du Préambule de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie (Journal Officiel, 25 août 2018)

Article 12

Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère

Les partenaires conventionnels conviennent de la difficulté de prise en charge, vigile, de patients atteints de handicap sévère, rendant difficiles voire impossibles les soins au fauteuil en cabinet. La sédation consciente, pour certains patients, peut être une alternative à une prise en charge sous anesthésie générale.

Afin d'améliorer l'accès aux soins de ces publics particulièrement fragiles, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'une part, de valoriser la prise en charge par les chirurgiens-dentistes de ville, de cette patientèle spécifique, et d'autre part, de prévoir la prise en charge, par l'assurance maladie des techniques de sédation consciente, telle que l'utilisation du MEOPA, utilisées par des chirurgiens-dentistes formés à son utilisation et en respectant l'ensemble des conditions réglementaires encadrant son usage.

Article 12.1

Patients concernés

Les patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Article 12.2

Valorisation de la prise en charge des patients en situation de handicap et des techniques de sédation consciente utilisées dans ce cadre

Les partenaires conventionnels souhaitent permettre la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de la technique de sédation consciente aux soins par utilisation de MEOPA, en faveur des patients en situation de handicap afin de faciliter leur prise en charge par le chirurgien-dentiste.

Cette prise en charge se matérialiserait par la valorisation d'un supplément facturable une fois par séance avec ou sans MEOPA à hauteur de 100 €.

Ces dispositions entreraient en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un groupe de travail issu de la CPN, afin d'élargir la population concernée par cette mesure par voie d'avenant, dans les 6 mois suivant la signature de la présente convention. Le groupe de travail pourra faire appel à des experts.

Ce groupe de travail étudiera également les modalités d'une meilleure valorisation des soins réalisés dans les établissements médico-sociaux et les conditions de mise en place de téléconsultation de dépistage auprès de personnes en situation de dépendance résidant dans ces établissements.

Article 12 de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie (Journal Officiel, 25 août 2018)

LETTRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT

Evaluation de la complexité de la prise en charge des personnes à besoins spécifiques en Odontologie

Etude observationnelle

C.H.U. Estaing de Clermont-Ferrand

1 place Raymond et Lucie Aubrac
63003 Clermont- Ferrand

➤ **Principal Investigateur :**

Dr Denise Faulks, CHU de Clermont Ferrand

Vous, ou la personne dont vous êtes responsable, avez un rendez-vous pour des soins dentaires à l'unité des soins spécifiques du service d'odontologie du CHU de Clermont-Ferrand.

L'unité de soins dentaires participe en ce moment à une étude nationale qui a pour but de décrire la complexité de la prise en charge des personnes qui ont des besoins spécifiques pour leurs soins dentaires.

Cette étude implique le recueil de données concernant chaque patient afin d'identifier d'éventuelles difficultés de prise en charge en lien avec la communication, la coopération, l'état de santé générale et la coordination des soins.

Les données sont collectées de façon totalement anonyme et seront utilisées pour des analyses statistiques par voie informatique.

Votre participation à cette étude est facultative. Vous pouvez vous opposer à la participation et à l'exploitation des données à tout moment sans que cela ne compromette la prise en charge en cours et/ou future. Vous avez droit d'accès et de rectification pour toutes les informations vous concernant, ou concernant la personne dont vous êtes responsable.

J'ai bien été informé que les données collectées par l'investigateur seront anonymes et qu'elles seront utilisées à des fins de recherche uniquement.

Nom :

Signature :

Lettre d'information et consentement aux patients inclus dans l'étude pilote (version CHU de Clermont Ferrand)

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	Détendu , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	Mal à l'aise, préoccupé . Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. L'e patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	Tendu . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

*Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. *Eur Cells Mater*, 2007; 13: 3

Echelle de Venham modifiée par Veerkamp, traduction française, 2007

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Docteur Adeline LOING

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes

Professeur Frédéric DARDEL

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Échelle d'évaluation de la complexité de la prise en charge des personnes à besoins spécifiques en Odontologie : étude pilote dans le service d'odontologie de l'hôpital Louis Mourier à Colombes

Résumé :

La santé orale des personnes en situation de handicap reste une problématique majeure de santé publique en 2019. Les personnes dites à besoins spécifiques rencontrent aujourd'hui encore des difficultés à se faire soigner. Le défi découlant de ce constat est multiple : il s'agit d'une part d'identifier ces patients, d'autre part de mettre en place des solutions pour faciliter et valoriser leur prise en charge. Cette thèse est une étude pilote visant à évaluer une échelle de complexité de prise en charge des patients à besoins spécifiques. L'échelle se veut être un outil à l'usage des chirurgiens-dentistes pour identifier les patients nécessitant une prise en charge spécifique et prenant en compte tous les paramètres de difficulté de celle-ci. Elle est constituée de sept items, chacun se référant à un facteur de difficulté : communication, nécessité de technique facilitatrice, coopération, complexité de l'état de santé, risque de pathologie dentaire, autonomie d'accès aux soins et nécessité d'une coordination administrative. Chaque item est accrédité d'un certain nombre de points selon que la difficulté est mineure, modérée ou majeure. L'addition de ces points permet d'obtenir un score total de complexité. Au cours de l'année 2018, au service d'odontologie de l'hôpital Louis Mourier (Colombes), nous avons réalisé cent questionnaires. L'objectif de ce travail est de présenter cette étude ainsi que les résultats préliminaires obtenus.

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Odontologie en santé publique -- Dissertations universitaires ; Collecte de données -- Dissertations universitaires ; Handicap -- Thèses et écrits académiques ; Pauvres -- Soins médicaux -- Thèses et écrits académiques

English keywords (MeSH) :

Public Health Dentistry -- Academic Dissertations ; Data Collection -- Academic Dissertations

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge