HAL
open science

Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques en Île de France : bilan de dix ans d'activité depuis sa création

Mohamad Neouchi

To cite this version:

Mohamad Neouchi. Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques en Île de France : bilan de dix ans d'activité depuis sa création. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02895385

HAL Id: dumas-02895385

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02895385

Submitted on 9 Jul 2020

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 de Paris

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 DE PARIS

UFR D'ODONTOLOGIE - MONTROUGE

Année 2020 **N° M004**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 10 janvier 2020

Par

M. Mohamad NEOUCHI

Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques en Île De France : bilan de dix ans d'activité depuis sa création

Dirigée par Docteur Adeline Loing

JURY

Mme le Professeur Sibylle Vital	Président
M. le Docteur Jean-Claude Tavernier	Assesseur
Mme le Docteur Alice Germa	Assesseur
Mme le Docteur Adeline Loing	Assesseur
Mme le Docteur Aude Monnier Da Costa	Invité

BY NC ND

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 Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDEMIOLOGIE, 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 Mme TAÏHI
	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	Mme WULFMAN	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	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 novembre 2019			

Remerciements

À Madame le Professeur Sibylle Vital

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des universités, Faculté de Chirurgie dentaire de Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire de Montrouge

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury. Vos conseils m'ont toujours guidé dans la pratique clinique de l'odontologie pédiatrique. Je vous remercie chaleureusement. Soyez assurée de ma considération et de mon plus profond respect.

À M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maitre de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire de Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. Je souhaite vous exprimer toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

À Mme le Docteur Alice Germa

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris-Sud

Maitre de Conférences des Universités, Faculté Chirurgie dentaire de Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. Je souhaite vous exprimer toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de ma gratitude et de mon plus profond respect.

À Mme le Docteur Adeline Loing

Docteur en Chirurgie dentaire

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse d'exercice. Malgré nos hauts et nos bas, vous étiez toujours un pilier pour moi, une source de bonheur avec votre bienveillance infinie. Je vous remercie de tout mon cœur. Soyez assurée de ma considération et de mon plus profond respect.

À ma mère, Nadoushka, sans toi tout ce travail ne sera pas possible. Malgré ton absence, tu restes la lumière de ma vie. Que tu sois en paix. Je t'aime

À mon papa, Badih, merci de m'avoir emmené jusqu'ici et de m'avoir toujours poussé à aller au-delà. Je t'aime

À Walid, mon petit frère, aka Talel, i love you pendejo.

A mes amis, Iram, Remy, Arnaud, Manfred, Rick Robster, Virginie, Samuel et à tous ceux que j'ai oublié.

À Delphine, Delph, DK, Femme la plus forte du monde, merci beaucoup. Tu es la meilleure, je t'aime !!!!!

Table des matières

Glossaire **3**

Introduction **4**

1 : Le handicap **5**

1.1 Définition du handicap selon l'Organisation Mondiale de la Santé *5*

1.2 Définition du handicap selon la législation française *7*

1.2.1 La perception péjorative du handicap selon la loi de 1975 7

1.2.2 La nouvelle perception du handicap selon la loi du 11 février 2005 7

1.3 Classification du handicap : *8*

1.3.1 Handicap moteur 8

1.3.2 Handicap sensoriel 8

1.3.3 Handicap mental (déficience intellectuelle) 9

1.3.4 Handicap psychique 9

1.3.5 Troubles envahissants du développement/troubles du spectre de l'autisme 9

1.3.6 Polyhandicap 10

1.4 Besoins spécifiques des personnes en situation de handicap en santé orale *10*

1.5 Soins spécifiques en odontologie *12*

1.6 Les différentes prises en charge *13*

1.6.1 Anesthésie générale et bloc opératoire 13

1.6.2 Sédation profonde : 14

1.6.3 Sédation consciente par inhalation de MEOPA : 15

1.6.4 Prémédication sédative 16

1.7 Le Plan National Inter-Régimes (PNIR) de 2004 ..... *17*

1.8 Accès aux soins des personnes en situation de handicap : Rapport de la commission d'audition publique de la HAS en 2009 ..... *17*

2 : Rhapsod'if **19**

2.1 L'association RHAPSOD'IF *19*

2.1.1 Présentation 19

2.1.2 Objectifs spécifiques 19

2.1.3 Population concernée par l'action du réseau 20

2.2 Organisation du réseau Rhapsod'if *20*

2.2.1 Le pôle soins 20

2.2.2 Le pôle prévention 22

2.2.3 Action de communication auprès des chirurgiens-dentistes 23

2.3 Financement du réseau *23*

2.4 Autres réseaux dédiés au handicap en France *24*

3 : Évolution de l'activité du Rhapsod'if en 10 ans, depuis sa création en 2009 25

3.1 Caractéristiques des patients adhérents *25*

3.1.1 Répartition par département 25

3.1.2 Répartition par sexe, tranches d'âge et type de handicap 26

3.2 Évolution des partenaires *28*

3.3 Activité du pôle soins *30*

3.4 Activité du pôle prévention *34*

3.5 Perspectives pour l'avenir *38*

3.6 Les freins à la réalisation des objectifs *39*

Conclusion 40

Bibliographie 42

Table des figures 44

Table des tableaux 45

Annexes 46

Glossaire

AAH : Allocation adulte handicapé

AN : Assemblée nationale

ARS : Agence Régionale de Santé

ASA : American Society of Anesthesiologists

CIH : Classification internationale du handicap

CIFHS : Classification internationale du Fonctionnement, handicap et de la santé

CNU : Collège national des universités

CRAMIF : Caisse régionale de l'assurance maladie d'ile de France

DES : Diplôme d'études supérieures

HBD : Hygiène bucco-dentaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEC : Prise en charge

RHAPSOD'IF: Réseau handicap prévention et soins odontologiques d'Ile de France

TED : Troubles envahissants du développement

TSA : Troubles du spectre de l'autisme

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

UNAPEI : Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales

Introduction

La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a été promulguée le 11 février 2005 et publiée au Journal Officiel le 12 février 2005. Cette loi, se composant de 101 articles, est venue réformer la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.

Elle est fondée sur le principe général de non-discrimination reconnu par la Constitution française du 04 octobre 1958 signifiant « l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion » (article premier).

La loi du 11 février 2005 élargit ce principe de non-discrimination aux personnes handicapées puisqu'en vertu de son article 2 « L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions. ».

Cette loi prévoit donc des droits égaux entre les personnes en situation de handicap et les autres.

Or aujourd'hui, malgré ce dispositif législatif, la réalité est toute autre, en particulier dans le domaine médical.

En effet, malgré des besoins spécifiques, les personnes en situation de handicap ne bénéficient pas automatiquement de soins médicaux adaptés notamment en matière de chirurgie dentaire. Afin de réduire ce clivage et de favoriser un accès aux soins adapté à tous les patients, des réseaux de soins spécifiques à la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap ont vu le jour en France.

Cette étude abordera le sujet du handicap et de la législation française l'encadrant en première partie. À travers l'exemple du réseau RHAPSOD'IF, créé en 2008 en Ile de France, cette étude présentera le bilan des 10 ans d'activité de cette association afin d'illustrer le travail des réseaux de soins dans la prise en charge des personnes en situation de handicap.

1 : Le handicap

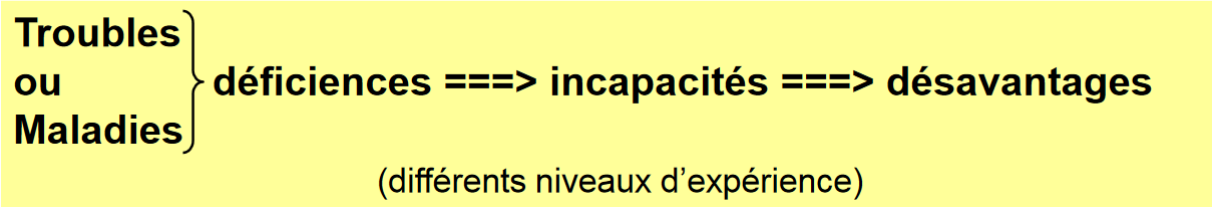
1.1 Définition du handicap selon l'Organisation Mondiale de la Santé

En 1946, l'OMS définit la santé comme étant un état de bien-être physique, mental et social. Durant la même période, les pays industriels vivent la révolution médicale : une diminution des maladies infectieuses grâce à l'émergence des antibiotiques, le développement de la chirurgie de réparation et de restauration, ainsi que l'usage de l'imagerie médicale. [1]

Par conséquent, ces pratiques ont entraîné un vieillissement de la population, une baisse de la mortalité et une augmentation des maladies chroniques. Ainsi, l'utilisation à grande échelle du terme « Handicap » a vu le jour, permettant la description des répercussions des maladies chroniques, des séquelles de traumatismes et des malformations.

Dans un besoin de classification, sous les recommandations du Docteur Philip Wood, l'OMS crée en 1980 la Classification Internationale du Handicap (CIH).
Elle décrit des troubles ou une maladie, entrainant des déficiences. Celles-ci entrainent des incapacités qui, à leurs tours, créent des désavantages.

Figure 1 : C.I.H. adoptée en 1980



1 : Source : Organisation mondiale de la santé, « Handicap et santé », 2015.

L'OMS complète cette définition en précisant ainsi ces 3 piliers :

- **La déficience** : correspond à l'aspect lésionnel (ou organique) du handicap, et peut être temporaire ou permanente. C'est une « perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ».

[1] Organisation mondiale de la santé, « La classification internationale du fonctionnement (cif) ».

- **L'incapacité** : c'est la résultante fonctionnelle de la déficience, définie comme « une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ».

- **Le désavantage** : il résulte des deux premières caractéristiques, correspond à l'aspect situationnel (environnemental) du handicap et intègre la dimension sociale du handicap : il prend en compte les conséquences et difficultés dans la vie courante. « Le désavantage limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux ou culturels ».

Cette définition fut jugée incomplète par la communauté scientifique ; elle ne prenait pas en considération le facteur environnemental et rend le sujet seul responsable de son handicap.

En 2001, sous la pression des défenseurs des droits des personnes en situation de handicap et de la communauté scientifique, surtout anglo-saxonne, la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé ou C.I.F.H.S. voit le jour. Elle pose une nouvelle définition du handicap :
« La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé définit le handicap comme un terme générique pour les déficiences, les limitations de l'activité et restrictions à la participation. Le handicap est l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale et des facteurs personnels et environnementaux. »[2].

Cette définition fut retenue comme la définition de référence du handicap. En plus de l'aspect médical, elle intègre aussi l'influence de l'environnement et des personnes dans la création et le maintien de l'état de handicap.

[2] Organisation mondiale de la santé, « Handicap et santé ».

1.2 Définition du handicap selon la législation française

1.2.1 La perception péjorative du handicap selon la loi de 1975

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées fut votée par l'Assemblée Nationale le 30 juin 1975. Elle ciblait une population précise à laquelle elle accordait un statut particulier, celui d'handicapé, sans aménagements, ni droits particuliers, ni prise en charge ou aide financière[3].

La loi ne prévoyait pas d'aménagements facilitant l'accès et l'intégration des personnes en situation de handicap dans les établissements publics ou privés. Elle ne prévoyait pas non plus la création de structures spécialisées pour la prise en charge médicale, psychique et sociale de ces personnes.

Finalement, cette loi ne facilitait pas l'intégration des personnes en situation de handicap dans la vie active. En effet, elle « offrait » des emplois dits protégés avec la création de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) mais sans vraie garantie.

Cette loi marginalisait les personnes en situation de handicap. Le 11 février 2005, l'Assemblée Nationale vota une nouvelle loi sur le handicap : la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

1.2.2 La nouvelle perception du handicap selon la loi du 11 février 2005

Après deux ans de réflexion et des groupes de travail alliant hommes politiques et figures du monde associatif, le texte de loi a été adopté par l'Assemblée Nationale. Il prévoyait donc un meilleur contexte juridique, social et économique pour les personnes en situation de handicap.

Dans un premier temps, la loi définit le handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »[4].

---

[3] Milano, « La loi du 11 février 2005 : pourquoi avoir réformé la loi de 1975 ? ».
[4] Code de l'action sociale et des familles - Article L114.

Cette définition se base sur le CIFHS établi préalablement par l'OMS. C'est la première fois qu'une loi définit la notion du handicap. Elle ne se limite plus à la personne comme seule responsable de son handicap mais intègre aussi la notion d'environnement, élément influençant l'état du handicap. Elle établit, en parallèle, un classement du handicap, notion qu'on retrouve également dans la définition de l'OMS.

1.3 Classification du handicap :

La loi française, se basant sur la CIFHS, définit donc plusieurs classes du handicap[5].

1.3.1 Handicap moteur

Le handicap moteur ou déficience motrice recouvre l'ensemble des troubles atteignant la motricité des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficulté de mouvement, à effectuer certains gestes). Les causes sont multiples : malformations du SNC, pathologies dégénératives.
75 % des handicaps moteurs font suite à des accidents de la route ou du sport et touchent en grande majorité les jeunes âgés de moins de 25 ans.[6]

1.3.2 Handicap sensoriel

Concernant le handicap sensoriel, on distingue deux sous catégories :

- Le handicap visuel, cécité (personnes aveugles), ou malvoyance. Les causes peuvent être des maladies comme la cataracte (opacification d'une lentille interne) ou le glaucome (touchant le nerf optique), ou héréditaires. On estime le nombre de malvoyants en France à 1,7 millions, dont plus de 300 000 malvoyants profonds à aveugles.
- Le handicap auditif, surdité, état pathologique entrainant la perte totale ou partielle de l'audition. D'origine héréditaire, virale, médicamenteuse, pathologique ou traumatique, le handicap auditif n'est pas visible mais stigmatisant. Plus de 4 millions de personnes sont atteintes de handicap auditif en France, dont près de 300 000 sont malentendantes profondes à sourdes.

[5] Comité national coordination action handicap, « les différents types du handicap ».
[6] Ravaud, « Épidémiologie du handicap moteur ».

1.3.3 Handicap mental (déficience intellectuelle)

Sur son site, l'UNAPEI définit le handicap mental comme « à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale). Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc. »[7].
En France, le handicap mental touche 700 000 personnes, soit 20 % des personnes en situation de handicap.

1.3.4 Handicap psychique

Le handicap psychique est très difficile à définir, les associations de patients en psychiatrie et de familles de malades proposent le terme de « handicap psychique ».
Les associations de familles de traumatisés crâniens préfèrent les termes de « déficiences des fonctions supérieures » pour désigner les déficiences psychiques et cognitives d'origine neurologique résultant d'un traumatisme crânien. [8]
Les critères de déficience psychique sont énumérés dans le « Guide-Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » :[9]
Ces déficiences entraînent de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne (toilette, habillement, courses, cuisine, entretien, déplacements, etc.), ainsi que dans les relations sociales et le travail. Elles peuvent être plus ou moins compensées par la personne, avec l'aide de son entourage, et affecter à des degrés divers la vie sociale et professionnelle, et l'autonomie personnelle.

1.3.5 Troubles envahissants du développement/troubles du spectre de l'autisme

TED, TSA ou autisme sont trois synonymes pour le même handicap. Selon le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition* (DSM 5), Ils se définissent par des perturbations des interactions sociales et de la communication, associées à des comportements et intérêts restreints, répétitifs, stéréotypés et une résistance aux changements. La cinquième version du DSM inclut également les particularités du traitement sensoriel et perceptif des personnes avec TSA comme un nouveau critère dans l'algorithme diagnostique.

---

[7] Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis, « Le handicap mental : sa définition ».
[8] Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, « Le handicap psychique ».
[9] Charzat, « Rapport sur le handicap psychique ».

Selon Kanner, les enfants atteint de TSA perçoivent le monde différemment.[10] Leurs perceptions se focalisent sur des petits détails, avec une vision périphérique ciblée, un regard majoritairement axé sur le sol, un désintérêt général en guise de protection. Ils peuvent aussi exceller à certaines taches où les personnes typiques présenteront des performances moyennes, comme l'épreuve de l'assemblage du puzzle ou les figures encastrées. [11]

1.3.6 Polyhandicap

Cette dernière forme se présente comme la forme la plus sévère. Une association de deux ou plusieurs autres classes du handicap résulte d'une altération des différentes fonctions organiques et psychiques. On retrouve le plus souvent une association du handicap moteur-handicap mental.

1.4 Besoins spécifiques des personnes en situation de handicap en santé orale

Les pathologies infectieuses, traumatiques et fonctionnelles touchant les personnes en situation de handicap sont les mêmes que celles touchant la population générale. Chez ces personnes, elles sont plus fréquentes et sont caractérisées par la gravité des stades de leur évolution. Ainsi, l'état de santé bucco-dentaire de ces derniers s'aggrave avec l'âge, et devient dès l'adolescence très nettement inférieur à celui de la population générale.[12]

En analysant vingt-huit études anglo-saxonnes et européennes, Patrick Anders souligne : « les personnes atteintes de déficience ont un indice de plaque plus élevé et une hygiène orale plus déficiente que la population générale ».

Cette constatation s'explique par :

- Une limitation de la coordination physique/apprentissage de la personne : une déficience mentale ou neuro-motrice entraînant une diminution de la dextérité.
- Une musculature déficiente ne favorisant pas le nettoyage naturel de la dentition : réflexes nauséeux importants, mouvements incontrôlés des mâchoires, contractions musculaires, troubles de la déglutition.
- Les soins d'hygiène sont souvent dispensés par un soignant, manquant de formation en matière d'hygiène bucco-dentaire : D'après le Pr Folliguet « *l'intérêt de l'hygiène buccale quotidienne pour la santé générale est souvent méconnu et la toilette buccale est perçue*

[10] Kanner, « Autistic disturbances of affective contact. ».
[11] Shah et al. « Why do autistic individuals show superior performance on the block design task ».
[12] Hennequin et Collado, « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées ».

comme une charge supplémentaire, très consommatrice de temps et nullement gratifiante »[13]

- Des traitements pharmacologiques favorisant et aggravant les pathologies orales
- Une grande difficulté d'accès aux soins dentaires

En conséquence, l'indice CAO* est élevé chez ces personnes avec des variations en fonction du lieu de résidence[14] :

Les personnes séjournant dans un foyer médicalisé ayant accès à un chirurgien-dentiste ont un taux de dents absentes supérieures à celui des dents cariées. Quant aux personnes résidant à domicile sans aides médicales attitrées, elles présentent plus de dents cariées que de dents soignées.

Anders explique ceci par une relation de cause à effet, les causes étant :

- La difficulté d'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap.
- L'avulsion est la thérapeutique de choix pour ces personnes.

Par ailleurs, ces personnes présentent plus de problèmes parodontaux que la population générale : gingivite, maladie parodontale, halitose.

Des études menées par divers organismes de santé publique confirment cette thèse. Ainsi, en 2004, une enquête menée par l'Assurance Maladie auprès d'enfants, scolarisés en IME et EEAP, montre que ces enfants ont 4 fois plus de risques d'avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire que des enfants de la même tranche d'âge en milieu ordinaire. Ce facteur est de 3,5 chez les adolescents en situation de handicap.

Ces inégalités sont d'autant plus alarmantes que les pathologies bucco-dentaires constituent un facteur de *comorbidité* important pour les personnes en situation de handicap. Il y a interaction réciproque entre état de santé général et état de santé buccodentaire, d'où l'importance d'une bonne santé orale.

* : Indice Dent Cariée, Absente ou Obturée.

[13] Folliguet, « Toilette buccale et prévention : un duo indissociable. »

[14] Anders et Davis, « Oral health of patients with intellectual disabilities : a systematic review ».

1.5 Soins spécifiques en odontologie

95 % des chirurgiens-dentistes ont un exercice libéral ; les soins de ces patients reposent donc sur la bonne volonté de prendre en charge ou non ces patients. Ainsi lors d'une enquête réalisée par le Pr Hennequin en Puy-de-Dôme, 63 % des praticiens ont admis avoir refusé systématiquement des soins aux personnes en situation de handicap.[15]

Nunn et al. en 2004 disaient : « Il n'est plus acceptable que, dans un contexte de lois sur la discrimination fondée sur le handicap, de lois sur les droits de la personne ainsi que d'évolution rapide des tendances démographiques de la population, les nouveaux confrères puissent obtenir leur diplôme dans l'ignorance de ces concepts pour la communauté qu'ils servent »[16].

Les articles 5 et 16 de l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire ne prévoient pas d'obligation à enseigner la PEC des personnes en situation de handicap.

À l'Université ces disciplines sont cadrées par leur appartenance à un Conseil National Universitaire ou CNU. Le contenu des cursus universitaires est ainsi fixé nationalement, mais chaque faculté peut l'interpréter selon son projet pédagogique. Les soins spécifiques ne relèvent d'aucun Conseil, mais d'un Diplôme d'Études Supérieures ou DES.

Pourtant le cadre d'une telle formation a déjà été défini. L'IADH a rédigé une publication intitulée : « Cursus de formation initiale pour les soins spécifiques en Odontologie ». Ce document traduit en français par le Dr Denise Faulks, propose 6 objectifs de formation répartis en 6 domaines :

- Domaine 1 : Domaine des Soins Spécifiques en Odontologie

Objectif : comprendre l'épidémiologie, les concepts et les classifications des fonctions humaines, du handicap et de la santé.

- Domaine 2 : Accès et obstacles à la santé orale pour les personnes en situation de handicap et autres groupes marginaux

Objectif : reconnaitre les freins et les facilitateurs (sociaux et environnementaux) à la santé orale pour les personnes en situation de handicap

[15] Hennequin et Tubert, « Prise en charge des personnes handicapées par les chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme ».

[16] International association of disability & oral health, « Formation intiale en soins spécifiques en odontologie ».

- Domaine 3 : Consentement pour les personnes à besoin spécifiques

Objectif : Comprendre les notions d'autonomie du patient et du rôle de la famille/assistant dans le processus décisionnel

- Domaine 4 : compétences en communication dans le domaine des Soins Spécifiques en Odontologie

Objectif : Utiliser un langage adapté à la culture et à la diversité humaine et être capable d'échanges avec les patients, les assistants, la famille

- Domaine 5 : Impact des déficiences, des situations de handicap et des maladies systémiques sur la santé orale et les fonctions orales

Objectif ; identifier les maladies systémiques touchant les personnes en situation de handicap affectant la santé et les fonctions orales

- Domaine 6 : Prise en charge clinique des personnes en situation de handicap en odontologie

Objectif : Concevoir un programme d'éducation à la santé orale ainsi qu'un plan de traitement avec soins, en utilisant les techniques comportementales et pharmacologiques adaptées.

1.6 Les différentes prises en charge

1.6.1 Anesthésie générale et bloc opératoire

L'anesthésie générale consiste à induire un état de perte de conscience par l'injection de molécules pharmaceutiques (Thiopental, Etomidate, Propofol, Kétamine). La perte de la fonction ventilatoire est compensée par un système d'intubation nasale ou trachéale afin d'assurer la vacuité des voies aéro-digestives supérieures. À la fin de la séance, le patient est placé en salle de réveil en attendant l'élimination du produit anesthésiant.

L'Association Américaine de Dentisterie Pédiatrique (AADP), dans son ouvrage « guidelines for deep sedation and general anesthesia » précise 4 grandes indications pour le recours à l'anesthésie générale pour les soins dentaires :[17]

- Une absence totale de coopération du patient
- Incapacité à coopérer à cause d'un retard mental/physique/psychique

[17] « Policy on the use of deep sedation and general anesthesia in the pediatric dental office ».

- Insensibilité à l'anesthésie locale
- Besoin de soins multiples et urgentes

Pour certains patients, l'anesthésie générale est la seule solution.

1.6.2 Sédation profonde :

- Par administration de midazolam

Le midazolam appartient à la famille des benzodiazépines. Ce sont des molécules ayant une grande affinité pour les récepteurs synaptiques de type GABA. En se fixant sur ces récepteurs, elles favorisent la libération du GABA, le tranquillisant naturel du corps humain et potentialisent aussi son action. De plus, elles induisent une amnésie antérograde.

Cependant, elles présentent des risques de dépression respiratoire et de dépendance. Les benzodiazépines sont contre indiquées dans le cas d'insuffisance ou dépression respiratoire, chez les personnes souffrant d'obésité morbide ou d'apnée du sommeil.

L'action pharmacologique du midazolam est caractérisée par sa courte durée d'action due à une dégradation rapide. Le midazolam présente une action sédative et hypnotique intense ainsi qu'un effet anxiolytique, anticonvulsivant, myorelaxant et amnésiant.[18]

il existe sous différentes formes galéniques : solution injectable intramusculaire, intraveineuse, intra-rectale, spray nasal ou comprimés orodispersibles. [19]

Selon la loi française, l'administration de tout produit anesthésiant par voie intraveineuse est de l'essor d'un médecin anesthésiste-réanimateur accompagné par un infirmier anesthésiste.

Actuellement, dans les pays autorisant son emploi en activité libérale et/ou hospitalière, il se positionne comme la première solution de sédation profonde. Il est facile à manipuler et son temps d'action est suffisamment long pour une séance de soins dentaires.

- Par neuroleptanalagésie

Il s'agit d'une méthode d'anesthésie associant un analgésique (le plus souvent un dérivé morphinique) et un neuroleptique (dropéridol le plus souvent). Elle permet la réalisation d'un certain nombre d'interventions chirurgicales sans avoir recours à une anesthésie générale. L'anesthésie obtenue, subconsciente, est dite vigile : le patient est réveillé mais calme et indifférent, insensible à la douleur.

---

[18] Vidal, « Midazolam ».

[19] Le Gall, « La sédation consciente par le midazolam : mise en place d'un protocole au sein du Service d'odontologie pédiatrique du CHU de Brest ».

Cette anesthésie est pratiquée en milieu hospitalier surtout pour certaines interventions. Elle ne peut être pratiquée en urgence en raison de son temps d'établissement lent. De même, son temps d'élimination lent augmente le risque de somnolence post opératoire et elle est donc obligatoirement réalisée à l'hôpital. [20]

1.6.3 Sédation consciente par inhalation de MEOPA :

La sédation consciente par Mélange Equimolaire d'Oxygène et Protoxyde d'Azote permet de réduire l'anxiété et d'améliorer la coopération du patient. Elle permet donc la réalisation des soins chez les patients anxieux. L'AMM obtenue en 2001 pour ce produit était au départ, réservée à l'usage hospitalier. En 2010, l'usage s'est démocratisé pour les cabinets de ville. Cependant, une formation obligatoire est nécessaire.[21]

Le produit se présente comme une bonbonne de gaz avec un manomètre permettant le réglage du débit de gaz de 1 à 15l/min, un tube de sortie avec ballon et filtre antibactérien à usage unique, un masque nasal ou naso-buccal ainsi qu'un système d'évacuation des gaz expirés.[22]

Le MEOPA procure un effet sédatif et analgésique facilitant l'anesthésie locale, un temps d'action rapide (3 minutes d'inhalation) et une élimination rapide (5 minutes). Il présente très peu d'effets secondaires.

Cependant, il présente des contre-indications.

Contre-indications absolues : elles sont essentiellement dues à la faible solubilité du protoxyde d'azote qui lui permet de diffuser et de s'accumuler dans les cavités aériennes « closes » naturelles (oreille moyenne, intestin) mais aussi pathologiques

- hypertension intracrânienne
- altération de la conscience non évaluée
- traumatisme facial
- infection des voies aériennes supérieures
- pneumothorax
- obstruction nasale
- embolie gazeuse
- distension gazeuse abdominale
- AVC

[20] Larousse, « Neuroleptanalgésie ».
[21] Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Gaz médicaux: meopa ».
[22] Péard, « Les réseaux de prise en charge odonto pour les personnes handicapées ».

Contre-indications relatives :

- Patients alcooliques ou patients sous psychotropes/anxiolytiques à forte dose : potentialisation de l'effet sédatif
- adultes souffrant de troubles comportementaux (schizophrénie, claustrophobie)
- insuffisance hépatique ou rénale
- greffe d'organe
- enfant de moins de 3 ans
- Rhume (Pas de respiration nasale)

L'utilisation du MEOPA est très répandue en Europe et Amérique du Nord. Un taux de réussite de 70 % a pu être observé lors de la réalisation des plans de traitement chez des patients anxieux.[23] En revanche, 16 % des patients n'ont pas pu être soignés sous MEOPA et ont été adressés pour des soins sous anesthésie générale.

1.6.4 Prémédication sédative

Le chirurgien-dentiste peut avoir recours à des prémédications sédatives, par la prescription de médicaments appartenant à la famille des antihistaminiques ou à la famille des benzodiazépines, administrés dans l'heure précédant le geste.

- Les antihistaminiques :

La molécule la plus connue de cette famille est l'Hydroxyzine (Atarax®), antihistaminique de première génération. Il agit en tant qu'antagoniste des récepteurs H1.
Il se présente sous 2 formes galéniques :

  - Comprimés sécables à 100mg ou 25mg
  - Sirop avec une seringue de 10mg pour une administration orale chez l'enfant.

La posologie maximale est de 2mg/kg.
Il est contre indiqué dans le cas d'hyper-sensibilité ou de risque de glaucome par fermeture de l'angle.

- Les benzodiazépines :

Utilisées pour la sédation intraveineuse, les benzodiazépines peuvent être utilisées en prémédication, en les administrant par voie orale 45 minutes à une heure avant la séance

[23] Madouh, BaniHani, et Tahmassebi, « Treatment outcomes of using inhalation sedation for comprehensive dental care ».

1.7 Le Plan National Inter-Régimes (PNIR) de 2004

En 2004, face à une absence de données représentatives de l'ensemble des soins bucco-dentaires aux personnes en situation de handicap, les services médicaux de la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie (CPAM), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et de l'Assurance Maladie des Professionnels Indépendants (AMPI, devenue Régime Social des Indépendants RSI) ont mené une enquête, dans le cadre d'un programme national inter-régimes, pour évaluer les besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans fréquentant un institut médico-éducatif (IME) ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP). Par le biais d'une série d'enquêtes indépendantes réalisées par des experts, ce programme visait à évaluer l'état de santé orale et les besoins de recours au système de santé de ces enfants d'une part, et, d'autre part, à analyser les facteurs environnementaux recueillis auprès des familles et des soignants.

Parmi les 7 259 enfants constituant l'échantillon de référence qui était composé de 62 % de garçons : 48,2 % présentaient au moins un problème important ou sévère de santé bucco-dentaire, 40,3 % montraient un problème modéré, et 3,4 % ne présentaient aucun problème. Par ailleurs, 18,4 % des enfants nécessitaient qu'au moins un soin dentaire ou un examen soit réalisé de manière urgente, et 46,8 % relevaient d'un soin à programmer.

En conclusion, les dispositifs favorisant la réalisation de bilans réguliers, de soins et la mise en place de programmes d'éducation à la santé doivent être mis en place afin d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population ciblée.[24]

1.8 Accès aux soins des personnes en situation de handicap : Rapport de la commission d'audition publique de la HAS en 2009

En 2009, la Haute Autorité de Santé a commandité à 23 experts (professionnels du champ sanitaire et médico-social en rapport avec le handicap) afin de préparer une audition publique sur les conditions d'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap.

Ce rapport a reconnu des difficultés d'accès aux soins considérables et parfois insurmontables. Dans ce même rapport, des pistes de réponses ont été proposées.

Ces experts ont mis l'accent sur des difficultés d'ordre général :

- Obstacles liés à la personne
- Défaut de compétence ou de disponibilité de professionnels

[24] Dorin et al., « Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France ».

- Obstacles environnementaux
- Obstacles rencontrés par les aidants familiaux
- Problèmes de solvabilité dans les soins

Ils ont également précisé les difficultés particulières :

- La personne en situation de handicap vivant à domicile ou en établissement
- Obstacle par type de handicap
- Les différents types de soins
- Ruptures liées au seuil d'âge
- Handicap et précarité

Les pistes de réponses proposées sont nombreuses. Parmi elles, quatre pistes méritent une attention particulière :

- Un accompagnement par des professionnels mieux formés aux problèmes du handicap
- Amélioration des financements, des connaissances et des politiques publiques
- Permettre aux personnes en situation de handicap d'être acteurs de leur santé
- Coordination et regroupement des solutions de soins d'une discipline spécifique[25]

[25] Belorgey, « Accès aux soins pour les personnes en situation de handicap ; rapport de la comission d'audition publique ».

2 : Rhapsod'if

2.1 L'association Rhapsod'if

2.1.1 Présentation

« Les personnes en situation de handicap éprouvent des difficultés plus ou moins considérables, parfois insurmontables, pour accéder aux soins », soulignait en 2009, le rapport de la commission d'audition publique de la Haute Autorité de Santé (HAS). Le domaine de la santé bucco-dentaire n'échappe à cette triste réalité.

Face à ce constat et à celui du PNIR de 2004, des parents, des chirurgiens-dentistes et des professionnels d'établissements médico-sociaux se sont mobilisés et ont décidé de créer un réseau régional de santé bucco-dentaire à destination des personnes en situation de handicap. C'est ainsi qu'en 2008 st né le Réseau Rhapsod'if.

RHAPSOD'IF ou **R**éseau **HA**ndicap **P**révention et **S**oin **O**dontologique **D'I**le de **F**rance est une association régie par la loi 1901. Elle a comme objectif phare de réduire les inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap en Île de France.

Le réseau participe également à la formation et l'information des professionnels exerçant au sein des ESMS d'Île de France accueillant les enfants en situation de handicap, âgés de 0 à 20 ans voire plus (amendement Creton) mais aussi des aidants familiaux. Il évalue les actions mises en place et oriente les familles sans chirurgien-dentiste référent vers un praticien partenaire du réseau. Enfin, il peut participer à des actions de santé publique et de recherche.[26]

2.1.2 Objectifs spécifiques

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

[26] « Statut de l'association rhapsod'if modifé au 10/10/2017 ».

2.1.3 Population concernée par l'action du réseau

Toute personne, adulte, adolescente ou enfant résidant en île de France et ayant un handicap mental, un handicap psychique et/ou moteur rendant difficile la réalisation de soins dentaires en milieu ordinaire peut bénéficier des services du réseau.
Jusqu'en 2018, le département de l'Essonne était sous la gestion d'une autre association. Cette association ayant cessé ses activités, le réseau Rhapsod'if a repris la gestion de ce territoire.

2.2 Organisation du réseau Rhapsod'if

Le réseau Rhapsod'if, géré par l'association portant le même nom se divise en deux pôles à missions complémentaires : le pôle soins et le pôle prévention.

2.2.1 Le pôle soins

2.2.1.1 Les missions du pôle soins

L'équipe de coordination assure pour le pôle soins les missions suivantes :

- L'enregistrement des demandes et l'orientation des patients et des établissements vers les praticiens partenaires.
- Le recensement et la formalisation des partenariats avec les chirurgiens-dentistes et les services d'odontologie.
- Le recueil et l'enregistrement des informations relatives aux prises en charge des patients.
- L'enregistrement et le versement des compensations financières destinées aux praticiens partenaires.
- L'organisation des réunions interprofessionnelles de partage.
- La communication auprès du public sur la prise en charge bucco-dentaire.

La prise en charge d'un patient orienté vers le réseau se déroule de la façon suivante :

1- Recueil de données concernant le patient (âge, type de handicap, lieu de domicile, coopération, importance des soins à réaliser, couverture sociale, etc.)
2- Envoi par courriel ou par courrier au patient ou son aidant les coordonnées de trois chirurgiens-dentistes partenaires ainsi que la demande d'adhésion au réseau.: (Annexe 5)

L'adhésion permet de formaliser l'appartenance de la famille ou du patient au réseau et justifier l'action du réseau auprès des financeurs.

Les demandes d'orientation des patients se font dans la majorité des cas par téléphone.

3- Prise de rendez-vous : par le patient, la famille ou l'établissement directement auprès du praticien

4- Validation de l'adhésion par une carte d'adhérent et orientation vers un praticien adhérent au réseau (annexe 6)

5- Prise en charge chez le praticien :

Lors de la première consultation a lieu un bilan d'entrée dans le réseau qui permet d'évaluer les besoins de soins du patient et le mode de prise en charge le mieux adapté. Le bilan d'entrée « fiche de première consultation » est ensuite transmis à la cellule de coordination (annexe 7).

La prise en charge est planifiée par le praticien et une fiche de suivi est complétée à chaque séance pour indiquer les soins réalisés. La fiche de suivi est transmise à la cellule pour compensation des actes réalisés. Dans le cas où la prise en charge s'avère impossible, le patient peut être réorienté auprès du réseau qui dirigera le patient vers un autre partenaire.

6- Indemnisation du praticien :

Une indemnité compensatrice pour perte de revenu (ICPR) est octroyée au praticien ayant pris en charge un patient en situation de handicap adhérent au réseau afin de compenser le surcoût de cette prise en charge (augmentation de la durée de consultation, investissement dans du matériel coûteux…).

Le temps moyen d'un patient au fauteuil peut varier selon qu'il présente ou non un handicap. Ainsi, pour une personne en situation de handicap, il est en moyenne de 44 minutes, alors que pour une personne ne présentant pas de handicap, il est en moyenne de 23 minutes. Sous réserve de la non application de la nouvelle convention, la compensation s'élève à 60€ pour une consultation/soins et à 90€ en cas d'utilisation du MEOPA. Deux consultations d'habituation sont compensées par le réseau.

L'Assurance Maladie souhaitait valoriser la prise en charge des patients en situation de handicap sévère. Depuis le 1er avril 2019, ce souhait s'est traduit par les articles 12.1 et 12.2 de la Nouvelle Convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie. L'article 12.2 dispose ainsi : la valorisation de la prise en charge se traduit par un supplément facturable, une fois par séance, avec ou sans MEOPA, à hauteur de 100€. L'article 12.1 définit les patients concernés par cette prise en charge : Les patients bénéficiaires de

l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation compensation du handicap (PCH) atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Cet article constitue une avancée indéniable de la reconnaissance de la difficulté de ces prises en charge, toutefois la définition des patients concernés n'est pas satisfaisante. Des groupes de travail sont en cours avec l'Assurance Maladie et des représentants professionnels afin de mieux cibler le public concerné.
Depuis la mise en place de cette convention au 1er avril 2019, l'indemnité compensatrice pour perte de revenu (ICPR) est versée uniquement au praticien dans le cas où le déclenchement de la codification YYYY183 ne pourrait pas s'appliquer (patient non titulaire de l'AAEH ou de la PCH, consultations simple ou séance d'habituation au nombre de 2 maximum). La séance d'habituation a comme objectif de réduire le stress engendré par les stimuli sensoriels du cabinet dentaire, un nouvel environnement anxiogène pour le patient en situation de handicap.

2.2.2 Le pôle prévention

Sa mission principale est d'assurer la prévention bucco-dentaire des jeunes patients âgés de 0 à 20 ans en situation de handicap, dans les structures d'accueil, et la formation du personnel soignant, éducatif et les familles des personnes en situation de handicap.

L'action de prévention est menée grâce à un réseau de chirurgiens-dentistes qui se déplacent dans les structures afin de mener des campagnes de formation et de dépistage. Elle se met en place suite à une demande de l'établissement concerné et la signature d'une convention entre les deux parties les engageant à respecter leurs objectifs respectifs.

Le pôle prévention est financé par l'Agence Régionale de Santé d'Île de France pour intervenir uniquement dans des établissements accueillant des enfants et des jeunes adultes. RHAPSOD'IF n'est ainsi par en mesure de répondre aux demandes des établissements pour adultes qui souhaitent une solution globale pour leurs usagers, incluant de la prévention. Ces établissements présentent des problématiques complexes en raison de l'état bucco-dentaire aggravé par le temps et le manque de prévention ainsi que la difficulté à organiser la prise en charge (organisation du transport, détachement d'un ou plusieurs aidants). Cette difficulté est renforcée pour les patients handicapés vieillissants, du fait de l'absence de leurs parents.
De plus, une forte demande émane des EHPAD à laquelle Rhapsod'if ne peut répondre. En effet, cette patientèle n'entre pas dans ses missions.

2.2.3 Action de communication auprès des chirurgiens-dentistes

Le réseau intervient lors des formations à destination des chirurgiens-dentistes et d'autres professionnels de santé. En 2018, le réseau est intervenu à la faculté de chirurgie dentaire de l'Université Paris Descartes. Il a présenté son rôle et son mode d'action auprès des étudiants en TCEO1. Une intervention a eu lieu aussi au salon international de l'autisme à Marne la Vallée, cette action consistait à tenir un stand pendant 2 jours afin de présenter le réseau. Il a également participé au congrès de la Société Française de l'Odontologie Pédiatrique les 24 et 25 mai 2019.
Le réseau organise, auprès de ses chirurgiens-dentistes partenaires, plusieurs soirées de formation afin de partager leurs expériences cliniques et d'acquérir de nouvelles compétences. Le syndrome de dysoralité sensorielle ou le Makhaton sont certains des thèmes qui ont été abordés.

2.3 Financement du réseau

Selon la loi du 4 mars 2002, « les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualités ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixées par décret peuvent bénéficier de subventions de l'État, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions de collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financement de régime obligatoire de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.».
Lors d'une réunion annuelle avec les différents acteurs (ARS et CRAMIF) et les partenaires institutionnels (municipalités, centres de ressources multi-handicap), des objectifs sont fixés auprès du réseau et une enveloppe est allouée afin d'y parvenir. Cette enveloppe se négocie sur la base de l'activité de l'année précédente, des épargnes réalisées et les objectifs de l'année future.
Le réseau et ses deux pôles sont financés par l'Agence Régionale de Santé au titre du fond d'intervention régional. À titre d'exemple, en 2018, le pôle soins a reçu une enveloppe de 270 000€ et le pôle prévention a reçu la somme de 60 000€. Ce montant n'est pas fixe ; il varie en fonction du budget du réseau (ressources, dépenses, épargnes) mais aussi des projets prévus au cours de l'année. Cette enveloppe, en 2017, était d'un montant de 500 000€ pour le pôle soins et de 60 000€ pour le pôle prévention.

2.4 Autres réseaux dédiés au handicap en France

Rhapsosd'if n'est pas le seul réseau à avoir été créé par une initiative collective et une volonté d'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. L'association SOSS (Santé Orale et Soins Spécifiques) est une association composée de représentants des professionnels de la chirurgie dentaire, des associations d'usagers de la santé et des soins spécifiques, des réseaux et des acteurs de la santé. Créée en novembre 2011, 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. Le site web de l'association recense 12 réseaux répartis sur le territoire français, Métropole et Département d'Outre-Mer.

- Région Auvergne-Rhône-Alpes : Santé bucco-dentaire et handicap
- Région Bourgogne Franche Comté : Handident Franche-Comté
- Région Bretagne : SDS Bretagne
- Région Grand Est : Handident Alsace et HandiACCES
- Guadeloupe : Handident Guadeloupe
- Région Hauts-de-France : Handident Hauts-de-France
- Région Ile De France : Rhapsod'if
- Région Normandie : Handident Normandie-RSVA
- Région Nouvelle Aquitaine : Association Odontologique de suivi itinérant de soins (AOSIS)
- Région Occitanie : Handident Midi-Pyrénées
- Région PACA : Handident PACA
- Région Pays de la Loire : ACSODENT Pays de la Loire

Il s'agit donc d'améliorer ou de créer des unités de soins adaptées (en clinique ou en milieu hospitalier), et surtout d'encourager et développer les soins en cabinets de ville. Mais actuellement de nombreuses zones géographiques restent dépourvues de toute organisation permettant la prise en charge des personnes en situation de handicap.

3 : Évolution de l'activité du Rhapsod'if en 10 ans, depuis sa création en 2009

3.1 Caractéristiques des patients adhérents

3.1.1 Répartition par département

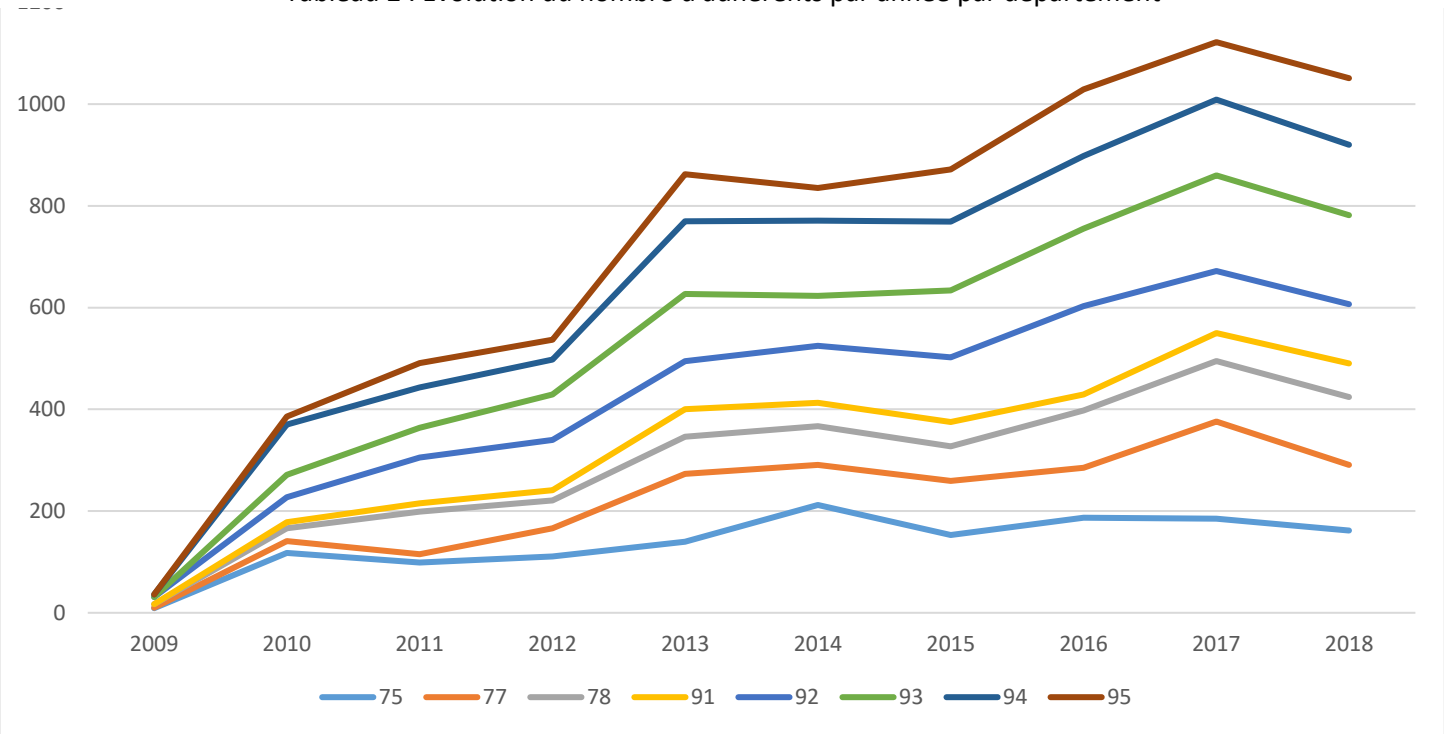
Les adhérents au réseau Rhapsod'if résident dans la région Ile de France. Ils sont répartis entre les huit départements :

Tableau 1 : Répartition des patients adhérents par département par année

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
75	9	118	99	111	140	212	153	187	185	162	1376
77	1	23	16	55	133	79	106	98	191	129	831
78	7	25	84	55	73	76	68	113	119	133	753
91		12	16	20	54	46	48	31	55	66	348
92	14	49	90	99	95	112	127	174	122	117	999
93		44	59	89	132	98	132	152	188	175	1069
94	5	99	79	69	143	148	135	143	149	138	1108
95		16	48	39	92	64	103	131	113	131	737
Total	36	389	491	537	862	835	872	1029	1122	1087	7260

Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

Tableau 2 : Évolution du nombre d'adhérents par année par département



Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

Le département de Paris est le plus dense en population (1006hab/Km²). Il est donc logique que les patients adhérents soient le plus nombreux dans ce département.

Cependant, des disparités apparaissent dans le cadre d'une comparaison des deux couronnes.
La petite couronne (65 % des adhérents) héberge 44 % des franciliens contre 56 % pour la grande (35 % des adhérents).

3.1.2 Répartition par sexe, tranches d'âge et type de handicap

L'adhésion à Rhapsod'if est hétérogène : les adhérents sont issus de tous les âges, sexes et handicaps.

3.1.2.1 Répartition par sexe

Tableau 3 : Répartition des adhérents par sexe par année

	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Féminin	16	168	188	197	307	291	325	356	380	307
Masculin	17	216	299	338	543	544	541	661	710	780
Total	33	384	487	535	850	835	866	1017	1090	218

Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

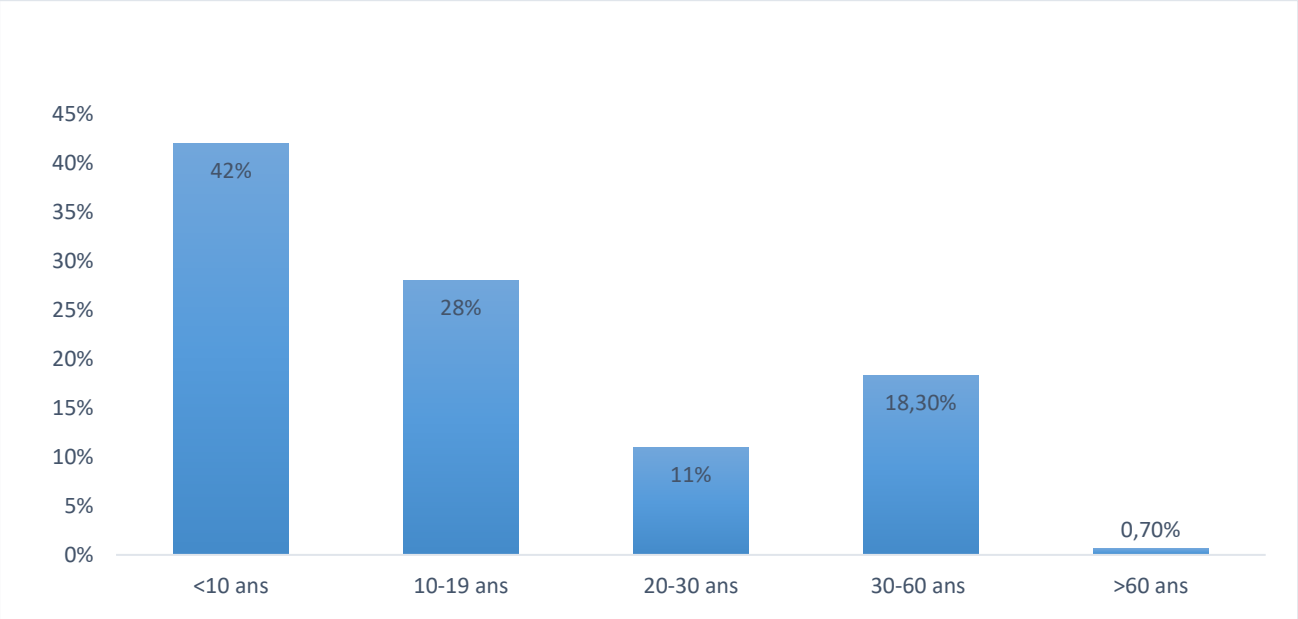
À travers les années, les adhérents de sexe masculin sont plus nombreux que les adhérents de sexe féminin. Une étude cohorte menée en 2014 par un groupe international de chercheurs rapporte une prévalence du handicap mental deux fois supérieure chez les patients de sexe masculin que chez les patientes de sexe féminin. Cette étude explique ce constat grâce à 3 points[27] :

- **La théorie du chromosome X :** une protection génétique chez les femmes due à la présence de deux chromosomes X, chromosome responsable du codage de multiples protéines cérébrales.
- **La théorie de la Testostérone fœtale :** une plasticité cérébrale plus importante chez les filles permet ainsi de pallier certaines déficiences intellectuelles.
- **La non fiabilité des tests ADOS ou ADI-R :** le diagnostic de certaines pathologies est difficile chez les patients de sexe féminin ; les examens de diagnostic n'étant pas toujours fiables pour détecter ces pathologies comme le Syndrome d'Asperger[28].

3.1.2.2 Répartition par tranches d'âge et type de handicap

Au moment des recueils des données, Rhapsod'if comptait 7260 adhérents dont les tranches d'âge et les types de handicap étaient répartis de la façon suivante.

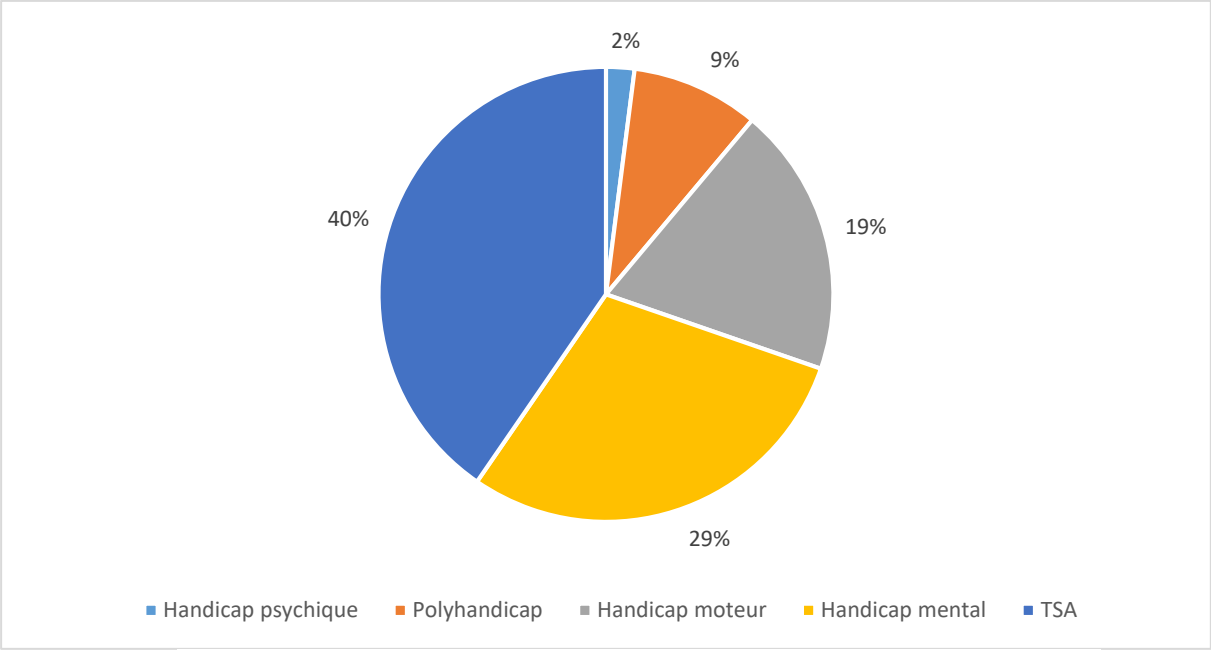
Tableau 4 : Répartition des patients adhérents par tranche d'âge



Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

[27] Lai et al., « Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research ».
[28] Baron-Cohen et al., « Why are autism spectrum conditions more prevalent in males? »

Figure 5 : Répartition des patients adhérents en fonction de leur handicap



Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

Les adhérents mineurs représentent 70 % des adhérents de Rhapsod'if, les patients majeurs constituant les 30 % restants.

Les patients atteints des Troubles de la Sphère Autistique (TSA) représentent la grande majorité des patients adhérents (40 %) suivi par les patients atteints de handicap mental. Le handicap moteur arrive en 3ème place, le polyhandicap en 4ème et le handicap psychique en 5ème place.

3.2 Évolution des partenaires

À l'heure actuelle, les partenaires sont au nombre de quatre-vingt-dix-neuf. Nous distinguons trois grandes catégories de partenaires :

- Les praticiens libéraux dans des cabinets d'exercice privé, au nombre de 82,
- Les centres dentaires ou maison de santé, au nombre de 10,
- Les services hospitaliers, au nombre de 7 (6 à l'AP-HP et un établissement public de santé)

Quand il s'agit de comparer les partenaires, l'élément le plus marquant est la répartition géographique de ces derniers.

Tableau 6 : Nombre de partenaires par département

Département	**75**	**92**	**93**	**94**	**91**	**95**	**77**	**78**
Nombre part.	33	15	8	20	3	3	5	12

Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

Nous retrouvons toujours cette disparité entre la petite couronne (départements 92, 93, 94) et la grande couronne (départements 77, 78, 91, 95). En effet, la petite couronne et le département de Paris comptabilisent 68 partenaires sur les 99 tandis que la grande couronne en comptabilise 23. Les départements de la grande couronne sont classés en zone de « désert médical » par l'ARS :

- Dans les départements du Val d'Oise (95) et de la Seine et Marne (77), la densité professionnelle est de 4 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants
- À titre de comparaison, à Paris, on trouve une densité de 10 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants

Le réseau Rhapsod'if peine donc à recruter des partenaires dans les départements de la grande couronne. Ceci crée donc un déséquilibre entre l'offre et la demande, 2309 adhérents ont accès à 23 chirurgiens-dentistes alors que les adhérents de la petite couronne ont accès à 55 dentistes. Cette disparité est la conséquence directe du manque d'attractivité des départements de la grande couronne en règle générale.

- Les services hospitaliers

Les services de l'hôpital Louis Mourier à Colombes et de l'hôpital Necker à Paris proposent des soins sous anesthésie générale pour les patients à besoins spécifiques. Les délais d'attente pour l'anesthésie générale varient entre deux et 18 mois en fonction de la gravité et l'urgence des cas. Les disponibilités en bloc opératoire sont très insuffisantes. L'Ile de France manque d'une plateforme dédiée aux soins spécifiques disposant d'un large plateau technique proposant une prise en charge sous sédation profonde et sous anesthésie générale.

- Centres de santé :

  En parallèle, le réseau a signé des conventions avec des centres de santé, souvent municipaux :

  - Trois dans le département 92,
  - Trois dans le département 93,
  - Un dans le département 94.
  - Un dans le département 75

La collaboration avec des centres de santé est précieuse mais complexe. Il est en effet difficile pour le réseau de connaître l'activité en temps réelle des centres de santé car, bien que des patients soient

orientés vers ces structures, les praticiens ne renvoient pas les fiches de suivi et ne seront pas donc indemnisé. En outre, les CDS ne prennent désormais en charge que les patients sur leurs communes.

- Les praticiens libéraux

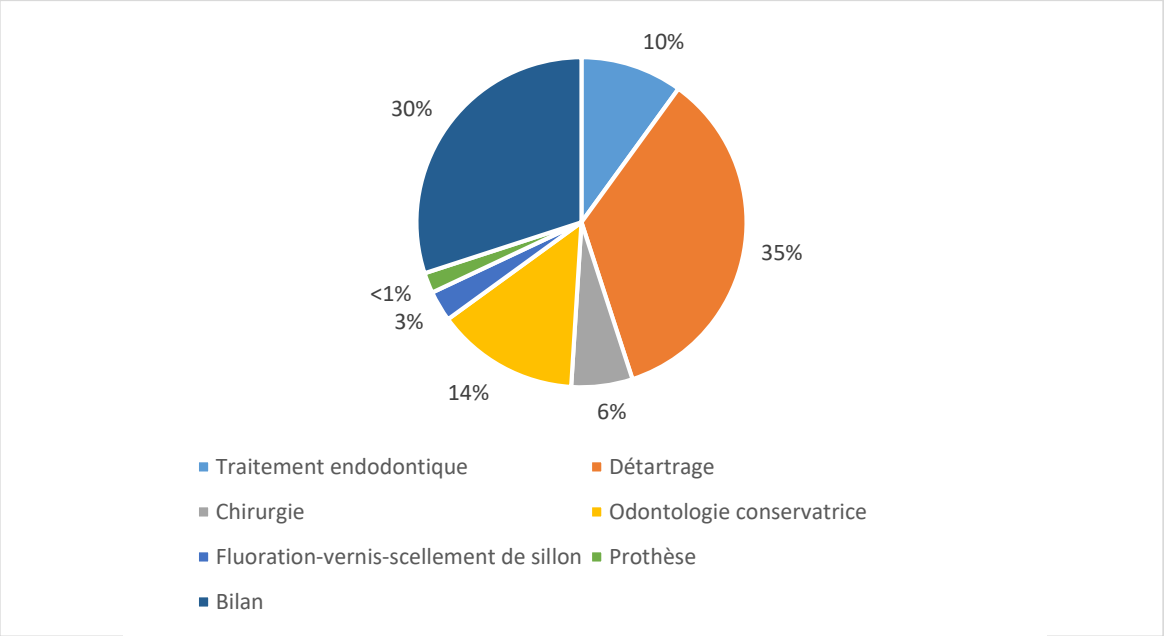
Les praticiens libéraux partenaires du réseau sont répartis sur les huit départements franciliens. Cependant, il existe une vraie disparité de répartition géographique. En 2018, on décompte 4 praticiens adhérents au réseau sur le département de la Seine et Marne. En parallèle, sur le département de la capitale, 29 praticiens libéraux sont adhérents du réseau.

La spécialisation des praticiens libéraux aussi pose un problème ; 68% sont des praticiens exclusifs de l'odontologie pédiatrique. Le réseau s'oriente d'une façon indirecte vers la prise en charge des jeunes patients, d'où la nécessité de recruter plus d'omnipraticiens.

3.3 Activité du pôle soins

Depuis sa création, le réseau Rhapsod'if a reçu 7500 demandes d'orientation. Les partenaires du réseau ont réalisé 20364 prises en charge réparties de la façon suivante :

Tableau 7 : Répartition des actes réalisés depuis la création du réseau



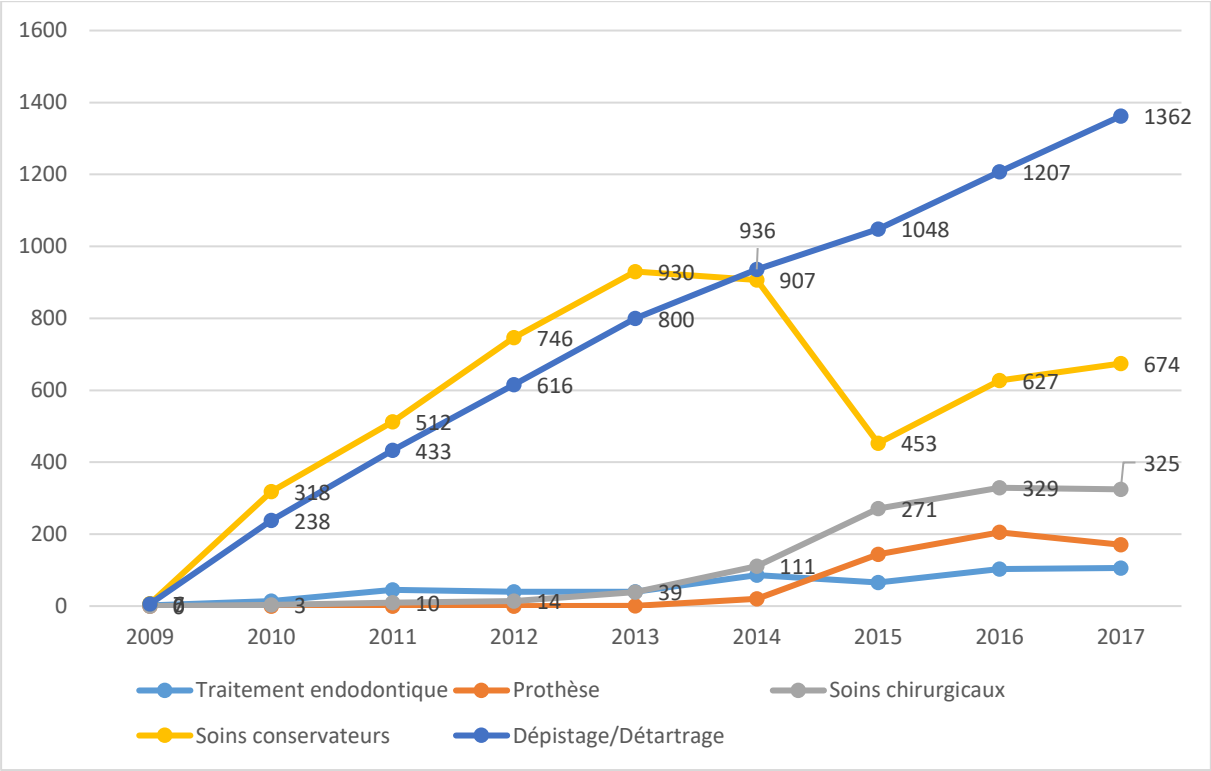
Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

Les actes les plus souvent réalisés sont donc les actes de dépistage et de détartrage, combinant ensemble un total de 65 % des actes réalisés. Les soins type odontologie conservatrice viennent en deuxième position avec un total de 14 %. Les soins endodontiques (pulpotomie camérale,

biopulpectomie, apexification et apexogénèse) se placent en troisième position avec 10 % du total des actes réalisés. Les traitements chirurgicaux (avulsion des dents permanentes et lactéales) cumulent 6 % alors que les actes de prophylaxie et prévention se placent en dernier avec un total de 3 %. Les actes prothétiques sont inférieurs à 1 %.

Il faut souligner la prédominance des actes conservateurs comme étant la thérapeutique privilégiée des praticiens. Notons aussi que les actes de prophylaxie (fluoration et scellement de sillons) ne constituent pas une part importante des soins réalisés. En effet, beaucoup de patients consultent leur praticien à la suite d'une douleur, donc trop tardivement pour effectuer des actes de prophylaxie.

Tableau 8 : Évolution des actes réalisés en 10 ans

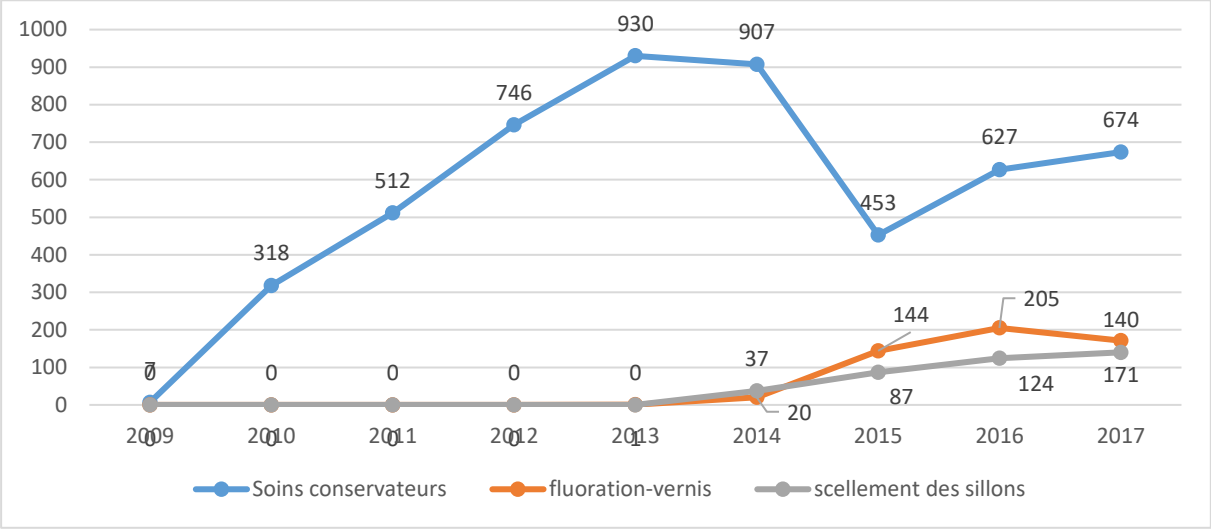


Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

En 10 ans, les praticiens du réseau ont réalisé 6646 séances de détartrage/dépistage. Dans 89 % des cas, des séances supplémentaires sont nécessaires afin de réaliser les soins, soit un total de 6778 séances de soins. Ces résultats sont concordants avec les moyennes des différentes années d'activité. En moyenne, chaque patient a bénéficié, en moyenne, de 2 séances de soins, la durée moyenne des séances étant de 43 minutes. Ce graphique permet de confirmer la priorisation de la conservation du capital dentaire grâce à un recours aux soins conservateurs en opposition aux traitements chirurgicaux qui viennent en deuxième place.

Les consultations de dépistage n'ont pas cessé d'augmenter en 10 ans en cohérence avec l'expansion du réseau et l'augmentation du nombre d'adhérents et praticiens. Nous constatons une diminution dans le nombre des soins conservateurs entre 2014 et 2015. Cette période correspond à une transition de la dentisterie curative vers une dentisterie préventive comme le montre le tableau suivant. L'augmentation de l'utilisation du MEOPA facilite cette évolution (cf. tableau 10).

Tableau 9 : Comparaison entre soins conservateurs et soins préventifs



Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

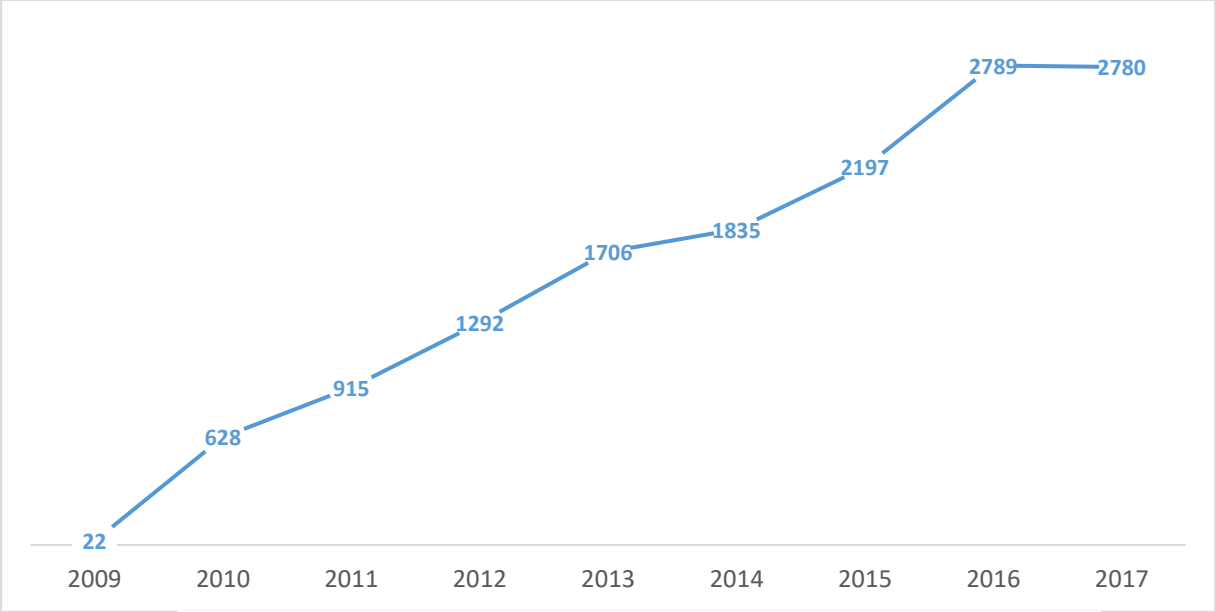
En odontologie, l'âge de la première consultation a nettement évolué : il est passé de 5 ans en 1980, 3 ans dans les années 1990 et 12-15 mois dans les années 2010. Ce changement se répercute sur le capital dentaire : les patients ayant eu leur 1ère consultation suffisamment tôt dans leur enfance sont plus susceptibles d'utiliser des moyens de prévention et donc de préserver leur dentition. Les indications en matière d'hygiène bucco-dentaire fournies par le chirurgien-dentiste pendant cette consultation y jouent un rôle primordial.

Nous constatons sur le graphique du tableau 9, à partir de l'année 2014, une apparition des actes « fluoration-vernis fluoré » et « scellement des sillons », qui est une conséquence de la diminution de l'âge de la première consultation. [29] Depuis la création, les praticiens du réseau ont réalisé 21066 séances de soins.

[29] Droz, Blique, et Courson, « Quelle prévention en santé dentaire ? »

- Utilisation du MEOPA

Tableau 10 : Utilisation du MEOPA par les partenaires Rhapsod'if

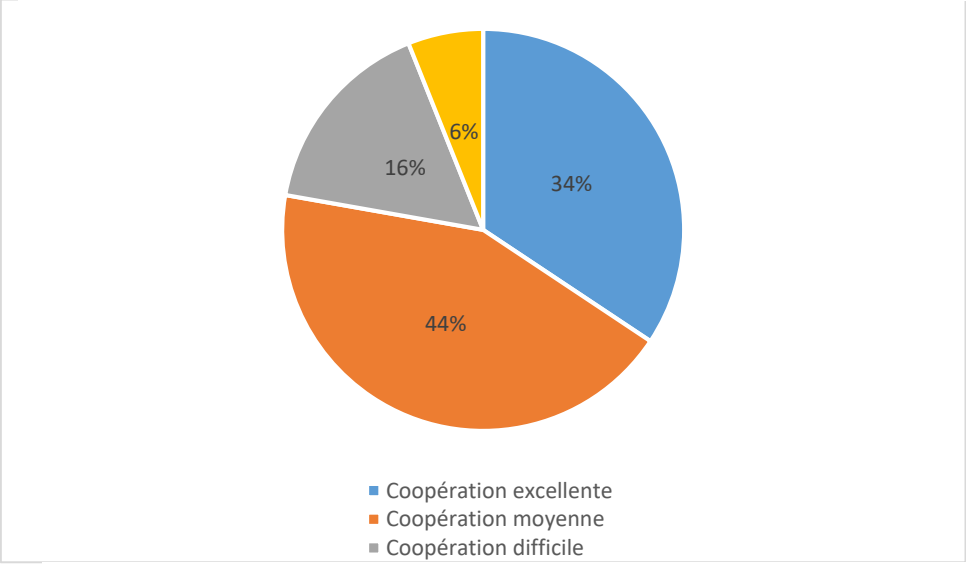


Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

En 2010, l'AMM du MEOPA permet son utilisation pour les cabinets libéraux. Depuis, le nombre de séances de soins réalisés sous MEOPA n'a pas cessé d'augmenter avec une tendance annuelle moyenne de 33 %.

Depuis sa création, les partenaires du réseau ont réalisé 14164 séances de soins sous MEOPA.

Tableau 11 : Évaluation de la coopération des patients



Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

L'utilisation du MEOPA est réservée aux patients dont la coopération est moyenne voire difficile.
L'anesthésie générale est réservée en priorité à la dernière catégorie : pas de coopération, mais aussi les patients ayant besoin de lourdes interventions.

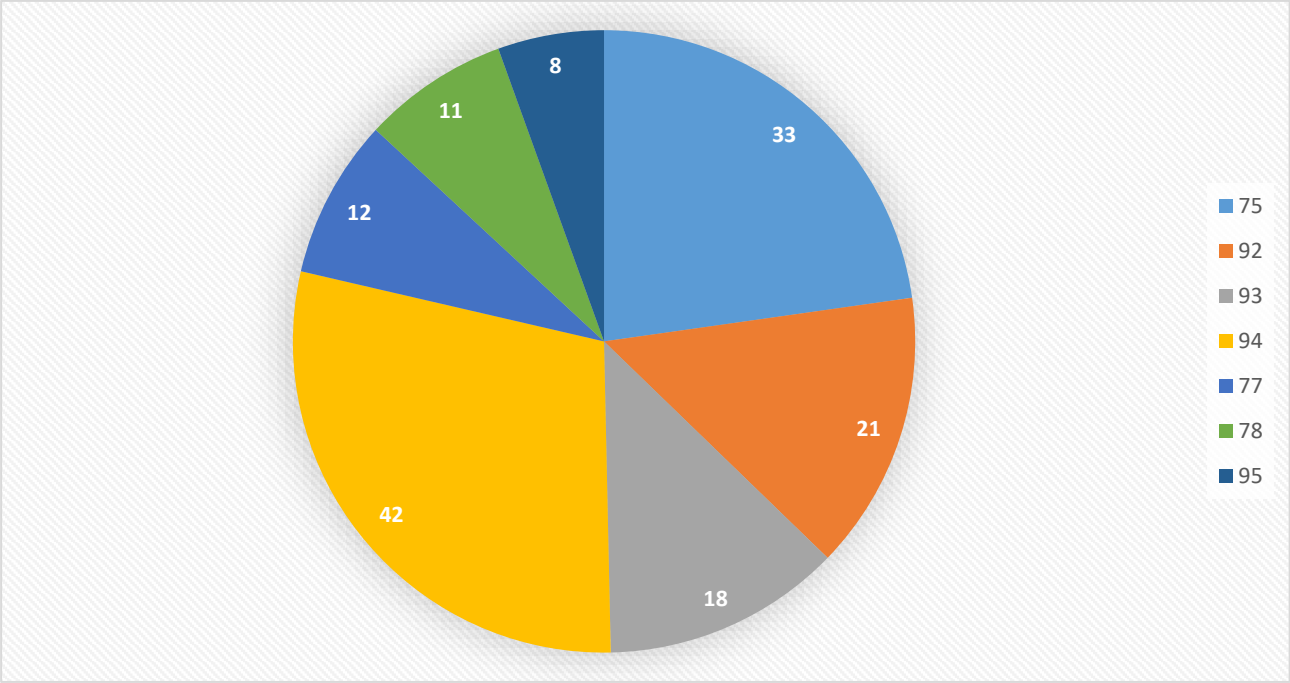
3.4 Activité du pôle prévention

L'objectif d'un plan de prévention est d'améliorer l'état bucco-dentaire des 0-20 ans en situation de handicap en mettant en place des programmes de prévention au sein d'établissements spécialisés.
La cellule de prévention sert d'appui logistique dans la mise en place des programmes. Elle recrute les établissements, coordonne et veille au bon déroulement des différentes étapes des actions de prévention. Elle réalise également des statistiques à partir des questionnaires établissement et questionnaires en ligne ainsi que des fiches cliniques de dépistage.
Un plan de prévention comprend plusieurs actions ou sessions de prévention.

- Premier échange entre le chirurgien-dentiste, la direction et la cadre de l'établissement.
- Formation/information du personnel de l'établissement.
- Dépistage des enfants
- Atelier Brossage des dents des enfants par le chirurgien-dentiste
- Formation et retour des familles

Durant ces 10 années, des actions de prévention ont été menées dans différentes structures et maisons d'accueil, avec une prédominance régulière pour les établissements médico-sociaux (70 %). Le réseau est intervenu dans tous les départements d'Île de France.
Dans le département du Val de Marne 94, l'action de prévention se fait en partenariat avec le conseil général du département du Val de Marne, le CCAS de Créteil et l'hôpital Henri Mondor. Dans le département de l'Essonne 91, les actions de Dépistage et de prévention étaient menées par le réseau Appolline.
APPOLLINE est un réseau de santé bucco-dentaire qui intervient dans l'amélioration de l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes et/ou aux personnes en situation de handicap. Il fait partie d'une structure supérieure s'appelant les « réseaux santé du 91 ». Elle regroupe également des réseaux dédiés à la cancérologie, gérontologie, soins palliatifs, diabète, santé mentale et obésité. L'action de ce réseau a pris fin en septembre 2018. Depuis, le réseau Rhapsod'if a pris la relève de l'action de prévention en Essonne.

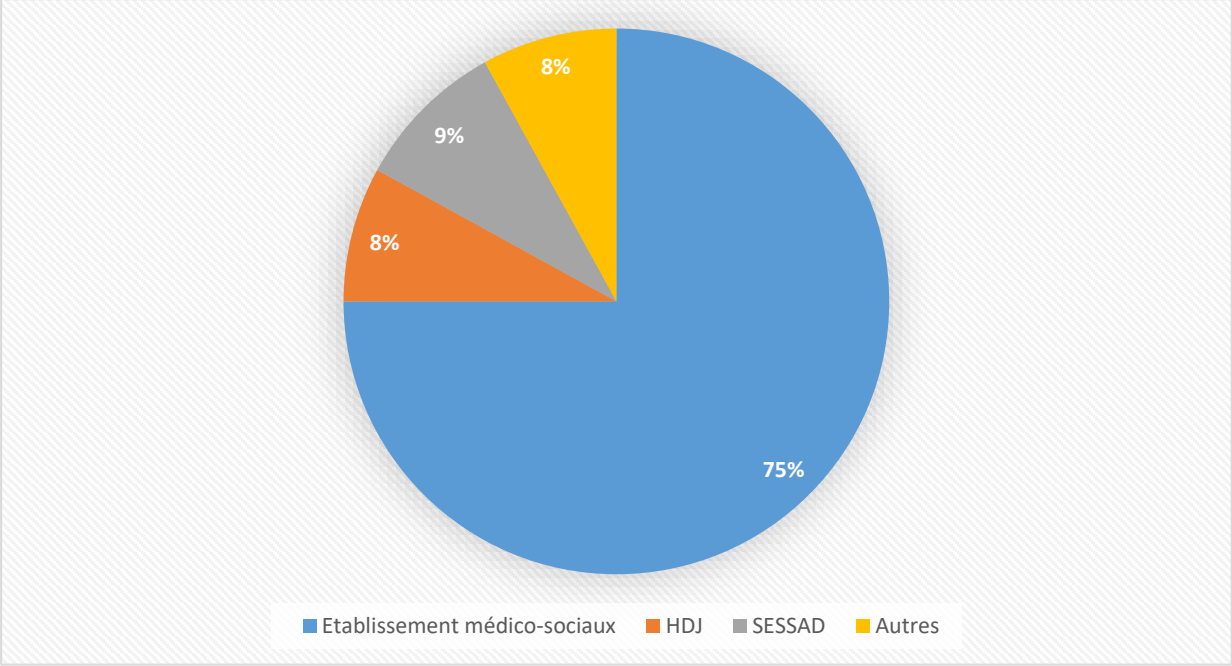
Tableau 12 : Répartition géographique des établissements ayant bénéficié d'un plan prévention



Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

Nous constatons un nombre important d'actions de prévention dans les départements de la capitale et du Val de Marne. Dans ce département, le conseil général du département, partenaire de Rhapsod'if, est très actif. Rhapsod'if intervient donc peu.

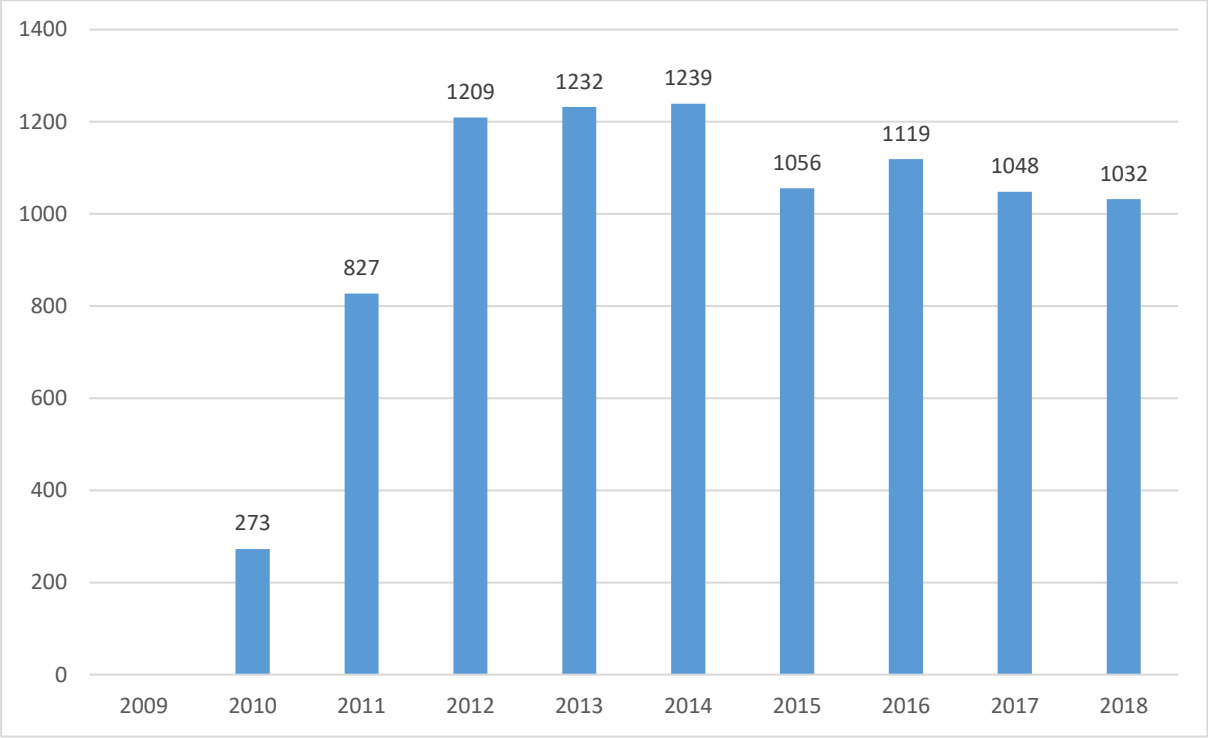
Tableau 13 : Répartition des types d'établissement ayant bénéficié d'un plan de prévention



Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

L'action de prévention du réseau Rhapsod'if se concentre dans les établissements médico-sociaux ; lieux premiers de la prise en charge des enfants et adolescents en situation de handicap. En deuxième position, nous trouvons les Hôpitaux de jour (HdJ) et les Services d'Éducation Spéciale et Soins À Domicile (SESSAD). La catégorie autres regroupe les Centres d'insertion des Jeunes, les Centres d'action médico sociaux précoces, etc. En 10 ans, 9035 patients ont été dépistés.

Tableau 14 : Nombre d'enfants dépistés par année



Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

Depuis 2015, lors des séances de dépistage, un recueil de données a été réalisé.

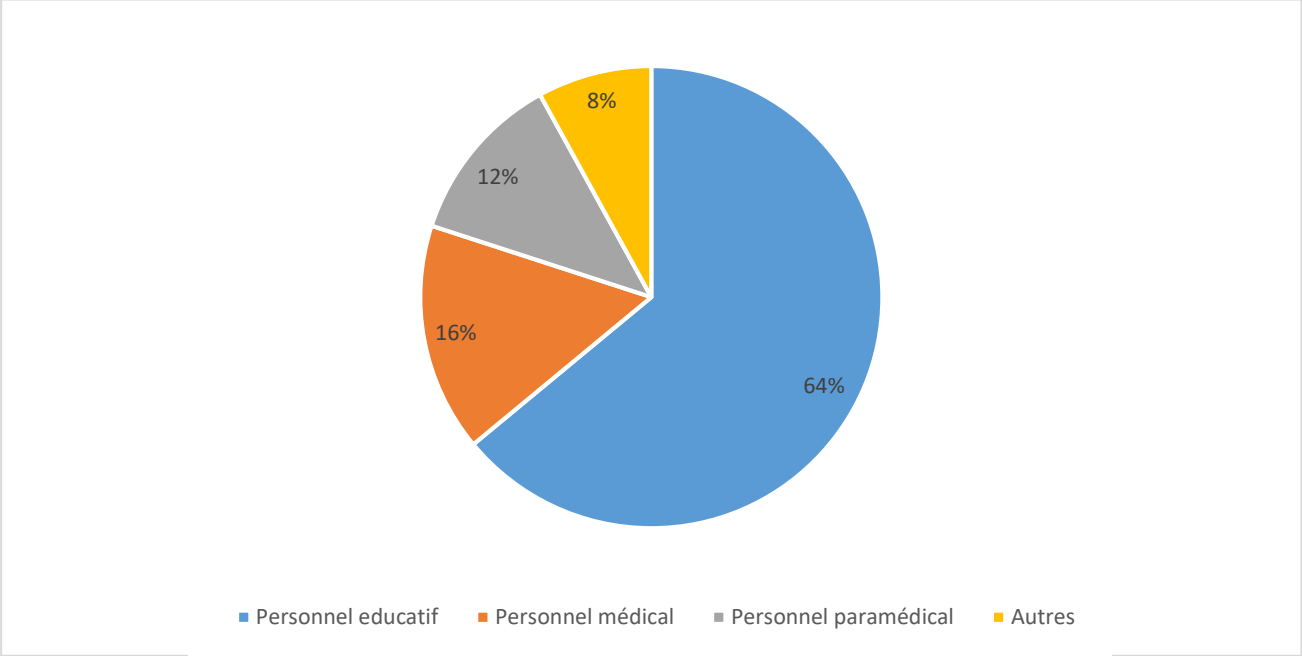
Par exemple, sur les trois années 2015, 2016 et 2017, 60 %, 63 % et 61 % des personnes dépistées présentaient de la plaque dentaire sur au moins un tiers de leurs dentures. L'hygiène bucco-dentaire est insuffisante dans tous les établissements.

Sur ces trois mêmes années, 24 %, 23 % et 24 % des enfants dépistés présentaient au moins une carie amélo-dentinaire nécessitant un soin conservateur.

Chaque année, une moyenne de 32 % des patients dépistés ont intégré le réseau et ont reçu des soins dentaires adaptés.

En parallèle, le pôle prévention assure une mission de formation auprès du personnel soignant et des familles. Depuis 2015, Rhapsod'if a formé 977 personnes lors de ses interventions, réparties de la façon suivante :

Tableau 15 : Répartition du personnel formé lors des actions prévention de Rhapsod'if



Source : Auteur, Synthèse des données collectées auprès de Rhapsod'if, 2019.

À la fin de chaque séance de formation, un questionnaire d'évaluation a été remis aux participants dans l'objectif d'évaluer ces formations.

- 96 % des sondés ont trouvé la formation très satisfaisante/satisfaisante.
- 96 % des sondés pensent pouvoir reproduire les mêmes gestes dans leurs établissements.
- 83 % des établissements souhaitent une deuxième intervention, 70 % souhaitent une intervention de manière régulière.
- 88 % des établissements n'ayant pas instauré un protocole de brossage l'ont fait après l'intervention du réseau.

Le pôle prévention a des difficultés pour la réalisation de sa mission. En effet, actuellement, il existe 64 établissements sur la liste d'attente pour des projets de prévention en collaboration avec Rhapsod'if. Par ailleurs, le réseau intervient peu sur le département du Val De Marne (94). Le réseau manque de chirurgiens-dentistes disponibles, surtout pour les départements du Val d'Oise (95) et de Seine et Marne (77), vastes et peu accessibles en transports en commun.

3.5 Perspectives pour l'avenir

À la suite de la mise en application de l'article 12 de la convention des chirurgiens-dentistes, entrée en vigueur le 1er avril 2019, le réseau Rhapsod'if doit repenser pour 2019 et les années à venir son organisation et redéfinir ses missions pour faciliter toujours plus l'orientation des patients, améliorer la prise en charge des soins et éviter l'errance thérapeutique.

- La prise en charge adaptée dans l'Essonne 91

Le réseau APPOLLINE fédérait la prise en charge des personnes en situation de handicap dans le département de l'Essonne. Or, depuis septembre 2018, il a cessé son activité. Le flambeau est repris par le réseau Rhapsod'if sur un territoire qui pour l'instant, lui est inconnu. Il est donc nécessaire de développer l'offre de soins sur le département 91.

- Développer la prévention dans le secteur de l'adulte

Le réseau est régulièrement sollicité pour des actions de prévention dans des établissements accueillant des adultes en situation de handicap. Face à la complexité de leurs besoins, le réseau se retrouve démuni. Il était donc question, durant l'année 2018, de développer l'action de prévention adulte. Or cette action n'a pas vu le jour en raison de mouvement de personnel.

- Obtenir un numéro d'agrément en qualité d'organisme de formation pour proposer des formations aux ESMS enfants et adulte entrant dans le cadre de la formation continue.

- Poursuivre l'action de coordination

Le réseau est reconnu par des patients, des établissements médico-sociaux et des établissements sanitaires comme étant un point d'entrée unique. Le réseau doit améliorer la lisibilité de son action auprès du grand public.

- Recruter des praticiens sur les territoires d'urgence

Pour les prochaines années, le réseau souhaite élargir son offre de soins sur le territoire d'urgence : la Seine et Marne (77). En coordination avec les autorités publiques et l'Ordre des chirurgiens-dentistes, des solutions seront envisagées. Le sud du département 77 doit être considéré comme un désert médical. La population générale peine à recevoir des soins médicaux. Le vieillissement des médecins et le taux faible d'installation de nouveau médecin compliquent le parcours de soin. Le réseau souhaite aussi recruter des praticiens de plusieurs spécialités dans le but de proposer une palette de soins complète.

3.6 Les freins à la réalisation des objectifs

- Intégration du patient :

Les demandes de prises en charge restent très curatives : les personnes en situation de handicap ou leurs entourages ne prennent pas conscience de l'importance d'un suivi bucco-dentaire régulier, phénomène accentué par l'absence de solutions de soins de proximité.

Un autre phénomène est en voie d'émergence : les soins à domicile. En effet, le réseau n'a pas de solution pour les patients dont les déplacements s'avèrent difficiles voire impossibles. Cependant, avec l'avènement des nouvelles technologies et la nouvelle convention reconnaissant la télédentisterie, des pistes de réflexion seront mises en place pour trouver des solutions à destination de ces populations. La télédentisterie n'est pas reconnue encore, il n'existe pas de codification. En revanche, la télémedecine est déjà reconnue. Des expérimentations sont en cours et devraient permettre l'intégration de ces nouvelles technologies qui peuvent partiellement pallierla désertification médicale ou encore favoriser un diagnostic accéléré des urgences.

- Intégration des établissements :

Quand le réseau est sollicité par un établissement, il est difficile de mettre en œuvre immédiatement une solution rapide et adaptée aux besoins des résidents. La demande s'accroît sans que l'offre ne puisse suivre. Rhapsod'if n'est pas toujours capable de répondre aux demandes des établissements, surtout lorsque ceux-ci hébergent des adultes en situation de handicap. Ces établissements présentent des thématiques complexes en raison de l'état bucco-dentaire aggravé par le temps et le manque de prévention.

De même, il est difficile de répondre à la sollicitation des EHPAD, la gériatrie ne faisant pas partie des missions du réseau.

- Intégration des praticiens :

La répartition géographique des chirurgiens-dentistes est inégale. Le maillage territorial doit être renforcé, avec des solutions de soins de proximité adaptées aux besoins.

Les difficultés de recrutement sont multiples :

  - L'absence de formation durant le cursus universitaire
  - Un environnement professionnel non adapté à une intégration sereine des patients en situation de handicap au sein du cabinet
  - La difficulté à mettre en place des protocoles ou des outils d'aide à la prise en charge

Conclusion

L'accès aux soins bucco-dentaires pour les patients en situation de handicap est très complexe. Tout d'abord, les soignants et la famille de la personne en situation de handicap ne perçoivent pas nécessairement l'importance d'une bonne santé orale pour la santé générale et le bien-être.
Ensuite, les déficiences neuro-motrices et les traitements compliquent la mobilité, la communication et la prise en charge de la personne en situation de handicap.
De plus, les chirurgiens-dentistes sont peu formés aux besoins et aux soins spécifiques, et donc prennent très peu voire pas du tout en charge de patients en situation de handicap.

Cependant, des réponses à ces difficultés sont envisageables. Comme déjà mentionné, une guideline établie par l'IADH permet de poser les bases d'une formation initiale à la prise en charge des personnes en situation de handicap.

La sécurité sociale, par le biais de la nouvelle convention, encourage la prise en charge de ces patients, en proposant une rémunération supplémentaire pour la prise en charge d'une personne titulaire de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou de la Prestation Compensatoire du Handicap (PCH). Bien que cette rémunération représente une avancée considérable, de nombreuses personnes en situation de handicap, ayant besoin de soins spécifiques, ne sont pas bénéficiaires de ces allocations et sont donc inéligibles au code modificateur YYYY138, introduit par la nouvelle convention.

Rhapsod'if a été créé il y a plus de 10 ans dans le but d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap en Île de France.
Grâce à son action, 7260 patients ont pu recevoir des soins adaptés à leurs besoins, dispensés par 91 partenaires répartis sur l'ensemble de l'Île de France.
Aussi, grâce à lui, 9035 résidents d'établissement médico-sociaux âgés de 0 à 20 ans ont pu bénéficier d'un dépistage bucco-dentaire.
Finalement, toujours par le biais des plans de prévention, le réseau a participé à la formation de 977 professionnels aux enjeux de la santé orale et à la prévention.
Le Réseau est reconnu par les patients et les établissements comme un point d'entrée et son action de coordination est saluée.

Malheureusement l'offre et la demande sont déséquilibrées, en effet le Réseau manque de chirurgiens-dentistes dans la grande couronne, notamment le Val d'Oise et la Seine et Marne. Les prises en charge sont essentiellement curatives et le besoin de prévention est très important, notamment chez l'adulte et dans les territoires sous-dotés.

De plus, l'Ile de France manque d'une plate-forme dédiée proposant des soins sous anesthésie générale et sous sédation profonde. En conséquence, uniquement 7 % des patients suivis par les partenaires du réseau ont recours à l'anesthésie générale. Ce chiffre soutient une double signification :

- Grâce au développement de la sédation consciente, des techniques de prémédication et des différentes approches psycho-comportementales, les praticiens ont moins recours à l'anesthésie générale.
- À cause d'un manque drastique de disponibilité des blocs opératoires, les praticiens sont contraints de réaliser des soins sous sédation consciente chez les patients les plus difficiles, souvent dans des conditions laborieuses, ce qui nuit à la qualité des soins.

Bibliographie

Anders, P. L., et E. L. Davis. « Oral health of patients with intellectual disabilities : a systematic review ». *Special care in dentistry* 30, nº 3 (2010): 110-17. https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x.

Baron-Cohen, S., M. Lombardo, B. Auyeung, E. Ashwin, B. Chakrabarti, et R. Knickmeyer. « Why are autism spectrum conditions more prevalent in males ? » *PLoS Biology* 9, nº 6 (2011): e1001081. https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001081.

Belorgey, J.-M. « Accès aux soins pour les personnes en situation de handicap ; rapport de la comission d'audition publique », 2009.

Charzat, M. « Rapport sur le handicap psychique ». Ministère de la famille, 2002. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_CHARZAT_2002.pdf.

Code de l'action sociale et des familles - Article L114, Pub. L. No. L114, Code de l'action sociale et des familles.

Comité national coordination action handicap. « Les differents types de handicap », s. d. https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap.

Dorin, M., V. Moysan, C. Cohen, C. Collet, et M. Hennequin. « Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France ». *Pratiques et organisation des soins* 4 (2006): 299-312.

Droz, D., M. Blique, et F. Courson. « Quelle prévention en santé dentaire ? » *Archives de pédiatrie*, congrès des sociétés de pédiatrie, Lyon 2006, 13, nº 6 (2006): 682-84. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2006.03.063.

Folliguet, M. « Toilette buccale et prévention : un duo indissociable. » *La revue de geriatrie* 32, nº 10 (2007): 737-42.

Hennequin, M., et V. Collado. « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées ». *Motricité cérébrale : réadaptation, neurologie du développement* 25, nº 1 (2004): 1-11. https://doi.org/10.1016/S0245-5919(04)97413-4.

Internation association of disability & oral health, « Formation intiale en soins spécifiques en odontologie ». Consulté le 30 juin 2019. http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/09/New-Logo-IADH-Formation-Intiale-en-Soins-Sp%C3%A9cifiques-en-Odontologie.pdf.

Kanner, L. « Autistic disturbances of affective contact. » *Nervous child*, 1943, 217.

Lai, M.-C., M. Lombardo, B. Auyeung, B. Chakrabarti, et S. Baron-Cohen. « Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research ». *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry* 54, nº 1 (2015): 11-24. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003.

Larousse Éditions. « neuroleptanalgésie », http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/neuroleptanalgésie/14784.

Le Gall, S. « La sédation consciente par le midazolam : mise en place d'un protocole au sein du Service d'odontologie pédiatrique du CHU de Brest ». Thèse d'exercice, Université de Bretagne, 1987.

Madouh, M., A. BaniHani, et J. F. Tahmassebi. « Treatment outcomes of using inhalation sedation for comprehensive dental care ». *European archives of paediatric dentistry* 19, nº 1 (2018): 33-37. https://doi.org/10.1007/s40368-017-0318-4.

Milano, S. « La loi du 11 février 2005 : pourquoi avoir réformé la loi de 1975 ? » *Revue de droit et santé* n°03 (2005): 361-71.

Ordre national des chirurgiens-dentistes. « Gaz médicaux : meopa », 2010. http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/materiel-et-materiaux/gaz-medicaux-meopa.html.

Organisation mondiale de la santé, « Handicap et santé ». Consulté le 22 octobre 2017. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/.

Organisation mondiale de la santé. « La classification internationale du fonctionnement (cif) », 2015. https://mssh.ehesp.fr/international/centre-collaborateur-oms/la-classification-internationale-du-fonctionnement-cif/.

Péard, A. « Les réseaux de prise en charge odonto pour les personnes handicapées ». Thèse d'exercice, Université de Nantes, 2007.

« Policy on the use of deep sedation and general anesthesia in the pediatric dental office ». *Pediatric dentistry* 38, n° 6 (2016): 82-83.

Ravaud, J.-F. « Epidémiologie de handicap moteur ». Centre technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations, 2002 . http://moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/epidemio_hpm_JFR_MD_PA_22-37.pdf.

« Statut de l'association rhapsod'if modifé au 10/10/2017 ». Rhapsod'if, 2017.

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques. « Le handicap psychique ». http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html.

Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis. « Le handicap mental : sa définition », http://www.unapei.org/Le-handicap-mental-sa-definition.html.

« Vidal: midazolam », https://www.vidal.fr/substances/2380/midazolam/.

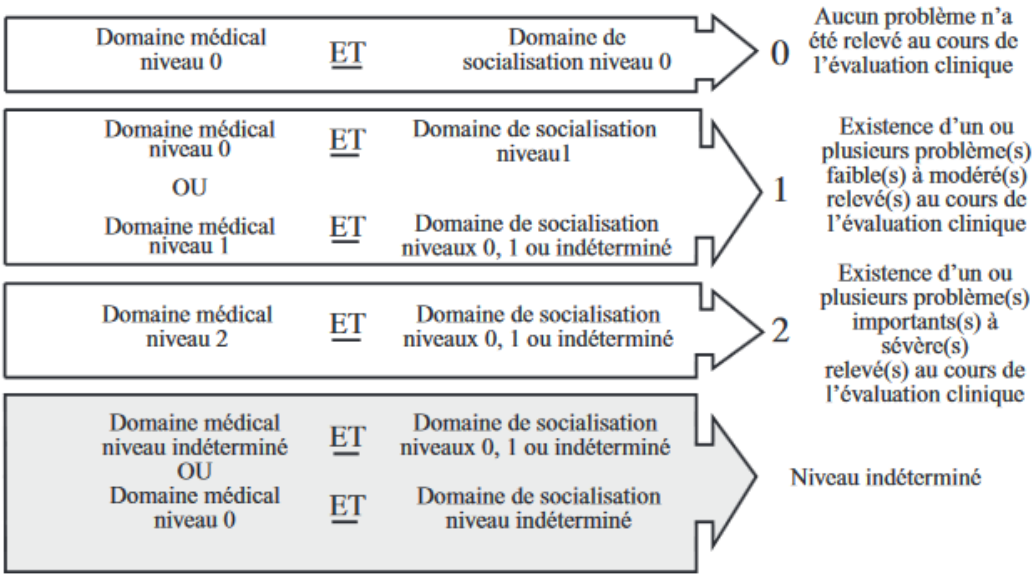
Table des figures

Figure 1 : C.I.H. adoptée en 1980 5

Table des tableaux

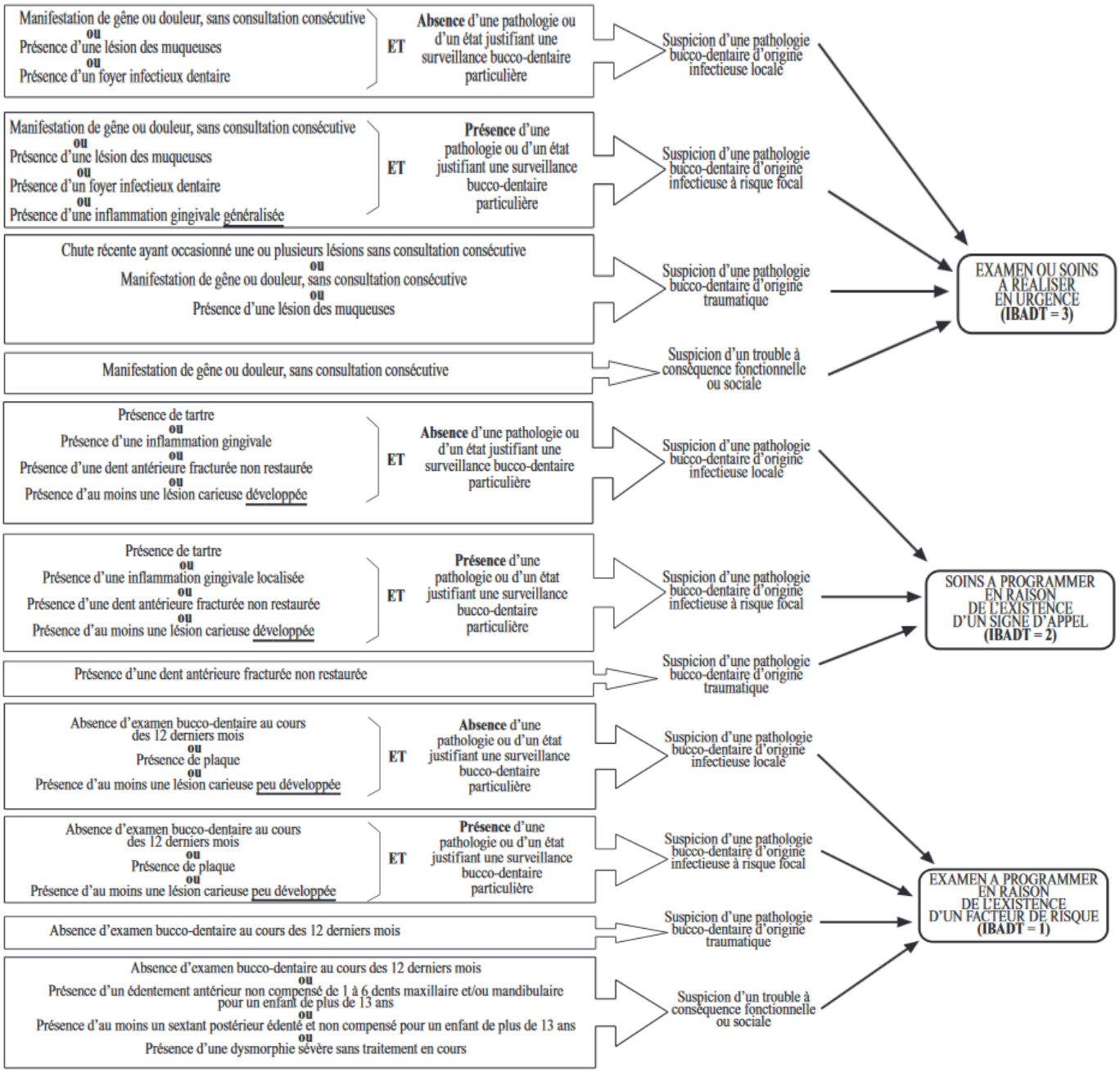
Tableau 1 : Répartition des patients adhérents par département par année 25
Tableau 2 : Évolution du nombre d'adhérents par année par département 26
Tableau 3 : Répartition des adhérents par sexe par année 26
Tableau 4 : Répartition des patients adhérents par tranche d'âge..... 27
Tableau 5 : Répartition des patients adhérents en fonction de leur handicap..... 28
Tableau 6 : Nombre de partenaires par département 29
Tableau 7 : Répartition des actes réalisés depuis la création du réseau 30
Tableau 8 : Évolution des actes réalisés en 10 ans 31
Tableau 9 : Comparaison entre soins conservateurs et soins préventifs..... 32
Tableau 10 : Utilisation du MEOPA par les partenaires RHAPSOD'if 33
Tableau 11 : Évaluation de la coopération des patients 33
Tableau 12 : Répartition géographique des établissements ayant bénéficié d'un plan prévention 35
Tableau 13 : Répartition des types d'établissement ayant bénéficié d'un plan de prévention..... 35
Tableau 14 : Nombre d'enfants dépistés par année 36
Tableau 15 : Répartition du personnel formé lors des actions prévention de Rhapsod'if 37

INDICATEUR MEDICO-SOCIAL DE SANTE BUCCO-DENTAIRE (IMS-SBD)



Source : Caisse primaire d'assurance maladie.

INDICATEUR DES BESOINS EN ACTES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES (IBADT-SBD)



Source : Caisse primaire d'assurance maladie.

- Non représentés sur ce schéma, le niveau 0 traduit une absence de nécessité d'examen à programmer et le niveau indéterminé une difficulté d'obtention de l'information.

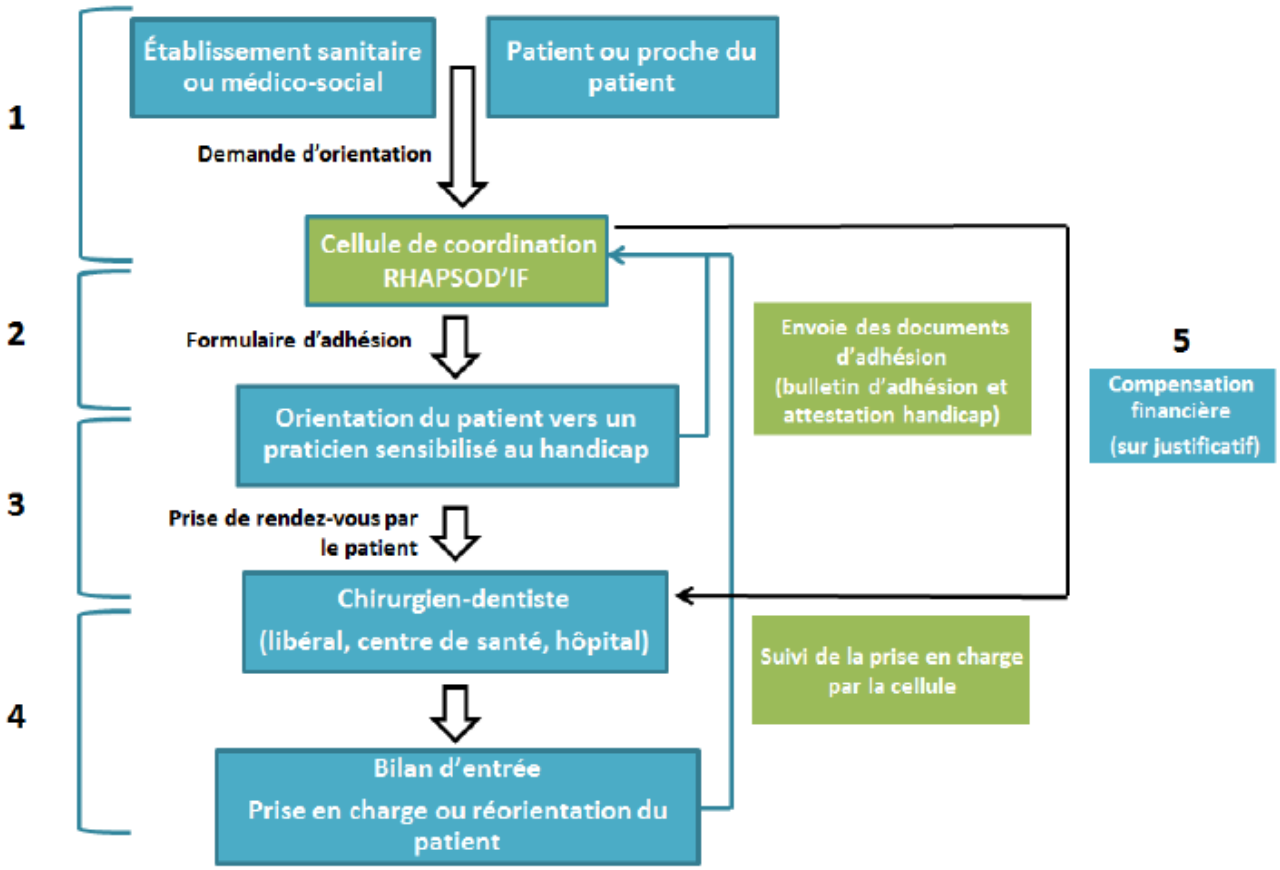
INDICATEUR DES BESOINS EN ACTIONS DE PREVENTION
ET D'ÉDUCATION A LA SANTE BUCCO-DENTAIRE (IBAPE-SBD)

Présence d'une pathologie ou d'un état justifiant une surveillance bucco-dentaire particulière
ou Chute récente ayant occasionné une ou plusieurs lésions, avec ou sans consultation consécutive
ou Dépendance partielle ou totale pour s'alimenter
ou Alimentation par voie entérale ou parentérale
ou Alimentation écrasée, mixée ou liquide
ou Consommation de boissons sucrées ou de compléments nutritifs
ou Suspicion de fausses routes
ou Présence d'halitose
ou Difficulté à exprimer la douleur
ou Présence d'une incontinence salivaire
ou Hygiène bucco-dentaire non réalisée dans l'établissement
ou Hygiène bucco-dentaire réalisée avec l'aide partielle ou totale d'une tierce personne
ou Faible coopération au cours de l'examen clinique

→ BESOIN EN ACTION SPECIFIQUE DE PREVENTION ET D'EDUCATION A LA SANTÉ

Source : Caisse primaire d'assurance maladie.

Organisation du pôle soins



Fiche d'adhésion destinée aux patients

rhapsodif
prévention et soins dentaires adaptés

Association RHAPSOD'IF
Siège social : siège du Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes d'IDF
N° SIRET : 508 183 746 00058 - Code APE : 9499Z

BULLETIN D'ADHÉSION PATIENT AU RÉSEAU *Merci de remplir TOUS les champs*

**rayer les mentions inutiles*

Je soussigné(e) .....

***représentant(e) légal(e) de**.....

déclare adhérer à la charte de RHAPSOD'IF et m'engage à en respecter les règles.

J'ai eu la possibilité de lire la charte et de comprendre les implications de mon adhésion. Il m'a été laissé suffisamment de temps pour réfléchir à ma/la* participation de (nom / prénom du bénéficiaire des soins) , et d'en discuter avec elle/lui afin de recueillir, lorsque cela est possible, son consentement. Je suis libre d'accepter ou de refuser.
Je donne mon accord pour que les informations concernant la prise en charge bucco-dentaire soient centralisées au niveau de la cellule de coordination de RHAPSOD'IF en vue de l'évaluation de l'activité du réseau.

Patient : NOM ..... Prénom : .....

Date de naissance :..../...../.....Sexe : ☐ M ☐ F

Etablissement : ☐ Oui ☐ Non si Oui, Nom de l'Etablissement :.....

Y a-t-il eu une campagne de prévention RHAPSOD'IF dans l'établissement : ☐ Oui ☐ Non

Type Handicap : .....

Fauteuil roulant : ☐ Oui ☐ Non Si oui : ☐ Electrique ☐ Manuel

Coopération du patient pendant le soin : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Difficile

Le patient a-t-il un brossage des dents : ☐ Régulier ☐ Partiel ☐ Difficile ☐ Avec aide

Le patient a-t il eu des soins dentaires auparavant : ☐ Oui ☐ Non (si oui, ligne suivante)

Type : ☐ Anesthésie générale ☐ MEOPA (gaz) ☐ Avec aide médicamenteuse ☐ Sans rien

Où : ☐Hôpital ☐ Cabinet de ville ☐ Centre de santé

Protection sociale : ☐ Sécurité sociale ☐ Mutuelle ☐CMU ☐CMU-C ☐AME

Joindre un justificatif de handicap (carte d'invalidité ou attestation MDPH ou fréquentation d'un établissement spécialisé ou certificat médical)

Coordonnées de la personne à contacter :

NOM :.....Prénom : .....

Adresse : .....CP :.....Ville : .....

Téléphone :..... Email :.....

Si vous êtes le(la) représentant(e) légal(e), êtes-vous ?
☐ Père/Mère ☐ Fils/Fille ☐ Frère/Sœur ☐ Autre (précisez) : .....

Avez-vous besoin d'être orienté(e) vers un chirurgien-dentiste pour une prise en charge spécifique ?
☐ Oui ☐ Non car **j'ai déjà un dentiste RHAPSOD'IF** (nom) .....

Fait à :..... , le...../...../.....
Signature Précédée de la mention manuscrite
« J'accepte la charte du réseau et déclare vouloir y adhérer»

Informatique et libertés :
Les informations demandées sur le présent document sont nécessaires au traitement et à la gestion de votre adhésion. Elles seront recensées dans le fichier informatique de l'association, déclaré auprès de la CNIL (déclaration n° 1426763). En vertu de l'article 3e de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données qui vous concernent.

Merci de compléter et renvoyer ce document accompagné d'un justificatif de handicap à :
RHAPSOD'IF – 12 rue Pierre Semard 94700 - MAISONS-ALFORT 09.63.62.52.72
Ou par mail : rhapsodif@orange.fr

Fiche d'adhésion destinée aux professionnels de santé

rhapsodif

prévention et soins dentaires adaptés

Document d'adhésion des professionnels de santé au Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques D' Ile de France

Je soussigné (e) :_____ N° ADELI et/ou RPPS_____

déclare adhérer au **R**éseau **HA**ndicap **P**révention et **S**oins **O**dontologiques **D'I**le de **F**rance dont l'objet est de faciliter l'accès aux soins dentaires pour les personnes handicapées en Ile de France.

À travers ce document, je confirme :

- mon accord avec la charte du réseau dont je reconnais avoir reçu un exemplaire,
- mon accord avec les droits et engagements liés à cette adhésion, tels qu'énoncés ci-dessous.

La présente inscription sera systématiquement notifiée au Conseil de l'Ordre par le réseau sous forme de liste d'adhérents. Il ne s'agit là que d'une information dans l'intérêt des praticiens.

Article 1 : Mes droits

- Bénéficier des formations dispensées par le réseau, selon les modalités prévues par celui-ci.
- Etre référencé dans l'annuaire des professionnels de santé adhérant au réseau
- Pouvoir quitter le réseau à tout moment.
- Recevoir les prestations dérogatoires selon les modalités prévues par le réseau.

Article 2 : Mes engagements

Je m'engage, de par mon adhésion au réseau à :

- Mettre en œuvre les référentiels et les protocoles de suivi élaborés par le réseau.
- Effectuer les examens de dépistage et les soins bucco dentaires selon le protocole défini par le réseau.
- Informer la cellule de suivi du réseau en cas de changement de domicile et/ou d'exercice.
- Participer à la(les) réunion(s) annuelle(s) des membres du réseau.
- Suivre les formations prévues dans le cadre du réseau
- Participer à l'évaluation annuelle du réseau (questionnaire papier et/ou entretien téléphonique).
- Garantir la continuité de la prise en charge
- Garantir le respect de la règlementation
- Avertir de mon départ la cellule de suivi, au moins un mois au préalable.

Mon adhésion au réseau ne me décharge en rien de ma responsabilité vis-à-vis de mes obligations déontologiques.

Je déclare posséder une assurance professionnelle pour tous les actes pour lesquels je pourrais être mis en cause.

Fait à :_____, le_____

Tampon

Signature
précédée de la mention manuscrite
«j'accepte la charte du réseau et déclare vouloir y adhérer»

Association RHAPSOD'IF – Siège social : Siège du Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes en IDF, 9-11 avenue Théophile Gautier – 75016 PARIS
N° SIRET : 508 183 746 00058 - Code APE : 9499Z
Adresse postale : RHAPSOD'IF – 12, rue Pierre Semard – 94700 MAISONS-ALFORT – Tel : 09 63 62 52 72

Fiche de première consultation

rhapsodif

prévention et soins dentaires adaptés

TAMPON

FICHE DE 1ere CONSULTATION

Dans le cadre du réseau ou lors de l'établissement d'un nouveau plan de traitement

Chirurgien dentiste : _____ **Dte Examen :** _____

Patient : Nom : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** ____ **Dte Nais :** _____

Type handicap _____ **Etablissement :** _____

Tuteur légal : Nom : _____ **Prénom :** _____

Adressé par : ☐ **cellule de coordination** ☐ **patient du cabinet** ☐ **autre** *(précisez)* : _____

1. Consultation

Motif consultation		*0 : Douleur, 1 : soins dentaires, 2 : bilan, 3 : poursuite de soins*, 4 : autre*
Lieu des soins		*1 : cabinet dentaire, 2 : centre de santé, 3 : hôpital, 4 : Clinique*
Traitement en cours **		*0 : Oui, 1 : Non*
Si Oui - lequel		
- Lieu		*1 : cabinet dentaire, 2 : centre de santé, 3 : hôpital, 4 : Clinique*
- Type PEC***		*0 : sans prémédication, 1 : avec prémédication, 2 : MEOPA, 3 : anesthésie générale, 4. Autre*

*La poursuite de soin concerne les patients que vous suiviez en dehors du réseau ; ** Un traitement dentaire est il déjà commencé (ex : réorientation après une dévitalisation sous AG) ; ***PEC : Prise En Charge

2. Comportement et handicap

Coopération		*0 : Bonne, 1 : Moyenne, 2 : Difficile, 3 : Impossible*
Ventilation		*0 : nasale, 1 : orale, 2 : mixte*
Déglutition		*0 : normale, 1 : atypique (interposition langue, crispation sangle musculaire, 2 : fausse route*
Fermeture labiale		*0 : Oui, 1 : Non*
Salivation		*0 : normale, 1 : diminuée, 2 : excessive, 3 : bavage*
Bruxisme		*0 : Aucun, 1 : modéré, 2 : fort*

3. Examen clinique

Denture		*1 : temporaire 2 : mixte 3 : définitive*
Présence de carie(s)		*0 : Oui, 1 : Non* ➔ ***Si Oui N° :***
Plaque		*0 : Absence, 1 : peu, 2 : beaucoup*
Tartre		*0 : Absence, 1 : peu, 2 : beaucoup*
Gingivite		*0 : Absence, 1 : peu, 2 : beaucoup*
Occlusion		*0 : non fonctionnelle 1 : fonctionnelle*
Autres	*Détaillez :*	

4. Plan de traitement souhaité

Radiographie		*0 : Aucune, 1 : Radiographie panoramique, 2 : rétro alvéolaire*
Parodontie		*0 : Détartrage, 1 : Surfaçage, 2 : Autre* ➔ ***Si autre détaillez :***
Soins conservateurs		*0 : Oui, 1 : Non* ➔ ***Si Oui N° :***
Pulpectomie		*0 : Oui, 1 : Non* ➔ ***Si Oui N° :***
Réhabilitation Prothétique		
- Fixée		*0 : Oui, 1 : Non* ➔ ***Si Oui N° :***
- Amovible		*0 : Oui, 1 : Non* ➔ ***Si Oui N° :***
Soins chirurgicaux		*0 : Oui, 1 : Non* ➔ ***Si Oui N° :***
Prévention	*Décrivez :*	
Orthodontie		*0 : Oui, 1 : Non*

5. Prise en charge :

Prise en Charge		*0 : Oui, 1 : Non* ➔ ***si oui*** ***Date de début:***
Lieu Réorientation		*1 : cabinet dentaire, 2 : centre de santé, 3 : hôpital, 4 : Clinique, 5 : Cellule coordination*
Type de PEC souhaitable		*0 : sans prémédication, 1 : avec prémédication, 2 : MEOPA, 3 : anesthésie générale, 4. Autre*

V03/05/2010

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire

Docteur Adeline Loing

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président d'Université de Paris

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques en Île De France : bilan de dix ans d'activité depuis sa création

Résumé :

La loi du 11 février 2005 prévoit des droits égaux entre les personnes en situation de handicap et les autres. Or aujourd'hui, malgré ce dispositif législatif, la réalité est toute autre, en particulier dans le domaine médical. En effet, malgré des besoins spécifiques, les personnes en situation de handicap ne bénéficient pas automatiquement de soins médicaux adaptés notamment en matière de chirurgie dentaire. Afin de réduire ce clivage et de favoriser un accès aux soins adapté à tous les patients, des réseaux de soins spécifiques à la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap ont vu le jour en France. Cette étude abordera le sujet du handicap et de la législation française l'encadrant en première partie. À travers l'exemple du réseau RHAPSOD'IF, créé en 2008 en Ile de France, cette étude présentera le bilan des 10 ans d'activité de cette association afin d'illustrer le travail des réseaux de soins dans la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Odontologie en santé publique -- Dissertation universitaire ; Soins dentaires pour personnes handicapées -- Dissertation universitaire ; Équipes de soins de santé -- Thèses et écrits académiques ; Soins dentaires -- Depistage -- Thèses et écrits académiques

English keywords (MeSH) :

Public Health Dentistry -- Academic Dissertation ; Dental Care for Disabled -- Academic Dissertation ;

Université de Paris

UFR d'Odontologie - Montrouge

1, rue Maurice Arnoux

92120 Montrouge