



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire, social et
médico-social**

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **Novembre 2022**

**La prise en charge bucco-dentaire des
personnes âgées en EHPAD,
*L'exemple de l'EHPAD ML***

Paola BOSCO

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier la Directrice de l'EHPAD ML, et maître de stage, pour son accueil et sa disponibilité durant ce stage de professionnalisation. Nos nombreux échanges m'ont permis de découvrir les enjeux, les difficultés mais aussi les joies du métier de directeur d'EHPAD.

Mes remerciements s'adressent également à toute l'équipe d'encadrement, le médecin coordonnateur et les agents administratifs qui m'ont fait confiance. Leur bienveillance et leur professionnalisme m'auront permis de mener à terme les différentes missions confiées.

Je veux aussi remercier l'ensemble des professionnels rencontrés et les résidents côtoyés durant ces mois de stage, et particulièrement ceux qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre de la réalisation de ce mémoire professionnel. Vos différentes expériences et avis sur la problématique de la prise en charge bucco-dentaire en EHPAD m'ont été bénéfiques pour cerner et traiter ce sujet passionnant.

Enfin je remercie les personnes qui m'ont accompagnées et soutenues dans la rédaction de ce mémoire. Vos retours et encouragements m'auront été précieux.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| Méthodologie..... | 3 |
| 1 La santé bucco-dentaire des personnes âgées, une préoccupation majeure de santé publique mais qui semble insuffisamment investie en EHPAD | 5 |
| 1.1 Une relation étroite entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général chez la personne âgée | 5 |
| 1.2 Des pathologies liées au vieillissement, une entrave au maintien d'une bonne santé bucco-dentaire | 9 |
| 1.3 Un insuffisant suivi dentaire des personnes âgées au sein des EHPAD, l'exemple de l'EHPAD ML..... | 12 |
| 2 Les modalités de prise en charge bucco-dentaire actuelles au sein des EHPAD, l'exemple de l'EHPAD ML | 17 |
| 2.1 Un ensemble de professionnels mobilisé autour de la prise en charge bucco-dentaire des résidents d'EHPAD..... | 17 |
| 2.2 Un parcours de soins des résidents lié à l'intégration de l'EHPAD dans le maillage sanitaire territorial | 20 |
| 2.3 De multiples freins à la prise en charge bucco-dentaire des résidents d'EHPAD, des causes endogènes et exogènes à l'établissement..... | 23 |
| 3 Les préconisations pour améliorer la prise en charge bucco-dentaire des résidents de l'EHPAD ML, des recommandations à décliner au sein d'autres EHPAD | 27 |
| 3.1 La mise en place de consultation de dépistage à l'entrée du résident, une première étape afin d'initier le suivi bucco-dentaire..... | 27 |
| 3.2 La formation du personnel soignant et la désignation d'un référent, des prérequis afin d'appuyer l'amélioration des pratiques professionnelles..... | 30 |
| 3.3 La recherche de nouvelles solutions afin d'améliorer l'accès aux soins des résidents, une démarche nécessaire reposant sur l'engagement du directeur | 33 |
| Conclusion | 37 |
| Bibliographie | 39 |
| Liste des annexes | I |

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant(e)

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNR : Crédits non reconductibles

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

C POM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

IDE : Infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat

IMC : Indice de masse corporelle

GIR ou Gir : Groupe iso-ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

UFSBD : Union Française pour la santé bucco-dentaire

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USLD : Unité de soins de longue durée

UVP : Unité de vie protégée

VSL : Véhicule sanitaire léger

Introduction

Aujourd'hui, les actions en faveur de la prévention et santé bucco-dentaire ciblent spécifiquement la jeune population (enfants, adolescents et jeunes adultes) et les femmes enceintes. A l'instar du programme de prévention national " M'T DENTS" qui offre des rendez-vous de prévention pour réaliser des examens buccodentaires et des soins intégralement pris en charge par l'Assurance maladie, les personnes âgées ne font pas partie des bénéficiaires et sont, de fait, écartées, de ce programme. Si la mise en place de la réforme "100% santé dentaire" au 1er janvier 2020 permet de bénéficier d'un remboursement intégral pour certains produits de santé (couronnes, bridges, prothèses amovibles), l'amélioration de l'accès aux soins de la population âgée doit se poursuivre.

Ainsi, et comme indiqué dans le rapport de 2006 sur la Prévention buccodentaire chez les personnes âgées rédigé par la Direction Générale de la Santé, " *malgré un besoin objectif de prise en charge buccodentaire, la consommation de soins dentaires par ces personnes est très faible et de nombreux facteurs limitants peuvent être relevés, qui sont liés aux patients eux-mêmes, aux coûts des soins prothétiques ou au système de santé* ". Cet extrait résume la situation encore valable à l'heure actuelle concernant la prise en charge buccodentaire des personnes âgées en France caractérisée par un accès à la prévention et aux soins limité.

L'admission en EHPAD ne s'accompagne pas nécessairement d'une meilleure prévention en la matière. En effet, il est constaté un manque de suivi de l'état bucco-dentaire des résidents. Comme indiqué dans le Schéma Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, " *30 à 50% des résidents d'EHPAD souffrirait de pathologies buccodentaires qui peuvent faire le lit à d'autres pathologies et indirectement altérer la qualité de vie et aggraver le risque de perte d'autonomie*". La prise en charge actuelle serait donc insuffisante au regard des besoins et des risques sur la santé si l'on considère que 81% des résidents en EHPAD n'ont pas eu de consultation dentaire depuis 5 ans d'après l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (Magazine Pratiques dentaires, UFSBD, 2019).

Par conséquent, il est loisible de s'interroger sur la manière dont un(e) directeur(ice) d'EHPAD peut parvenir à assurer la prise en charge bucco-dentaire des résidents accueillis dans son établissement. Il s'agit de s'intéresser aux moyens à mobiliser afin de prévenir la dégradation de l'état de santé buccodentaire de ce public fragile et ainsi participer au maintien de leur état de santé général et qualité de vie.

Les résidents accueillis en EHPAD sont par définition des personnes âgées ayant perdu en autonomie et nécessitant de l'aide pour les actes de la vie quotidienne. Agés de plus de 60 ans, les personnes domiciliées à l'EHPAD font donc état de différentes pathologies associées à leur âge ayant des répercussions directes ou indirectes sur leur niveau de dépendance. Il revient ainsi à l'EHPAD, véritable lieu de vie, de proposer un accompagnement personnalisé au projet de vie du résident en assurant diverses prestations : restauration, animation, blanchisserie. À la différence des résidences séniors, ces institutions médicalisées ont l'avantage de proposer une prise en charge médicale et paramédicale adaptées aux usagers. La prise en charge bucco-dentaire en fait ainsi partie. En EHPAD, cette prise en charge s'entend comme le fait de proposer des soins préventifs ciblés autour de l'hygiène bucco-dentaire et de permettre un accès aux soins curatifs, que cela soit en ville, dans un centre spécialisé dédié ou même directement au sein de la structure.

Ce sujet permet ainsi de se questionner sur les différentes façons dont un(e) chef(fe) d'établissement peut réussir à proposer un accompagnement de qualité aux usagers qu'il(elle) accueille et plus spécifiquement une prise en soins globale incluant la santé orale. Il revient au directeur(ice) de l'EHPAD de proposer une organisation favorable à la coordination des équipes soignantes et à l'intervention des différents professionnels, au profit de la santé du résident. Le projet de dépistage bucco-dentaire à l'entrée en EHPAD sur lequel j'ai pu travailler lors de mon stage de professionnalisation au sein de l'EHPAD ML est une des nombreuses actions qui pourraient être mises en place au profit de la prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée en EHPAD. Par ailleurs, le sujet de la santé orale étant universel, les connaissances acquises dans le cadre de ce mémoire professionnel pourraient être utiles pour prendre en charge d'autres personnes dépendantes vulnérables accueillies dans les différents établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans lesquels nous, directeurs, avons vocation à occuper un poste.

Afin de réaliser ce travail, je me suis ainsi saisie d'une problématique présente sur mon terrain de stage et qui a été le point de départ de ma réflexion : comment renforcer le suivi et la prise en charge bucco-dentaire des résidents ? Ce sujet de travail a par ailleurs été identifié par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes qui en a fait un des objectifs prioritaires du CPOM de l'EHPAD ML intitulé : "Hygiène bucco-dentaire : dépistage et formation du personnel à réactualiser". Je me suis ainsi nourrie des constats réalisés sur le terrain mais également des lectures et recherches documentaires effectuées pour interroger les pratiques et formuler des préconisations afin d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes résidant en EHPAD.

La première partie de ce mémoire permettra tout d'abord de caractériser la relation étroite qu'il existe entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général chez la personne âgée. Cette relation d'interdépendance en fait une préoccupation majeure de santé qui rend toutefois difficile le maintien d'une santé bucco-dentaire satisfaisante en EHPAD (1). La deuxième partie sera quant à elle l'occasion de présenter les modalités actuelles de prise en charge bucco-dentaire des résidents par les différents professionnels de santé ainsi que le "parcours de soins dentaires" des résidents en EHPAD. Cette deuxième partie permettra également de mettre en avant les freins rencontrés par l'encadrement et les équipes dans le cadre de cette prise en charge (2). Enfin, une troisième partie sera consacrée à la présentation de leviers et moyens afin d'améliorer le suivi et l'accès aux soins dentaires, participant au maintien d'une santé orale satisfaisante et pérenne au sein des EHPAD (3).

Méthodologie

Afin de récolter les données nécessaires à la réalisation de ce mémoire, j'ai employé différentes méthodes.

J'ai commencé par réaliser une analyse documentaire à la fois interne et externe. Les documents internes de l'EHPAD ML comme le règlement de fonctionnement, le rapport annuel médical, autres documents qualité (protocole, dossier de visite de préadmission, ...) m'ont tout d'abord permis de comprendre l'organisation, le rôle des différents acteurs ainsi que le profil de résident accueilli. Cela m'a également permis de me faire une première idée de la prise en charge proposée et du suivi assuré grâce à une étude réalisée sur une vingtaine de dossiers de soins en coopération avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Cette analyse documentaire interne a été couplée à une analyse documentaire externe à partir de différentes ressources : réglementation, plans de santé publique, thèses et rapports universitaires, guides pratiques, revues professionnelles et sites internet institutionnels. Ces recherches m'ont aidées à obtenir une vision plus large du sujet, à posséder des éléments de comparaison en matière d'organisation de la prise en charge mais aussi à identifier différentes propositions et pistes d'amélioration notamment.

Le recueil de données s'est également fait de manière empirique, en observant et participant à différents projets au sein de l'EHPAD. A titre principal, l'une de mes missions de stage consistait à mettre en place des consultations de dépistage au sein de l'EHPAD, réalisées par un dentiste libéral, afin d'obtenir un état des lieux bucco-dentaire de tout

nouveau résident entrant. Cette gestion de projet m'a ainsi éclairée sur les conditions (matérielles et financières notamment) à réunir pour organiser ces consultations et a été l'occasion de me renseigner (auprès de directeurs du territoire et de mes collègues de promotion) sur les prises en charges offertes aux résidents d'EHPAD de différentes structures (EHPAD autonomes, rattachés à un centre hospitalier ou encore intégrés à un centre de gérontologie).

J'ai enfin pu réaliser différents entretiens semi-directifs auprès des professionnels de l'EHPAD qui m'ont permis d'obtenir des précisions sur l'organisation de la prise en charge et les freins perçus. Ces entretiens ont également été l'occasion de recueillir les difficultés ressenties par les professionnels, leurs besoins mais également leurs recommandations pour améliorer la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. Ces différents entretiens se sont déroulés à l'aide d'une grille de questions permettant de cibler certains sujets ou problématiques pré-identifiés lors de mes recherches. Interrogeant les professionnels pendant leurs horaires de travail, sur un temps relativement restreint et parfois interrompu, j'ai préféré ne pas enregistrer les entretiens ce qui m'a permis de mener des échanges de manière informelle favorisant le recueil de leurs impressions.

1 La santé bucco-dentaire des personnes âgées, une préoccupation majeure de santé publique mais qui semble insuffisamment investie en EHPAD

Cette première partie est l'occasion de préciser l'importance de maintenir un bon état de santé bucco-dentaire chez le sujet âgé au regard des effets induits sur l'état général (1.1). La personne âgée dépendante accueillie en EHPAD va être d'autant plus concernée au regard des différentes pathologies qui complexifient, de fait, sa prise en charge (1.2). Néanmoins, et malgré la nécessité de garantir une santé orale satisfaisante aux résidents d'EHPAD, il est à regretter un suivi insuffisant de la santé bucco-dentaire au sein des EHPAD, comme l'illustre la situation de l'EHPAD ML (1.3).

1.1 Une relation étroite entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général chez la personne âgée

Il existe de fortes corrélations entre l'état bucco-dentaire et la santé générale chez les personnes âgées. Un état bucco-dentaire dégradé causé par différentes affections bucco-dentaires peut ainsi avoir plusieurs répercussions graves sur la santé du sujet âgé. Avec l'âge et l'augmentation de la dépendance, les personnes âgées sont davantage concernées par les maladies bucco-dentaires évolutives et cumulatives comme les caries à la racine (maladie entraînant la destruction progressive de la dent), les gingivites (inflammation des gencives), les parodontites (maladie inflammatoire buccale pouvant entraîner le déchaussement et la perte des dents) et les candidoses orales (mycose buccale). Il est donc essentiel de préserver la santé bucco-dentaire des personnes âgées, d'autant plus qu'elles conservent de plus en plus longtemps leurs dents naturelles et serait donc plus susceptibles de développer des infections (RADOI L., VEILLE-FINET A. et al., 2016).

Par ailleurs, il faut préciser qu'avec l'âge, les personnes âgées sont de plus en plus concernées par les soins d'implantologie et les soins prothétiques. Il est ainsi courant qu'une personne âgée soit porteuse d'une ou plusieurs couronnes (prothèse dentaire artificielle souvent en céramique), d'un bridge (prothèse dentaire appelé "pont dentaire" pour remplacer une ou plusieurs dents) ou d'un dentier partiel ou complet en résine afin de remplacer une ou plusieurs dents absentes.

Une personne âgée est ainsi sujette à différents troubles bucco-dentaires. Les maladies bucco-dentaires font d'ailleurs partie des affections chroniques les plus fréquentes avec

l'âge (RADOI L., VEILLE-FINET A. et al., 2016). A cet égard, assurer une bonne hygiène dentaire et des soins réguliers permettrait d'éviter des complications et d'aggraver l'état de santé des personnes âgées. En effet, au regard de leur fragilité et des polyopathologies dont elles souffrent, une santé orale trop fragile augmenterait le risque de développer d'autres pathologies et réduirait leur espérance de vie.

A ce titre, l'une des premières conséquences d'une mauvaise santé buccale relevée chez la personne âgée est le risque de dénutrition. Les troubles bucco-dentaires concourent en effet au risque de dénutrition chez la personne âgée en limitant leur capacité à s'alimenter correctement. D'après les professionnels de santé, un état bucco-dentaire défectueux serait responsable de déficits nutritionnels (déficits en fer, en vitamines A et C, en acide folique, en thiamine et en protéine) (RADOI L., VEILLE-FINET A. et al., 2016). La Haute Autorité de Santé définit d'ailleurs la dénutrition comme : *"l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif"* (Recommandations HAS, 2021).

Les personnes âgées présentant des troubles de la mastication, un mauvais état dentaire, des douleurs, ou un appareillage mal adapté sont ainsi plus à risque d'être dénutris (RADOI L., VEILLE-FINET A. et al., 2016). Par ailleurs, si la texture des plats peut être modifiée (texture mixée ou hachée) pour répondre à des difficultés masticatoires ou des troubles de la déglutition, cela aurait tout de même des conséquences sur l'équilibre nutritionnel de la personne âgée car la mastication participe aussi au bon équilibre nutritionnel de la personne âgée, qu'elle soit rendue possible par leurs dents naturelles ou "artificielles" (dentier) (RADOI L., VEILLE-FINET A. et al., 2016). Au-delà, le maintien d'une alimentation normale est important en ce qu'elle joue sur l'envie de manger et que le passage à une alimentation adaptée est souvent mal vécu par les résidents. Comme indiqué par l'une des diététiciennes de l'EHPAD ML concernant les repas mixés : *"Cela joue sur le plaisir gustatif. Le passage en mixé peut également entraîner une baisse de moral et donc de l'appétit"*.

Or, les conséquences de la dénutrition sont graves chez le sujet âgé : morbidité et mortalité augmentées, perte d'autonomie, état de fragilité ou de dépendance accentués, et donc qualité de vie diminuée (Guide pratique - Société française de gériatrie et de gérontologie, 2012). La dénutrition provoque ainsi une aggravation de toutes les autres pathologies. Un résident dénutri est ainsi affaibli, va s'amincir et perdre en masse musculaire augmentant ses risques de chutes et de fractures. Une personne âgée dénutrie est également plus susceptible de contracter des infections au regard de la diminution de son immunité entraînant une moindre résistance aux infections. A terme, la

dénutrition peut conduire à un état grabataire, diminuant considérablement l'autonomie et la qualité de vie. Il a par ailleurs été observé qu'un état de dénutrition augmenterait le risque de dépression (POUYSSÉGUR V., PRECHEUR I. et al, 2016).

Au-delà du risque de dénutrition, il a été fait le lien entre les maladies bucco-dentaires et le développement de maladies chroniques. D'après les chirurgiens-dentistes, les maladies parodontales (maladie d'origine infectieuse (bactéries) qui touche et détruit les gencives et os) ont une influence sur l'évolution des maladies chroniques comme le diabète. Ces maladies parodontales augmenteraient également le risque de maladies cardiovasculaires. Une hygiène buccodentaire dégradée peut en effet entraîner *“des risques d'infections cardiaques à cause de bactéries présentes dans la bouche, qui peuvent migrer vers le cœur”* d'après le médecin généraliste rencontré. Il a par ailleurs été fait le rapprochement entre un mauvais état bucco-dentaire et l'émergence de pathologies respiratoires (pneumopathie d'inhalation) ou encore le risque développer un cancer (RADOI L., VEILLE-FINET A. et al., 2016).

Ainsi, si une mauvaise hygiène dentaire et plus largement un défaut de prise en charge peut retentir gravement sur l'état de santé physique de la personne âgée, il faut également considérer les impacts de la santé bucco-dentaire sur le bien-être psychologique des personnes. Un état buccal altéré a des répercussions psychologiques sur l'image et l'estime de soi de la personne âgée. Comme soulevé par le médecin généraliste interrogé, un mauvais état bucco-dentaire entraîne une mauvaise estime de soi du résident. Ce dernier peut ressentir de la *“gêne”* voire de la *“honte”*. Par ailleurs, cela peut également avoir un effet direct sur le moral de la personne : *“Le résident ne sourit plus, il n'ouvre plus la bouche ou ne veut pas ou ne peut pas s'exprimer”* rajoute le médecin traitant.

Ce phénomène peut être accentué par la sensation de douleur aux multiples impacts. Au-delà du refus alimentaire et de l'amaigrissement progressif, la douleur dentaire peut également entraîner un trouble du sommeil, une tristesse et même un début de dépression comme l'a rapporté le médecin coordonnateur de l'EHPAD ML. D'après le Docteur D., la douleur dentaire ressentie chez la personne âgée est variable : il peut s'agir d'une douleur torpide ou d'une douleur sous-jacente pouvant passée inaperçue. De plus, ces douleurs dentaires peuvent être constantes et/ou ressenties après stimulation (par exemple, effet de la chaleur ou du froid, mastication, brossage).

En conséquence, une perte du lien social peut être observée, la personne âgée refusant certaines interactions avec les autres. Le repli sur soi causé par la honte ou les douleurs

dentaires joue ainsi sur les relations interpersonnelles. Des familles ont pu exprimer de la souffrance face au repli de leurs proches, étant dans l'incapacité d'embrasser ou de les toucher (FOLLIGUET M., HANON O., 2013). L'on peut d'ailleurs en déduire que les affections bucco-dentaires diminueraient la participation du résident aux activités et animations proposées au sein de l'EHPAD. La douleur et souvent l'incapacité de manger suite à des soins dentaires empêchent donc le résident de participer ou du moins de profiter pleinement de temps collectifs au sein de l'EHPAD.

De manière générale, il existe des liens entre la qualité de vie et la santé orale. En effet, la qualité de vie des personnes âgées peut être affectée par les problèmes bucco-dentaires. Il existe d'ailleurs des échelles pour évaluer les liens entre la santé bucco-dentaire et la qualité de vie. Les plus connues sont l'échelle GOHA120 et l'échelle OHIP21. Ces deux échelles interrogent la personne sur son inconfort dentaire et questionnent l'impact des troubles bucco-dentaires sur le régime alimentaire et les éventuelles restrictions alimentaires, le contact aux autres (irritabilité au milieu d'un groupe, limitation de contacts, perte d'enthousiasme), ou encore le ressenti personnel (gêne, inconfort, malaise, inquiétude). Pour la résidente interrogée, Madame M., la principale conséquence de son état bucco-dentaire dégradé était le fait de ne pas pouvoir manger ce qu'elle veut. Madame M. rapporte que sa dentition l'empêche de manger certains aliments notamment les aliments durs : *“vous pouvez pas manger de croûte, pas de pomme, pas de carottes râpées, quelque chose qui est dur”*. A cause de ses problèmes dentaires, Mme M. mangerait *“beaucoup de pomme de terre, de pâtes et des légumes si c'est cuit”*. Elle m'a toutefois indiqué avec regret : *“mais tout ce que je mange, j'y trouve pas bon”*. Ainsi, l'accès à une alimentation variée est souvent la première conséquence dommageable d'une mauvaise santé bucco-dentaire. 75% des personnes âgées résidants en institution présente un état bucco-dentaire incompatible avec une alimentation normale (Magazine Pratiques dentaires, UFSBD, 2019). L'on constate ainsi que l'état bucco-dentaire joue irrémédiablement sur le plaisir de manger des résidents lorsque celui-ci est atteint. Or si l'on considère le fort impact que la dénutrition peut entraîner sur la santé de la personne âgée, il est primordial de réussir à maintenir la capacité des résidents à s'alimenter de manière variée.

S'il a été établi un lien d'interdépendance entre l'état bucco-dentaire et l'état de santé de la personne âgée, certaines pathologies liées à la vieillesse, prédominantes chez les résidents en EHPAD, ont des effets plus ou moins directs sur le maintien de leur santé bucco-dentaire.

1.2 Des pathologies liées au vieillissement, une entrave au maintien d'une bonne santé bucco-dentaire

Avec l'âge, les personnes âgées sont de moins en moins à même de réaliser leur hygiène bucco-dentaire et d'accéder aux soins dont ils ont besoin. Cela a un impact direct sur le développement de maladies bucco-dentaires. En effet, dans un contexte de vieillissement, les bouches âgées sont souvent abandonnées dans leur hygiène et dans leurs soins par résignation, perte des facultés cognitives, motrices et sensorielles (POUYSSÉGUR V., PRECHEUR I. et al, 2016). Cela est d'autant plus le cas des personnes âgées accueillies en EHPAD qui nécessitent un accompagnement et une prise en charge adaptée.

De manière générale, la perte d'autonomie des personnes âgées peut donc être considérée comme l'un des principaux facteurs rendant difficile la prise en charge bucco-dentaire. L'augmentation du niveau de dépendance peut expliquer les difficultés, des résidents mais aussi des professionnels, à maintenir une bonne hygiène dentaire des personnes âgées au sein des EHPAD. Pour cause, la fragilité de la personne âgée, la dépendance dans les activités de la vie quotidienne, la baisse la vue, ou encore les pathologies chroniques mettent en péril les routines quotidiennes d'hygiène pour les personnes âgées (Magazine Pratiques dentaires, UFSBD, 2019). La diminution de la dextérité manuelle ou l'apparition de troubles cognitifs représentent aussi des obstacles majeurs à la réalisation des soins d'hygiène buccale et favorisent le développement des maladies parodontales (RADOI L., VEILLE-FINET A. et al., 2016). Avec la perte d'autonomie, *"ils ne peuvent pas se brosser les dents correctement"* rapporte Madame A., aide-soignante à l'EHPAD ML. En EHPAD, l'aide à la toilette buccale par les professionnels est donc primordiale afin de garantir un niveau d'hygiène dentaire satisfaisant aux résidents les plus dépendants.

Cette préoccupation est d'autant plus prégnante chez les patients atteints de maladies neurodégénératives qui entraînent un état de dépendance et des perturbations de la vie quotidienne qui rendent difficile le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire (POUYSSÉGUR V., PRECHEUR I., et al., 2016). Il s'agit donc d'en être conscient, sachant qu'en EHPAD, les personnes âgées atteintes de pathologies démentielles comme la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées sont de plus en plus nombreuses. A titre d'exemple, au sein de l'EHPAD ML, 41 résidents sont atteints de la maladie d'Alzheimer, tandis que 20 résidents sont concernés par une démence vasculaire qui entraîne une diminution de leurs capacités cognitives (rapport médical annuel de l'EHPAD ML, 2021). La prise en charge assurée est souvent plus lourde au regard du profil médical de ces résidents. Comme rapporté lors de l'entretien avec Mme A., aide-

soignante, assurer les soins de bouche en UVP est alors difficile. La toilette bucco-dentaire n'est pas toujours réalisée ou réalisée correctement. « *Il y a des résidents qui refusent, qui aiment pas, qui repoussent le bâtonnet* » et pour lesquels la toilette n'est pas réalisée. Pour d'autres, « *ils ont encore le geste mais souvent, le résident va commencer mais ne veut pas recracher* » ce qui interroge sur l'efficacité du brossage. Cela explique que les résidents présentant un syndrome démentiel ont davantage de pathologies bucco-dentaires que les autres. Une pathologie parodontale est ainsi retrouvée chez 55% à 85% des personnes âgées atteintes de pathologies neurodégénératives, celle-ci étant liée à l'absence d'hygiène bucco-dentaire. La présence de dents cariées est d'ailleurs deux fois plus importante chez les patients déments (POUYSSÉGUR V., PRECHEUR I., et al., 2016).

Les patients les plus dépendants vont également avoir du mal à accéder aux soins. Le handicap moteur doit également être considéré sachant que de nombreux résidents d'EHPAD disposent d'un fauteuil roulant. Au sein de l'EHPAD ML, cela concerne un peu moins de la moitié des résidents (67 résidents sur 132 résidents d'après le rapport annuel médical). Leur faible mobilité peut entraîner des difficultés à accéder à certains cabinets dentaires. Si depuis janvier 2015, le Code de la construction et de l'habitation garantit une obligation d'accessibilité aux locaux professionnels de santé, y compris les cabinets dentaires, cette règle souffre de dérogations. De plus, et même si l'accessibilité du cabinet dentaire est prévue, les familles peuvent éprouver des difficultés à accompagner leurs proches chez le chirurgien-dentiste. L'accès au cabinet dentaire est en effet possible pour les personnes les plus autonomes, « *mais pas pour les personnes les plus dépendantes* » d'après le Dr B.. Le degré d'autonomie de la personne conditionne ainsi l'accès aux soins en cabinets dentaires ce qui explique que seules 5 à 10% des personnes continuent à consulter leur chirurgien-dentiste une fois entrées en EHPAD (FOLLIGUET M., HANON O., 2013).

Par ailleurs, outre l'accessibilité des locaux, un chirurgien-dentiste doit adapter sa prise en charge afin d'offrir des soins sécurisés et de qualité au patient âgé fragile. Néanmoins, les chirurgiens-dentistes seraient mis en difficulté lorsqu'ils reçoivent cette population âgée dépendante au regard de leur formation succincte sur le sujet (MEUDIC-BRUN D., 2018). Au-delà de l'ergonomie du matériel et des équipements, le chirurgien-dentiste doit également pouvoir adapter sa prise en charge. L'une des solutions proposées aux praticiens pour réaliser des soins aux personnes âgées souffrant de pathologies démentielles comme la maladie d'Alzheimer est ainsi l'utilisation du gaz Méopa. Ce mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène a pour effet de relaxer et détendre les patients grâce à une sédation consciente. L'utilisation d'un traitement de type Méopa ne

dispense cependant pas le praticien d'assurer une prise en charge comportementale en parlant calmement à la personne âgée et en expliquant les soins qui vont être pratiqués afin de la rassurer (CHAPIRO S., TRIVALLE C., 2011). Toutefois, bien que cette solution soit offerte aux dentistes libéraux, peu de cabinets en sont réellement équipés ce qui est une barrière supplémentaire au suivi bucco-dentaire (FOLLIGUET M., HANON O., 2013).

Enfin, le vieillissement et la prise de certains médicaments peuvent avoir des effets secondaires sur la cavité buccale et le confort des résidents. Cela est par exemple le cas des médicaments prescrits chez les patients atteints de maladies neuro-dégénératives qui induisent une détérioration de l'état bucco-dentaire par une diminution du flux salivaire (POUYSSÉGUR V., PRECHEUR I. et al., 2016). La prise d'anti-coagulant peut aussi compliquer la réalisation de certains soins comme certains actes chirurgicaux. Il est d'ailleurs commun d'adapter les traitements avant un acte chirurgical chez un chirurgien-dentiste ou un stomatologue pour éviter toute complication cardiaque comme l'indique le médecin généraliste interrogé. D'autres maladies liées à la vieillesse vont également augmenter les risques d'infections à l'instar de l'ostéoporose et des conséquences sur la fonte osseuse et le déchaussement des dents chez la personne âgée.

Si l'augmentation du niveau de dépendance a un impact sur les capacités des personnes âgées à entretenir une santé buccale satisfaisante, il faut toutefois préciser que certaines personnes âgées peuvent aussi présenter un manque d'intérêt pour leur santé bucco-dentaire. En effet, les générations actuelles de personnes âgées ont vécu à une époque où l'intérêt pour la santé orale avait tendance à être moins importante qu'aujourd'hui et durant laquelle les habitudes d'hygiène et le recours aux soins n'auraient pas été acquis correctement. Le mauvais état bucco-dentaire des personnes âgées peut ainsi s'expliquer par leur parcours de vie. Cela est sans compter sur une certaine lassitude qui les pousse à négliger les soins d'hygiène courant (BELINGARD-REBIERE D., COLLEU G., et al., 2009) ou à limiter le recours aux soins. En effet, au regard de la lourde organisation que cela engendre (préparation du résident, transfert en ambulance, attente, consultation, retour en ambulance) contribuant à la fatigabilité du résident et à désorganisation de sa prise en charge, l'on pourrait comprendre qu'une personne âgée dépendante renonce à se rendre chez un chirurgien-dentiste. Comme le rapporte le Dr B., médecin traitant, cela est "harassant" de consulter un dentiste dans un cabinet libéral pour les personnes âgées polypathologiques dont la mobilité est souvent réduite.

Malgré les conséquences des maladies bucco-dentaires sur l'état de santé général et les effets du vieillissement sur le maintien d'une bonne santé orale, il est à regretter que le suivi des résidents en EHPAD soit encore insuffisant comme le démontre le cas de l'EHPAD ML.

1.3 Un insuffisant suivi dentaire des personnes âgées au sein des EHPAD, l'exemple de l'EHPAD ML

La littérature, les enquêtes et les professionnels interrogés sont unanimes sur le sujet : le suivi dentaire des résidents en EHPAD est insuffisant. Plusieurs données statistiques issues de différentes enquêtes alertent sur les besoins en soins dentaires des personnes âgées en EHPAD. Ainsi, plusieurs études menées au niveau régional ou départemental ont permis de constater chez les personnes âgées hébergées en EHPAD un état de santé bucco-dentaire préoccupant avec la présence d'une ou plusieurs caries et un besoin en soins conservateurs importants pour 30 à 60% des résidents (HAS, 2010). En gériatrie, l'état buccal est ainsi altéré dans 70% des cas. En fin de vie ce chiffre est porté à 90% (FOLLIGUET M., HANON O., 2013).

Ces statistiques font écho aux données recueillies au sein de l'EHPAD ML, terrain de stage. Une étude d'un échantillon de 21 dossiers de soins informatisés des résidents, sélectionnés au hasard, a permis d'apporter des précisions sur la régularité du suivi de la prise en charge bucco-dentaire des résidents, tant sur la réalisation de l'hygiène buccale que sur l'accès aux soins. Cette étude de dossiers a été réalisée avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD, ce qui a par ailleurs permis de recueillir certaines informations sur la situation spécifique de certains résidents et des précisions sur l'organisation de la prise en charge au sein de l'EHPAD ML.

Cette étude de dossiers a été faite selon une grille de questions (en annexe). Il s'agissait donc "d'interroger" le logiciel de soins afin de se rendre compte de la prise en charge actuelle au sein de l'EHPAD ML. Il était notamment recherché la mention de l'état bucco-dentaire du résident à son entrée, la mise en place d'un protocole spécifique en matière d'hygiène dentaire dans le projet de soins ou d'accompagnement, le nombre de visites chez le dentiste depuis l'admission en EHPAD ou encore la dernière visite chez le dentiste. Parmi les 21 dossiers de soins consultés, 15 dossiers concernaient des résidents féminins et 6 dossiers des résidents masculins. Il faut également noter que la durée moyenne de séjour pour les 21 résidents concernés s'élevait à de 2 ans et 2 mois. Afin de compléter le profil des résidents dont le dossier a été étudié, le niveau de dépendance a également été recensé lors de l'étude des dossiers. Ainsi sur 21 résidents,

il y a finalement 7 résidents classés en Gir 1, 5 résidents classés en Gir 2, 5 résidents classés en Gir 3, 2 résidents classés en Gir 4 et 2 résidents actuellement classés en Gir 5. Ce premier indicateur démontre un niveau de dépendance élevé sur l'échantillon qui correspond aux données plus globales de l'EHPAD ML précisé dans le rapport d'activité médicale de l'EHPAD : sur les 132 résidents présents au sein de l'EHPAD ML au 31 décembre 2021, 59,7% des résidents avaient un Gir compris entre 1 ou 2. Pour ces résidents les plus dépendants, une prise en charge de la plupart des activités de la vie courante est requise. Les résidents avec un Gir 3 et 4 (37% des résidents de l'EHPAD ML) nécessitent également une aide quotidienne, que cela soit pour la réalisation de soins corporels, pour s'habiller et/ou pour prendre les repas. Ce niveau de dépendance élevé peut s'expliquer par l'entrée de plus en plus tardive des résidents en EHPAD. A l'EHPAD ML, l'âge moyen à l'entrée était de 87 ans 7 mois et 2 jours fin 2021 avec une moyenne d'âge de 89 ans 2 mois et 19 jours.

Si l'on se regarde désormais sur les premiers résultats de l'étude, l'on se rend compte que dans la majorité des cas, les indications sur le **statut dentaire du résident à son entrée** ont été renseignées dans le dossier de soins. Sur 21 dossiers, seuls 6 dossiers ne faisaient pas mention de l'état bucco-dentaire du résident. Néanmoins, sur les 15 dossiers où il était fait référence à l'état bucco-dentaire, l'information pouvait se retrouver à différents endroits, sous l'onglet "histoire de vie" du résident ou l'onglet "synthèse du projet de soins". En effet, selon la date d'entrée du résident, plus ou moins ancienne, les renseignements sur l'état bucco-dentaire n'ont pas été renseignés de la même manière dans les différents dossiers de soins. L'information est en conséquence difficile à retrouver, comme l'a constaté l'une des diététiciennes intervenant à l'EHPAD : *"il n'est pas facile de retrouver l'information sur l'état bucco-dentaire. Beaucoup de choses à dire mais pas tracées"*. Si un encart réservé au suivi bucco-dentaire existe bien dans l'onglet "dossier médical" du dossier de soins informatisés, celui-ci n'est jamais complété. L'information sur l'état bucco-dentaire à l'entrée du résident est ainsi "fondue" parmi les autres informations recueillies et n'apparaît pas distinctement dans le dossier de soins. Au-delà du fait que le statut de l'état dentaire d'un résident ne soit pas recueilli systématiquement à son entrée, la mauvaise utilisation du dossier de soins informatisés est une première indication sur le suivi dentaire réalisé aujourd'hui dans l'EHPAD ML.

Concernant la mention d'un **protocole d'hygiène bucco-dentaire dans le plan d'accompagnement et/ou de soins**, celle-ci apparaissait dans 16 dossiers de résidents. Ce résultat prouve que dans la majorité des cas, la toilette bucco-dentaire est réalisée ou du moins encadrée par une aide-soignante. L'on peut ainsi retrouver les indications suivantes dans le plan de d'accompagnement : brossage de dent, nettoyage prothèse

dentaire, ou bain de bouche. Néanmoins, dans certains dossiers de soins, le protocole d'hygiène bucco-dentaire n'est pas détaillé clairement et se résume à indiquer une "aide à la toilette" ou une "supervision à la toilette" comprenant implicitement l'hygiène bucco-dentaire d'après le médecin coordonnateur.

La mise en place d'un protocole d'hygiène bucco-dentaire est directement corrélée à la **capacité du résident à assurer son hygiène corporelle**. Ainsi, selon le niveau de dépendance du résident, le résident aura besoin d'une assistante. Si Madame M., résidente de l'EHPAD ML interrogée, affirme se laver les dents toute seule après chaque repas matin, midi et soir, cela n'est pas le cas pour la majorité des résidents en EHPAD qui ne sont pas en capacité de s'en charger de manière autonome. Ainsi, sur 21 résidents, le médecin coordonnateur a pu dire que 13 résidents étaient incapables d'assurer seul leur toilette bucco-dentaire, 3 résidents n'avaient qu'une autonomie relative pour assurer leur hygiène et avaient donc besoin d'aide et seulement 3 étaient capables de s'en charger seul. Il faut noter que 2 résidents ne sont pas concernés par un protocole d'hygiène selon le médecin coordonnateur au regard de l'absence de dent ou d'appareil dentaire.

Si l'on se concentre désormais sur la question de **l'accès à un chirurgien-dentiste**, cette étude de dossiers aura permis de se rendre compte qu'un peu plus de la moitié des résidents, soit 12 résidents sur l'échantillon sélectionné, n'a pas bénéficié d'une consultation chez un chirurgien-dentiste depuis leur entrée dans l'EHPAD ML. Mme G. n'a ainsi jamais eu de consultation dentaire depuis son entrée dans l'établissement en septembre 2019. Pour une autre résidente, Mme P., aucune visite n'a eu lieu depuis son admission en août 2020 soit depuis un an et 8 mois.

Parmi les 9 résidents ayant bénéficié d'une consultation chez le dentiste depuis leur entrée, la situation est hétérogène. S'agissant de ces 9 résidents, il a été organisé depuis l'admission : 1 visite pour un résident, 2 visites pour 2 résidents, 3 visites pour 2 résidents, 4 visites pour un résident, 5 visites pour un résident et 6 visites pour 2 résidents. D'après le médecin coordonnateur, la fréquence des visites chez le chirurgien-dentiste dépendrait de plusieurs facteurs comme la nécessité de planifier plusieurs rendez-vous pour des actes techniques comme la création d'un nouvel appareil dentaire ou son réajustement. L'implication des familles dans le suivi bucco-dentaire de leur proche a également été soulevé par le médecin coordonnateur pour justifier le nombre de rendez-vous dentaires. Il faut par ailleurs préciser que pour les 9 résidents ayant bénéficié d'une consultation dentaire, la durée moyenne de séjour était assez élevée car supérieure à 18 mois (pour 7 dossiers) mais aussi inférieure à 6 mois (pour 2 dossiers).

Enfin, l'étude menée consistait également à savoir si un **dentiste traitant** était mentionné dans le dossier de soins des résidents. Pour l'ensemble des dossiers de soins où figure un ou plusieurs rendez-vous chez le dentiste, le nom du dentiste n'apparaît pas systématiquement. De plus, s'il existe bien un espace où renseigner le nom du médecin traitant, cela n'est pas le cas pour le chirurgien-dentiste qui n'est donc pas clairement identifié. Ceci est un indicateur de plus permettant de démontrer que la santé bucco-dentaire passe au second plan.

De manière générale, cette étude de dossier aura permis de se rendre compte de la difficulté de trouver l'information sur l'état bucco-dentaire du résident, que cela soit à son entrée ou durant son séjour. Si à l'entrée, lors de la visite de pré-admission, il est noté dans le dossier de soin papier si un "appareil dentaire" est porté et la date de la dernière visite chez le dentiste, ces informations mériteraient d'être mieux retranscrites dans le dossier de soins informatisés. A mon sens, cette faible traçabilité participe et illustre un défaut de suivi et de prise en charge bucco-dentaire des résidents en EHPAD.

Cette première partie aura ainsi été l'occasion de se rendre compte de l'importance de préserver une bonne santé orale des personnes âgées dépendantes. Ayant des répercussions sur l'état de santé général des personnes vieillissantes, la santé buccale souffre également des répercussions de la vieillesse. Cela nous interroge donc sur la prise en charge bucco-dentaire actuelle en EHPAD, sur le rôle des différents professionnels et les freins identifiés dans ce cadre, sachant que de nombreuses statistiques déplorent les conséquences d'un faible suivi sur la bouche des sujets âgés résidant en "institution".

2 Les modalités de prise en charge bucco-dentaire actuelles au sein des EHPAD, l'exemple de l'EHPAD ML

La deuxième partie de ce mémoire sera l'occasion de présenter la prise en charge bucco-dentaire actuelle proposée aux résidents d'un EHPAD, et particulièrement aux résidents de l'EHPAD ML. De nombreux professionnels participent ainsi à la prise en charge des résidents afin d'assurer leur hygiène orale et l'accès aux soins (2.1). Si la participation au maintien de l'hygiène bucco-dentaire est une compétence attribuée aux soignants de l'EHPAD, l'accès aux soins dentaires des résidents se fait souvent hors les murs de l'établissement à l'instar de l'EHPAD ML (2.2). Cependant, malgré l'organisation en place, de nombreux freins endogènes et exogènes à l'établissement rendent difficiles le maintien d'une santé orale satisfaisante pour les personnes âgées accompagnées en EHPAD (2.3).

2.1 Un ensemble de professionnels mobilisé autour de la prise en charge bucco-dentaire des résidents d'EHPAD

Il est préliminairement important d'indiquer que le maintien d'une bonne santé orale repose à la fois sur des soins préventifs, c'est-à-dire, le fait d'assurer une toilette bucco-dentaire efficace de manière quotidienne, mais également sur des soins curatifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes.

Ainsi, en matière de prévention, il est primordial que chaque personne âgée résidant en EHPAD bénéficie d'une hygiène bucco-dentaire satisfaisante. En la matière, les professionnels de l'EHPAD, et tout particulièrement les aides-soignants, y contribuent activement. En effet, le personnel soignant de l'établissement doit apporter une aide aux résidents en ayant besoin. Comme l'indique le règlement de fonctionnement de l'EHPAD ML, selon son état de dépendance et ses besoins d'aide, tout résident peut bénéficier d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante : toilette, habillage, repas, déplacement, accompagnement au WC, Par conséquent, un résident de l'EHPAD peut être secondé pour la réalisation de sa toilette bucco-dentaire.

Comme expliqué par l'aide-soignante rencontrée, la toilette bucco-dentaire est réalisée le matin et le soir. L'accompagnement proposé diffère selon le profil du résident. Pour les personnes les plus autonomes, l'aide-soignant se contente de préparer la brosse à dent et un verre d'eau pour se rincer la bouche. Pour les personnes dépendantes, le professionnel réalisera lui-même le brossage de dent avec la brosse à dent du résident.

Enfin, pour les personnes les plus dépendantes et ayant des troubles cognitifs leur empêchant de comprendre les consignes, la toilette est réalisée par l'aide-soignante à l'aide d'un bâtonnet et de l'eau. Cette méthode est par ailleurs utilisée pour les personnes âgées ayant des troubles de la déglutition et qui ne savent pas recracher d'après Mme A, aide-soignante.

Pour les résidents porteurs de prothèses, les aides-soignants s'assurent également de leur entretien. Les prothèses dentaires sont enlevées tous les soirs et nettoyées. Le matin, un soin de bouche à l'eau est réalisé avant que le résident remette son dentier. Assurant la toilette quotidienne des résidents, les soignants veillent à ce que la trousse de toilette du résident soit toujours complète en alertant éventuellement les familles afin d'assurer une hygiène buccodentaire convenable. En effet, conformément aux mentions du livret d'accueil de l'EHPAD ML, chaque résident doit fournir du dentifrice, sa brosse à dent, un verre à dent, ainsi que de l'adhésif dentaire et des comprimés effervescents pour le nettoyage des prothèses le cas échéant.

Chaque résident dispose ainsi d'un plan d'accompagnement dans lequel est indiqué une aide à la toilette buccale si cela est nécessaire. Ce plan d'accompagnement est établi à l'entrée du résident et régulièrement actualisé. Le dossier informatisé du résident permet par ailleurs d'assurer une traçabilité de l'ensemble des actes réalisés. À l'EHPAD ML, grâce aux chariots mobiles équipés d'un ordinateur portable, la traçabilité est réalisée par les aides-soignants à la sortie de la chambre.

Il est également important de préciser que les soignants assurent de manière générale un contrôle de la cavité buccale des résidents. En cas de besoin et notamment si le résident souffre d'une gêne ou d'une douleur dentaire, les soignants font le relai avec les équipes infirmières.

Au plus près des résidents, les aides-soignants participent ainsi de manière active au maintien de leur hygiène dentaire. Leur action est complétée par les infirmiers et infirmières présentes au sein de l'EHPAD qui assurent, d'après Mme N., IDE à l'EHPAD ML, *"la surveillance de l'état bucco-dentaire"* des résidents et le suivi médical des résidents dès l'admission et tout au long de leur séjour. En effet, la toilette évaluative réalisée dans les premiers jours suivant l'entrée du résident permet de se faire une idée de l'état bucco-dentaire du résident et de sa capacité de se charger seul de sa toilette buccale. Comme vu plus haut, de cette toilette évaluative découle un plan d'accompagnement suivi par les aides-soignants. L'ensemble de ces éléments est retracé dans le dossier de soins informatisé du résident.

Par la suite, il est de leur responsabilité de planifier les rendez-vous des résidents chez le dentiste et d'en assurer le suivi. Avant tout rendez-vous, les infirmiers préparent un dossier de liaison à l'attention du chirurgien-dentiste (bon de transport, courrier d'adressage, documents administratifs du résident, masque). Après chaque rendez-vous il s'agit de réaliser les soins et/ou dispenser les médicaments prescrits par le dentiste alors inscrits dans le dossier de soins en conséquence. Les IDE sont également en lien avec les familles afin d'expliquer les soins réalisés ou à réaliser surtout lorsque la famille du résident n'a pu être présente au rendez-vous de son proche.

Le rôle des infirmiers est ainsi important afin de faire le relai entre les différents professionnels intervenant auprès du résident. Tout d'abord auprès du médecin généraliste, médecin traitant du résident, qui est généralement le premier professionnel médical sollicité en cas de problème bucco-dentaire (infection ou douleur) d'après les infirmières interrogées. En tant que médecin traitant, le médecin généraliste connaît les antécédents du résident qu'il suit et peut donc prescrire des antalgiques lorsque le résident souffre d'une douleur dentaire ou modifier le traitement du résident en prévision d'une extraction de dent si nécessaire. Le médecin généraliste est par ailleurs compétent pour ausculter la bouche des résidents et prescrire des bains de bouches, des antibiotiques ou des examens radiologiques si cela est nécessaire. Il est par ailleurs amené à rédiger un courrier d'adressage au chirurgien-dentiste lorsqu'une consultation s'avère nécessaire comme l'a rappelé le Dr B..

D'autres professionnels contribuent au suivi de la santé orale des résidents comme le diététicien. En effet, il a été noté le lien entre santé buccale et le risque de dénutrition. Les diététiciens vont ainsi être particulièrement attentif à l'état de la dentition des résidents en ce qu'il affecte directement la capacité masticatoire de la personne et alerter sur certaines situations : perte de dentier, dentier mal fixé, ... Les IDE les consultent notamment suite à des soins dentaires ou en prévision d'une extraction de dents afin de modifier la texture des repas. Dans ce cas précis, les agents des services hospitaliers en salle à manger ou les aides-soignants sont également alertés. Pour les IDE interviewés, ces derniers assurent quotidiennement la distribution des repas et sont capables de relever d'éventuelles difficultés pour manger y compris des difficultés liées à l'état bucco-dentaire. De manière générale, les professionnels de l'EHPAD (animateur, psychologue, ergothérapeute, etc.) qui interviennent auprès du résident peuvent alerter sur d'éventuelles difficultés comme des douleurs dentaires ou une perte de dentier, exprimées directement par le résident ou ses proches

Au sein d'un EHPAD, ces acteurs de proximité participent de différentes manières au suivi de l'état bucco-dentaire des résidents afin de prévenir toute complication. Néanmoins, avec l'âge, les bouches des sujets âgés nécessitent de plus en plus de soins complexes, difficilement réalisables en EHPAD.

2.2 Un parcours de soins des résidents lié à l'intégration de l'EHPAD dans le maillage sanitaire territorial

Le parcours des soins des résidents en EHPAD autonome est généralement assuré à l'extérieur de l'EHPAD, dans un cabinet libéral de proximité ou dans un centre dentaire spécialisé comme cela est le cas de l'EHPAD ML.

Le parcours de soins des résidents de l'EHPAD ML qui a été observé et détaillé par les différents professionnels de l'EHPAD lors des entretiens est la suivante : en premier recours, le suivi dentaire du résident se fait dans un cabinet libéral en ville. Si le résident dispose d'un dentiste traitant et souhaite continuer à le voir, les infirmiers de l'EHPAD ML ou la famille du résident, le cas échéant, organise les rendez-vous et le transport. Il est fréquent que les familles se chargent de réserver les rendez-vous selon leurs disponibilités afin de pouvoir accompagner leur proche aux rendez-vous. Si le résident ne bénéficie d'aucun suivi dentaire à son entrée ou est dans l'incapacité de continuer à consulter son dentiste traitant, l'EHPAD lui propose une liste de dentiste à proximité de l'EHPAD.

Les consultations en cabinet libéral sont conseillées aux résidents les plus autonomes, en capacité de se déplacer au regard de la faible accessibilité de certains cabinets dentaires. Pour les résidents les plus dépendants, ayant besoin de se déplacer en fauteuil roulant ou sur un brancard, l'EHPAD ML adresse les résidents dans le centre dentaire ambulatoire de l'hôpital intercommunal de proximité. Le centre dentaire en question prend en charge les personnes âgées et handicapées à domicile ou en établissement et est donc accessible aux personnes à mobilité réduite. Ce cabinet dentaire spécialisé permet une prise en charge adaptée. Grâce aux professionnels présents, il est ainsi plus aisé de "gérer" les personnes âgées, "ce qui n'est pas le cas dans les cabinets dentaires lambda" d'après les IDE. Certains soins peuvent d'ailleurs se faire sous anesthésie locale avec ou sans prémédication sédatrice ou au besoin sous sédation consciente (gaz médicinal Méopa). Les résidents sont ainsi orientés en établissement sanitaire que lorsque la prise en charge s'avère plus lourde.

Que cela soit pour des rendez-vous ou en cas d'urgence médicale, les infirmières de l'EHPAD ML adressent donc les résidents dans un cabinet dentaire de ville ou auprès du cabinet dentaire spécialisé de l'hôpital intercommunal. Il faut toutefois indiquer que l'accès aux soins pour les résidents d'EHPAD diffèrent cependant selon le statut et la localisation des EHPAD. Au regard des données collectées et retranscrites dans le cahier journal de stage, il s'avère que les résidents de certains EHPAD bénéficient d'un accès privilégié aux soins dentaires lorsque que l'EHPAD est rattaché à un établissement sanitaire ou fait partie d'un groupement d'établissement. D'autres EHPAD réussissent par ailleurs à développer une activité dentaire au sein même de leur établissement. Ainsi, en matière d'accès aux soins, l'offre peut varier d'un EHPAD à un autre.

Concernant les EHPAD rattachés à un centre hospitalier, spécialisé ou non en gérontologie, ou encore faisant partie d'un groupement d'EHPAD (direction commune ou groupement de coopération sociale et médico-sociale), il est donc possible de bénéficier des ressources présentes sur l'un des sites. Par exemple, les résidents d'un EHPAD vont pouvoir bénéficier de l'activité de médecine présente au sein d'un hôpital en organisant les rendez-vous dentaires au sein même de l'établissement ou d'un établissement partie au même groupement. Certains EHPAD rattachés à un centre hospitalier universitaire peuvent par ailleurs bénéficier de la présence d'étudiants en odontologie. Cela est le cas au CHU A-P qui organise depuis plusieurs années la "semaine du sourire" au sein de ses EHPAD où des actions de sensibilisation et de dépistage sont organisées grâce à la participation des étudiants dentaire. Cette proximité directe de l'EHPAD avec un service de médecine odontologique d'un centre hospitalier universitaire est ainsi bénéfique pour les résidents. A défaut de pouvoir bénéficier de ces ressources internes, les EHPAD autonomes comme l'EHPAD de ML nouent des partenariats avec les centres hospitaliers du territoire disposant d'un centre bucco-dentaire. A titre d'exemple, certains centres hospitaliers comme le CH de J. se sont spécialisés dans la prise en charge odontologique des personnes en grande dépendance et accueillent les résidents des EHPAD sur des créneaux dédiés. Ce centre prévoit par ailleurs le transport des résidents depuis et vers le centre à l'aide d'un minibus pour faciliter leur déplacement.

Certains EHPAD autonomes réussissent tout de même à s'organiser pour faire intervenir un dentiste au sein de leur établissement. Plusieurs projets peuvent ainsi être portés par la direction afin de réussir à proposer un accès plus direct aux soins dentaires. Cela est le cas de l'EHPAD des C., non loin de l'EHPAD ML qui a signé une convention avec un dentiste libéral afin qu'il intervienne au sein même de l'EHPAD pour proposer des consultations de dépistage utiles à la réalisation d'un état des lieux buccal, mais également des soins simples. Pour cela, la Directrice de l'EHPAD a dû investir dans du

matériel assez coûteux comme un fauteuil dentaire et une mallette dentaire portative permettant de réaliser des soins dentaires et d'hygiène. Néanmoins, pour pouvoir assurer ces prestations, la direction a dû solliciter des aides financières de la part de l'Agence Régionale de Santé sous forme de crédits non reconductibles (CNR) mais également demander des subventions auprès de mécènes privés. Ainsi, pour de nombreux EHPAD, une offre de soins dentaire ne peut être proposée aux résidents des EHPAD qu'avec l'aide de financements dérogatoires et donc non pérennes. Certains EHPAD ont également recours à de la location du matériel (mallette portative) auprès d'EHPAD voisin afin de proposer, à moindre coût, une offre dentaire dans leur établissement.

En effet, les modalités de financement actuelles des EHPAD ne permettent pas aux directeurs d'EHPAD de rémunérer un temps de chirurgien-dentiste au sein de leur établissement que cela soit pour du dépistage ou la réalisation de soins. L'absence de chirurgien-dentiste au sein de ces établissements s'explique principalement au regard du système de financement des EHPAD. Les financements alloués par l'Agence Régionale de Santé et acquittés par l'Assurance maladie au titre des frais relatifs aux soins ne prennent pas en charge les rémunérations des actes de médecins spécialistes tels que les chirurgiens-dentistes. Comme cela est rappelé dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD ML, par le biais du "budget soins", l'établissement ne prend en charge que les rémunérations du médecin coordonnateur, des infirmiers(ères) ainsi qu'une partie des rémunérations des aides-soignants. Les consultations de chirurgiens-dentistes sont donc exclues du champ des EHPAD, qu'ils bénéficient du tarif de soins global comme l'EHPAD ML ou du tarif de soins partiels. Le "forfait dépendance" versé par les départements ayant vocation à financer le personnel dédié à l'accompagnement et à la surveillance des personnes âgées dépendantes (aide-soignant, psychomotricien, ...) et le forfait "hébergement" directement financé par le biais des résidents pour les frais d'hôtellerie et de restauration n'ont par ailleurs pas vocation à financer des actes pratiqués par les chirurgiens-dentistes.

En conséquence, les consultations dentaires, proposées en dehors ou au sein même des EHPAD aux résidents restent à la charge de ces derniers. Si certaines consultations sont remboursées intégralement ou à hauteur de 70% par l'Assurance maladie, cela n'est pas le cas pour certains soins prothétiques ou d'implantologie notamment. Le non-remboursement de certains soins apparaît ainsi comme l'un des freins identifiés pour assurer une prise en charge et un suivi bucco-dentaire efficace des résidents en EHPAD.

2.3 De multiples freins à la prise en charge bucco-dentaire des résidents d'EHPAD, des causes endogènes et exogènes à l'établissement

L'EHPAD ML a été l'occasion d'observer les pratiques mais également d'interroger les professionnels sur la question de la prise en charge bucco-dentaire des résidents. Plusieurs difficultés ont ainsi pu être soulevées, que cela soit des difficultés financières ou des difficultés organisationnelles et pratiques liées à la prise en charge de sujets âgés. Les constats effectués sur le terrain de stage font écho aux données recueillies dans diverses sources documentaires.

- **Les freins financiers**

Ainsi, et tout d'abord, il est à regretter que la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées résidant en EHPAD souffre de freins financiers. Ces freins financiers concernent à la fois l'EHPAD mais également les résidents et leurs familles. Comme vu précédemment, les modalités de financement des EHPAD ne permettent pas de financer un temps de chirurgien-dentiste. Dans le cas où un directeur parvient toutefois à faire intervenir un dentiste sur place, si les consultations sont facturées aux résidents, des investissements matériels doivent tout de même être réalisés afin de réaliser cette activité. Ces investissements, souvent élevés, ne peuvent être financés que sur les deniers propres d'un établissement. Par exemple, dans le cadre de ma mission de stage, j'ai pu me rendre compte du coût élevé d'un fauteuil dentaire dont le prix peut atteindre 10 000 euros. Bien qu'il soit possible de se faire aider pour financer ces investissements, cette contrainte explique que la plupart des EHPAD renonce à s'engager dans une telle démarche.

S'agissant des résidents, la situation est préoccupante. Il apparaît en effet que le coût élevé de certains soins dentaires limite le recours aux soins des personnes âgées. En effet, les modes de tarification des soins dentaires et leurs modalités restreintes de remboursement par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires santé amènent certains résidents à se priver de certains soins coûteux. Aujourd'hui, si les consultations et soins préventifs conservateurs sont facturés au tarif opposable et pris en charge à 70% par l'Assurance maladie obligatoire, cela n'est pas le cas des soins prothétiques, orthodontiques ou implantaires qui font l'objet d'honoraires totalement libres et ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie mais uniquement par certaines complémentaires santé (GONZALEZ L., LEFEBVRE G., et al, 2021). Les dispositifs médicaux comme les prothèses dentaires restent ainsi à la charge des résidents et ne peuvent être pris en charge par l'EHPAD d'après l'arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du

petit matériel médical et des fournitures médicales compris dans le tarif journalier afférent aux soins des EHPAD.

Par conséquent, les résidents en EHPAD dont la pension de retraite ne suffit que rarement à couvrir leurs frais de séjour sont amenés à renoncer à certains soins au regard de ce reste à charge trop important. Cela est d'autant plus le cas pour les résidents qui bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement versée par le département. Dès 2006, le Plan national de prévention bucco-dentaire évoquait les inégalités de santé bucco-dentaire fortement corrélées aux inégalités sociales. Le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires est ainsi significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire. Ce renoncement aux soins pour des motifs financiers est d'ailleurs deux fois plus élevé en France qu'en Europe. Or, et comme évoqué dans la première partie de ce travail, les besoins en soins dentaires augmentent avec l'âge et notamment les besoins prothétiques et implantaires, les plus coûteux, et auxquels les Français renoncent le plus (Chapitre VI – Les soins bucco-dentaires, Cour des comptes, 2016). Les personnes âgées de plus de 65 ans sont principalement concernées avec les femmes et les chômeurs.

Cette problématique est relatée par les professionnels intervenant auprès des résidents en EHPAD. Le médecin généraliste interrogé indique que *“souvent, les soins dentaires sont chers et les personnes se négligent. Ce sont des soins qui passent en deuxième ligne”*. Il ajoute par ailleurs *“ tous les soins se rajoutent et beaucoup de personnes renoncent aux soins à cause du coût que cela représente”*. Pour les familles qui participent financièrement à la prise en charge de leur proche, y compris la prise en charge médicale, les soins dentaires ne sont ainsi pas toujours considérés comme une priorité, surtout lorsque les appareils doivent être remplacés régulièrement (perte, casse, rétrécissement de la mâchoire). Suite à un rendez-vous dentaire et à la présentation d'un devis, des familles sont amenées à refuser le devis et laisser leur parent sans solution. Un devis d'un montant de 1 200 euros pour la fabrication de prothèses dentaires a pu être refusé par une famille au regard de son coût trop élevé déplore une infirmière. Pour ces professionnels de santé il s'agit d'une vraie problématique *“le prix c'est une horreur. Cela devrait être tout remboursé, surtout pour les personnes âgées”* me rapporte une infirmière.

Malgré la réforme “100% Santé” dentaire en vigueur depuis le 1er janvier 2020 permettant de rembourser intégralement les bridges, couronnes et prothèses dentaires amovibles, certaines personnes âgées sont encore amenées à renoncer aux soins. En effet, cette réforme oblige tout dentiste conventionné à mentionner systématiquement sur leur devis

un plan de traitement “100% santé” quand il existe pour proposer des alternatives thérapeutiques permettant de réduire voire supprimer tout reste à charge pour le patient. Ce droit d’information du patient permet à ce dernier de choisir ses soins et maîtriser ses dépenses. Si les résultats de la mise en œuvre de la réforme 100% Santé dentaire sont encourageants et laisse présager une amélioration de l’accès aux soins (GONZALEZ L., LEFEBVRE G. et al. 2020), le renoncement aux soins dentaires constaté en EHPAD interroge sur l’application, par l’ensemble des chirurgiens-dentistes, de cette réforme censée favoriser l’accès aux soins des plus défavorisés. Ce dispositif de remboursement est par ailleurs peu connu des professionnels de santé interrogés sur le sujet.

- **Les freins liés à l’accompagnement des personnes âgées dépendantes**

Si des considérations financières ont des effets dommageables le suivi bucco-dentaire des résidents en EHPAD, il faut également mettre en avant les difficultés de terrain liées à la prise en charge de personnes âgées dépendantes. Les professionnels des EHPAD, en premier lieu les aides-soignants et les infirmiers, mettent en avant différents obstacles dans l’exercice de leur fonction. L’un des facteurs qui pénalise la bonne santé orale des résidents serait ainsi le manque de temps qui leur est consacré pour les aider dans la réalisation de leur toilette buccale. Au regard des conditions de travail peu facilitantes et du manque de personnel, voire de la charge de travail alourdie par l’état de santé du résident, les professionnels paramédicaux réalisent insuffisamment les soins d’hygiène bucco-dentaire malgré leur nécessité. Comme indiqué lors de l’entretien avec une aide-soignante de l’EHPAD ML, les soignants sont tenus par le temps : *”Avec le manque de temps, ça (la toilette bucco-dentaire) peut facilement passer à la trappe”* Elle rajoute *”si on fait pas, c’est souvent à cause du manque de temps”*. Interrogée sur les moyens qui permettraient d’améliorer son travail, elle indique *”le temps, pour réaliser les bons soins”* et se questionne par ailleurs sur l’efficacité du brossage des dents si celui-ci n’est pas fait correctement.

Une autre difficulté mise en avant par les soignants est l’agitation ou le refus de certains résidents pour réaliser leur toilette. Certains résidents sont ainsi peu coopératifs au moment des soins d’hygiène, ce qui à terme peut nuire à leur santé orale. Le refus de soins peut s’expliquer par un défaut de compréhension des consignes, la réalisation de soins au mauvais moment, une souffrance du résident ou encore un manque de préoccupation des résidents à cet égard (FOLLIGUET M., HANON O., 2013). Pour le médecin généraliste interrogé *”les soins dentaires sur la personne âgée sont pas évidents à réaliser : ils sont plus longs. Ils (n’) ouvrent pas la bouche, pas de compréhension chez des patients Alzheimer”*. Les soignants se trouvent ainsi ennuyés pour assurer les toilettes (*”On ne sait pas comment faire”*) lorsque les résident refusent les soins ou

repoussent le bâtonnet. Au regard de ces difficultés de prise en charge, un besoin en formation se fait donc sentir par les équipes notamment lorsque les soins sont complexes.

En matière d'accès aux soins dentaires, des freins à la prise en charge sont également mis en avant par les professionnels. Lorsque les soins ont lieu à l'extérieur de l'EHPAD, il s'agit d'organiser le rendez-vous et le transport du résident. Or, si pour les personnes les plus autonomes accompagnées d'un de leur proche cela s'avère relativement aisé, cela n'est pas le cas pour les personnes les plus dépendantes ou ne pouvant pas compter sur l'aide d'un proche. En effet, aujourd'hui, le suivi des rendez-vous médicaux y compris dentaires, reposent largement sur les familles qui les y accompagnent. "*On compte sur les familles*" indique une infirmière de l'EHPAD ML. Or, un résident sans proche aidant pourrait faire face à une véritable perte de chance.

- **Les freins liés à l'organisation du système de santé**

Enfin, d'autres difficultés structurelles liées à l'offre de soins dentaires en France complexifient l'accès aux soins des résidents en EHPAD. Au regard de l'augmentation croissante des besoins en soins et de la relativement faible densité des chirurgiens-dentistes sur le territoire (42 843 dentistes libéraux et salariés d'après le rapport de la DREES sur les dépenses de santé en 2020) les délais de rendez-vous s'allongent. Les infirmières de l'EHPAD ML peinent à obtenir des rendez-vous. Quand le rendez-vous n'est pas urgent, les délais sont plus longs (jusqu'à deux mois et demi) et pour les urgences "*il faut se battre*" raconte l'une d'elles. De fait, le résident en pâti et cela peut avoir des répercussions sur leur santé dentaire et générale. Ces témoignages concordent avec les propos du dentiste de la commune ayant accepté d'intervenir au sein de l'EHPAD ML. Ce dernier avait en effet alerté sur le fait de n'avoir que très peu de temps à consacrer aux résidents de l'EHPAD au regard de son agenda déjà bien rempli.

Au-delà de la faible disponibilité des chirurgiens-dentistes, il faut également prendre en compte le fait que la dentisterie gériatrique est peu attractive pour les praticiens. D'après la directrice de l'EHPAD ML "*ça ne les intéresse pas de regarder les dents des personnes âgées*". Par ailleurs, la formation des chirurgiens-dentistes est succincte concernant les personnes âgées et les personnes dépendantes créant ainsi une réticence voire un inconfort lors des prises en charge (MEUDIC-BRUN D., 2018). Il est ainsi d'autant plus compliqué de trouver des dentistes volontaires pour intervenir directement au sein des EHPAD. Or, l'intervention d'un chirurgien-dentiste au sein d'un EHPAD serait un des leviers afin d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en EHPAD.

3 Les préconisations pour améliorer la prise en charge bucco-dentaire des résidents de l'EHPAD ML, des recommandations à décliner au sein d'autres EHPAD

La troisième et dernière partie de ce mémoire sera consacrée aux leviers et moyens à mobiliser afin d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire personnes âgées séjournant en EHPAD. En effet, il semble primordial de proposer une consultation de dépistage au sein de l'EHPAD à l'ensemble des résidents entrant en établissement afin de pouvoir établir un bilan de l'état dentaire du résident et initier un suivi (3.1). C'est le choix que l'EHPAD ML a fait en comptant sur la participation d'un dentiste libéral. Cette initiative doit être complétée par un renforcement de la formation des soignants et la désignation d'un référent santé orale afin que les professionnels puissent être actifs dans la prévention des affections bucco-dentaires (3.2). Ces démarches sont un préalable à la recherche de solutions par le/la directeur(ice) d'un EHPAD afin de faciliter l'accès aux soins des résidents (3.3).

3.1 La mise en place de consultation de dépistage à l'entrée du résident, une première étape afin d'initier le suivi bucco-dentaire

L'une des premières initiatives recensées afin d'améliorer le suivi et la prise en charge buccodentaire des personnes âgées en EHPAD est la mise en place de consultation de dépistage au sein même de l'EHPAD. Ces consultations permettraient, sans avoir à transporter le résident, d'établir un état des lieux bucco-dentaire du résident dès son admission, point de départ d'un plan de soins personnalisé.

L'étude de 21 dossiers de soins aura en effet démontré que les informations sur le statut bucco-dentaire des résidents n'étaient pas toujours renseignées dans le dossier de soins. Quand cela était fait, ces informations médicales étaient cependant fondues dans d'autres informations recueillies lors de l'entrée et n'apparaissait pas distinctement. Il a pu également être constaté que l'encart réservé au suivi bucco-dentaire dans l'onglet dossier médical n'était d'ailleurs pas renseigné. La consultation dentaire par ailleurs demandée au résident et à sa famille lors de la visite de préadmission n'étant pas systématiquement réalisée dans les premiers mois suivant l'entrée du résident, proposer une consultation de dépistage afin de réaliser un bilan apparaît donc être une solution. Si l'on veut pouvoir assurer un réel suivi en EHPAD et permettre une prise en charge bucco-dentaire des résidents, il est nécessaire de connaître l'état de santé dentaire initial du résident à son entrée en EHPAD.

Comme cela est recommandé, il s'agirait donc de prévoir un bilan bucco-dentaire systématique réalisé par un chirurgien-dentiste (HAS, 2010). D'après le médecin généraliste interrogé *"il serait intéressant d'organiser des dépistages par un dentiste qui viendrait et ferait le tour des résidents pour prévenir la dégradation de l'état de santé bucco-dentaire"*. Pour certains professionnels, il serait ainsi opportun de rendre ce bilan bucco-dentaire gérontologique obligatoire à l'entrée, notamment pour les personnes à risque (FOLLIGUET M., HANON O., 2013). La faisabilité de ce dépistage obligatoire interroge toutefois à plusieurs égards et notamment s'agissant de la demande importante que cela engendrerait et qui ne pourrait être absorbée par les chirurgiens-dentistes. Il faut également considérer que les chirurgiens-dentistes n'ont pas pour habitude de se déplacer en EHPAD, et qu'organiser des consultations de dépistage sur place peut s'avérer difficile.

C'est toutefois le choix qu'a fait l'EHPAD ML en travaillant sur un projet de consultations de dépistage afin de proposer, sur les deux sites de l'établissement, une consultation aux nouveaux résidents admis dans les mois suivant leur installation dans l'établissement. Faire intervenir un chirurgien-dentiste directement sur site offre différents avantages comme le fait de pouvoir directement renseigner le dossier de soins du résident. Assisté d'un(e) infirmier(e) lors des rendez-vous, les IDE pourront renseigner le dentiste libéral sur les pathologies du résident et échanger directement avec lui sur le suivi à mettre en place. Les infirmiers de l'EHPAD chargés de la déclinaison du plan de traitement pourront en conséquence compléter le plan d'accompagnement et de soins du résident en inscrivant des soins d'hygiène et/ou planifier les rendez-vous (dentiste, examens radiologiques). Il faut préciser que si la possibilité est offerte aux résidents de bénéficier d'une consultation sur place, chaque résident conserve le droit de consulter son dentiste traitant et refuser ainsi la prestation recommandée et proposée au sein de l'EHPAD. L'accord du résident devra être recueilli à son entrée en EHPAD. À l'inverse, les termes de la coopération avec le dentiste devront être établies et il ne pourrait être possible pour l'établissement ou un résident d'exiger de ce dernier la réalisation de soins, même simples sachant que ce dernier interviendrait uniquement pour du dépistage.

Ces consultations de dépistage et la réalisation d'un état des lieux bucco-dentaire doivent donc permettre aux professionnels de l'établissement de mieux connaître l'état dentaire des résidents pour en assurer un meilleur suivi dès l'entrée et ainsi éviter les complications. Si dans un premier temps, seuls les nouveaux résidents sont ciblés, il pourrait toutefois être envisagé de proposer également un dépistage pour les résidents

dont il est constaté qu'un rendez-vous chez le dentiste n'a pas été effectué depuis un an ou plus.

Si l'intérêt de proposer une consultation de dépistage sur site est certain, la mise en place d'un tel projet doit réunir certains pré-requis et en premier lieu, obtenir l'adhésion d'un chirurgien-dentiste. Cela est une réelle difficulté et les pouvoirs publics en sont conscients. Contactée à ce sujet, la correspondante de l'Agence Régionale de Santé X a conseillé à l'EHPAD ML de rechercher en premier lieu un professionnel volontaire avant de déposer toute demande de subvention. Sa réponse a consisté à nous orienter vers le Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes afin d'aider nos recherches, sans assurance de résultat. C'est d'ailleurs auprès du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de son département que le professionnel est censé demander une dérogation afin de pratiquer des soins en EHPAD, autrement dit, en dehors de son installation professionnelle fixe. Des dérogations sont ainsi accordées dans l'intérêt de la santé publique par les conseils départementaux de l'Ordre, notamment pour répondre à des besoins d'urgence, ou encore à des besoins permanents de soins à domiciles selon l'article R.4127-274 du Code de la santé publique. Les EHPAD étant considéré comme le domicile des résidents, l'exercice des chirurgiens-dentistes est donc envisageable. Dans le cas de l'EHPAD ML, le dentiste volontaire est une connaissance du médecin coordonnateur, ce qui a facilité son adhésion au projet, mais cela n'est pas toujours si aisé de trouver des professionnels prêts à se déplacer.

La mise en place d'un tel projet consiste également à rechercher de financements afin de financer l'achat d'équipements notamment. Or, comme indiqué précédemment, cela représente une certaine dépense dans le budget des EHPAD, surtout s'il est fait le choix d'équiper plusieurs sites comme l'EHPAD ML. Pour cela, une étude comparative doit être réalisée auprès de différents fournisseurs dans le respect des règles de la commande publique. Deux "lots" comprenant un fauteuil dentaire, une lampe scialytique, un plateau et un tabouret ont ainsi commandé par l'EHPAD après avis du dentiste. Afin de réduire l'investissement pour l'EHPAD, la directrice a souhaité solliciter une subvention auprès de l'Agence Régionale de Santé. Il a toutefois été envisagé de se tourner vers d'autres financeurs privés comme la Fondation APICIL ou la Fondation Caisse d'Epargne qui ont pu, par le passé, participer au financement de certains projets au profit de l'amélioration de la prise en charge des résidents.

Enfin, d'autres modalités administratives doivent être prévues et validées en amont afin d'organiser au mieux les consultations de dépistage au sein de l'EHPAD. Il est ainsi recommandé de signer un contrat de partenariat avec le dentiste intervenant afin de

définir ensemble l'objet du partenariat, les obligations réciproques dans le cadre de cette intervention ainsi que les modalités de facturation. Pour de simples consultations de dépistage, le chirurgien-dentiste nous a indiqué qu'il s'agissait de consultations au tarif conventionné de 23 euros, facturées aux résidents et remboursées à 70% par l'Assurance maladie. Comme indiqué dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD ML, il est fortement recommandé aux résidents d'adhérer à une assurance maladie complémentaire au regard des frais supplémentaires à supporter durant leur séjour, comme les frais dentaires, frais non pris en charge dans le cadre du forfait soins de l'établissement ou partiellement remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie dont il relève. Pour rémunérer le professionnel, il est donc nécessaire de prévoir le circuit de facturation. Des lecteurs de carte vitale peuvent être acquis par un établissement afin de permettre au professionnel de santé intervenant de signer des feuilles de soins de manière électronique et être rémunéré à l'acte grâce à la carte vitale du résident. Pour cela, il faut être vigilant de se fournir un lecteur de carte vitale homologué (lecteur de cartes vitale SESAME-Vitale) sachant que certains lecteurs n'acceptent pas toutes les cartes professionnelles de santé à l'instar de celle des chirurgiens-dentistes.

Afin que de telles actions de dépistage à l'entrée soient pertinentes et participent à l'amélioration effective de l'état bucco-dentaire des résidents en EHPAD, il est également important de renforcer et d'actualiser la formation du personnel soignant sur la santé orale des personnes âgées dépendantes.

3.2 La formation du personnel soignant et la désignation d'un référent, des prérequis afin d'appuyer l'amélioration des pratiques professionnelles

Parmi les préconisations en faveur d'une amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des résidents, la formation du personnel sur la santé orale est primordiale. Au sein des EHPAD, la formation du personnel, aide-soignant comme infirmier, participe au suivi des bonnes pratiques sachant que le personnel soignant recevrait une formation initiale inégale en la matière à l'école (FOLLIGUET M., HANON O., 2013). Ce besoin en formation est d'ailleurs pointé par les équipes. Pour l'une des infirmières interrogées, la formation est "*indispensable*". Quant à l'aide-soignante ayant récemment suivi une formation sur cette thématique, celle-ci estime que cela lui a été bénéfique et utile.

C'est donc à la direction de l'établissement de prévoir, régulièrement, dans son plan annuel de formation, la participation de ses agents aux formations. C'est d'ailleurs, pour

rappel, l'un des objectifs prioritaires fixés dans le CPOM de l'EHPAD ML : *“hygiène bucco-dentaire : dépistage et formation du personnel à réactualiser”*. En effet, d'après la directrice de l'EHPAD ML *“la formation est bénéfique mais continuellement à renouveler”*. Il paraît en effet judicieux que la formation porte sur la connaissance des pathologies associées à une mauvaise hygiène dentaire notamment le lien entre santé orale et dénutrition afin d'agir en prévention (MEUDIC-BRUN D., 2018). Une formation théorique mais également pratique est donc importante afin de conforter les soignants dans leurs actes et d'assurer l'hygiène orale quotidienne des résidents conformément aux bonnes pratiques.

Au regard du public accueilli en EHPAD, il est par ailleurs important que le personnel soignant soit formé afin de pouvoir réagir face aux difficultés rencontrées lors de la prise en charge pour avoir la bonne conduite à tenir (MEUDIC-BRUN D., 2018). Ce besoin en formation serait d'autant plus nécessaire afin d'assurer le suivi dentaire des résidents présentant un syndrome démentiel qui ont davantage de pathologies buccodentaires que les autres personnes âgées. En effet, il s'agirait de repérer les signes d'appel parfois difficilement identifiables afin d'adresser les résidents au chirurgien-dentiste. Certains signes, symptômes ou réactions comme les mimiques faciales, des cris de douleurs lors de la toilette, des difficultés d'alimentation, un refus de porter les appareils, un repli inhabituel sur soi ou un comportement agressif soudain et inexplicable peuvent faire suspecter une pathologie buccale. Face à ces résidents déments il est donc d'autant plus important d'être vigilant et d'adopter une approche pluridisciplinaire (RADOI L., VEILLE-FINET A et al. 2016).

Ces formations doivent également permettre d'impulser un changement et de mettre en place de nouvelles actions d'après la directrice de l'EHPAD. Il est en effet primordial de pouvoir compter sur l'ensemble des professionnels de l'établissement, et notamment le médecin coordonnateur, le/la cadre de santé et/ou infirmier(e) coordinateur(ice) pour porter ces initiatives auprès des équipes et aider à leur déclinaison. Dès le retour de formation des agents il est d'ailleurs tout à fait envisageable de prévoir un temps pour relayer les informations, que cela soit fait en relève ou en réunion d'équipe par exemple. Il s'agirait d'optimiser ses formations en proposant des formations, même courtes, intra-établissement dispensées par les bénéficiaires de la formation. L'aide-soignante rencontrée souhaitait ainsi sensibiliser ses collègues en relève suite à sa formation.

Il serait par ailleurs judicieux de désigner parmi les professionnels un référent ou correspondant en santé orale qui pourrait assumer différentes missions, en premier lieu, celle de diffuser et évaluer les bonnes pratiques notamment en matière d'hygiène. Ce

réfèrent, personne ressource de l'EHPAD en matière d'hygiène et santé dentaire, pourrait ainsi s'assurer de l'harmonisation et de la réalisation du suivi des pratiques (UFSBD, Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées, 2017). D'après la directrice de l'EHPAD ML, *"il faudrait quelqu'un qui fasse une évaluation continue des pratiques, mais (il n'y a) pas le temps pour cela"*. Pour la directrice, cette mission serait une prérogative des infirmières coordinatrices, or, celles-ci n'auraient pas non plus le temps de s'y consacrer.

Le réfèrent santé orale pourrait dans ce cadre prendre part à la formalisation et la mise en place de protocoles. Au sein de l'EHPAD ML un travail est d'ores et déjà en cours avec l'équipe mobile d'hygiène du centre hospitalier voisin afin de travailler à l'amélioration de l'hygiène. Pour cela, une procédure a été rédigée et une grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire est en cours d'élaboration. Cette grille d'évaluation doit permettre, à terme, aux aides-soignants et infirmiers de réaliser un suivi des bouches des résidents et prendre des mesures préventives ou correctives. Cet outil serait ainsi un plus pour améliorer le suivi bucco-dentaire des résidents en repérant les problèmes bucco-dentaires nécessitant l'intervention d'un chirurgien-dentiste (MEUDIC-BRUN D., 2018). Les savoirs acquis par ce réfèrent ou correspondant en santé orale permettrait également de former les autres professionnels, notamment les nouveaux agents de l'établissement (UFSBD, Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées, 2017) sachant qu'il est difficile d'envoyer en formation l'ensemble des soignants sur une année.

Enfin, le réfèrent pourrait jouer un rôle actif en matière de sensibilisation des résidents et des familles. Comme vu précédemment, les personnes âgées peuvent être amenées à négliger leur santé bucco-dentaire, que cela soit par une méconnaissance des habitudes d'hygiène et de soins, par lassitude ou un manque d'intérêt. Afin de les inciter à prendre soin de leur bouche et de leurs dents, il faudrait ainsi les éduquer à la santé orale, de même que les proches aidants (FOLLIGUET M., HANON O., 2013). La prise en charge reposant en grande partie sur les familles, il est donc nécessaire de les impliquer également et de mettre en avant les intérêts d'un suivi bucco-dentaire. Malgré l'effort financier que cela pourrait représenter, il s'agit d'insister auprès d'eux sur les diverses conséquences d'une mauvaise santé orale, tant physiques que morales, de leur parent. Plusieurs initiatives pourraient ainsi être portées par un professionnel réfèrent, que cela soit auprès de ses collègues, des résidents et/ou de leurs proches.

Néanmoins, un réfèrent ne pourrait participer à l'amélioration des pratiques et entraîner un changement à condition d'être lui-même formé et d'avoir du temps pour remplir ses différentes missions. Il ne faudrait pas que le titre de "réfèrent" ne soit qu'honorifique.

Identifié sur de telles responsabilités, le référent en santé orale pourrait par ailleurs participer à la recherche et au développement de solutions afin de proposer des soins aux résidents d'EHPAD.

3.3 La recherche de nouvelles solutions afin d'améliorer l'accès aux soins des résidents, une démarche nécessaire reposant sur l'engagement du directeur

Si les consultations de dépistage internes à l'EHPAD et la formation du personnel sont des initiatives majeures dans l'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des résidents en EHPAD, elles ne représentent à mon sens qu'une étape. En effet, il apparaît essentiel d'améliorer l'accès aux soins des résidents. Il s'agirait donc de trouver de nouvelles manières de faire intervenir les dentistes dans les EHPAD pour assurer le suivi des résidents et réaliser les soins dont ils ont besoin, ou du moins favoriser à l'accès à un chirurgien-dentiste à l'extérieur de l'EHPAD.

Si le fait d'avoir un dentiste présent sur l'EHPAD, salarié ou libéral, voire "rattaché" à l'EHPAD pourrait faciliter le suivi des résidents, cela est peu réaliste dans un EHPAD autonome. Cette situation est regrettée par les professionnels et notamment par les IDE pour qui l'intervention d'un dentiste dans la structure permettrait de savoir qui appeler en cas de problème pour recueillir un premier avis. Cela permettrait "*une meilleure prise en charge globale, pour un bilan dentaire ou de la bobologie*" mais également d'améliorer la communication avec le médecin traitant et les équipes d'après Mme R., infirmière. Sachant que les équipes infirmières et médecins traitants ne sont que très rarement en contact direct avec les dentistes, il faut donc rechercher des solutions pour amener les dentistes à "rentrer" dans les EHPAD pour faciliter la communication et améliorer la prise en charge.

Pour l'EHPAD ML, il pourrait donc être intéressant de capitaliser sur les partenariats existants et initiatives déjà engagées. L'organisation de consultations de dépistage pourrait inciter les dentistes à s'impliquer davantage au sein de l'EHPAD et les amener à vouloir développer le soin. Cela ne pourrait être envisageable qu'à la condition de disposer de financements suffisants, dans le cadre d'une négociation CPOM ou l'obtention de CNR par exemple, pour équiper davantage l'EHPAD et sous réserve de s'assurer continuellement de la participation et disponibilité de dentistes, conditions peu aisées à remplir actuellement. Comme vu dans la deuxième partie, certaines pistes

peuvent également être privilégiées comme les partenariats avec d'autres établissements et notamment avec des centres hospitaliers voisins pour l'organisation de consultations, la location ou l'achat d'une valise bucco-dentaire afin de proposer des soins simples. Pour les EHPAD autonomes, la tâche peut s'avérer difficile. Interrogée sur l'importance du réseau pour faciliter la mise en place de projets, la directrice de l'EHPAD ML indique avoir recours au "système D", et que cela se fait "par connaissance". Elle rajoute par ailleurs que "tout seul c'est pas évident mais quand il y a une porte qui s'ouvre faut y aller".

Une autre piste serait de renforcer les liens avec la médecine de ville en recherchant de nouveaux partenariats. Il s'agirait de démarcher les dentistes aux alentours, ou de s'adresser à des structures d'exercices coordonnées comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou maisons de santé pluri-professionnelle (MSP). Pour rappel, si chaque résident est libre de choisir son chirurgien-dentiste traitant, rien n'empêche la direction d'un EHPAD d'aller vers des structures de ville et envisager des partenariats afin d'améliorer la prise en soins des résidents. Sachant que la grande majorité des dentistes exerce en cabinet de ville, il s'agirait de se faire connaître auprès d'eux, et nouer ainsi de nouvelles relations. Il s'agirait par la même occasion de s'intéresser aux modalités de conditions d'exercice des praticiens et notamment de s'assurer de l'accessibilité des locaux. Cette coopération avec les professionnels libéraux doit s'appuyer sur le médecin coordonnateur de l'EHPAD chargé de la coordination des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant au sein d'un EHPAD. A cet effet, il serait ainsi opportun de prévoir des temps d'échanges entre professionnels, y compris les dentistes libéraux, lors de réunions pluri-professionnelles ou au moment de la Commission de coordination gériatrique, propice à l'amélioration de l'organisation des soins.

Le rôle du directeur est donc de se renseigner sur les possibilités offertes sur son territoire afin de faire bénéficier les résidents de nouvelles initiatives ou expérimentations, voire de monter un projet. Pour cela, un directeur peut se tourner vers les acteurs institutionnels comme l'ARS mais également les organisations représentant les professionnels comme les Conseils de l'Ordre ou les Unions régionales de professionnels de santé qui se font le relai de ses initiatives. Dans la région Auvergne Rhône Alpes, l'URPS des chirurgiens-dentistes a d'ailleurs piloté un projet consistant à proposer des soins dentaires aux résidents d'EHPAD à l'aide d'un véhicule plus communément appelé un "bucco bus". Ce véhicule équipé comme un cabinet dentaire se déplace dans les EHPAD du département du Puy-de-Dôme afin de proposer des soins dentaires aux résidents les moins mobiles, n'ayant parfois pas consulté de dentiste depuis plusieurs années. Cette expérimentation a été autorisée par l'ARS et est financée dans le cadre de "l'article 51" de la loi de

financement de la sécurité sociale de 2018, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en vue notamment d'améliorer le parcours des usagers et l'accès aux prises en charge.

D'autres solutions comme le recours à la télémédecine pourrait également être envisagée afin d'améliorer le suivi préventif et le dépistage des résidents en EHPAD. Elle doit néanmoins reposer sur une relation préexistante entre le chirurgien-dentiste et le patient, et ne pourrait se substituer au suivi annuel en cabinet dentaire. Un EHPAD pourrait ainsi profiter du développement de la télémédecine qui connaît un essor depuis la crise liée à la covid-19 et proposer des téléconsultations bucco-dentaires aux résidents. La télémédecine dans la pratique bucco-dentaire permettrait de s'adresser à ceux éloignés du cabinet dentaire notamment les plus vulnérables. La téléconsultation aurait ainsi un intérêt pour réguler les urgences, établir une première évaluation de l'état du patient ou réaliser des consultations pré ou post opératoires, et cela à distance, évitant ainsi aux personnes les plus dépendantes de se déplacer. Cependant il est à regretter que les actes de la télémédecine en matière de santé orale ne soient pas encore pris en charge financièrement par l'Assurance maladie, ces outils étant en conséquence encore peu connus des professionnels (Contribution UFSBD, Télémédecine bucco-dentaire, 2020). Les professionnels du secteur militent ainsi pour une généralisation de cette prise en charge à distance en promouvant des expérimentations comme le programme ORALIEN. Ce programme ORALIEN destiné spécifiquement aux EHPAD et autres structures médico-sociales permet un suivi de la bouche des résidents par les soignants grâce à un smartphone pour réaliser, tous les 6 mois, une vidéo de la bouche des résidents. La vidéo en réalité augmentée est par la suite analysée grâce à de l'intelligence artificielle et contrôlée par un chirurgien-dentiste, à distance, le but étant de mettre en place un protocole d'hygiène personnalisé.

Ces différentes solutions visent à offrir aux résidents un accès aux soins dentaires et un suivi régulier par un chirurgien-dentiste. Leur déclinaison repose sur le(la) directeur(ice) de l'EHPAD qui doit mener une démarche pro-active et se saisir des opportunités sur son territoire pour réussir à développer de nouveaux projets voire une nouvelle activité au sein de l'EHPAD. Toute gestion de projet ne peut néanmoins se faire efficacement qu'avec l'adhésion de l'encadrement et l'accompagnement des équipes aux nouvelles pratiques.

Conclusion

Ce mémoire professionnel aura été l'occasion de se pencher sur la question de la prise en charge bucco-dentaire assurée en EHPAD en faveur des personnes âgées dépendantes qui y sont accueillies. Malgré un récent intérêt des pouvoirs publics pour le sujet, la santé bucco-dentaire revêt une importance significative en ce qu'elle est à la fois un déterminant de santé et une indication sur l'état de santé général de la personne. Comme indiqué par le médecin généraliste interrogé " *l'état dentaire est souvent le reflet de l'état général du patient*". Il est donc primordial d'assurer une prise en charge buccale satisfaisante des personnes âgées vieillissantes, d'autant plus que leur fragilité influence directement le suivi de leur santé bucco-dentaire. L'attention portée à l'hygiène diminuant avec l'âge ainsi que le recours aux soins, il est de la responsabilité des professionnels des EHPAD, et au premier rang celle du directeur(ice) de s'assurer qu'une prise en charge de leur santé dentaire est en place au sein de l'établissement.

Le terrain de stage qu'a été l'EHPAD ML a permis d'illustrer le fait que, une fois admis en EHPAD, le suivi de la santé bucco-dentaire des résidents n'est que partiel et même hétérogène entre les résidents, situation corroborée par les professionnels. Bien qu'une aide à l'hygiène et la réalisation de soins buccaux simples soit assurée par les professionnels de l'EHPAD, en premier lieu les AS et IDE, et qu'un parcours de soins soit organisé en ville ou à l'hôpital, la prise en charge des résidents pourrait être améliorée, et cela dès leur entrée en EHPAD. En effet, certains freins à la prise en charge bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes ont été identifiés en EHPAD, comme le manque de formation des équipes, une charge de travail chronophage limitant le temps dédié à l'accompagnement des résidents pour leur toilette buccale ou encore la réticence et l'agitation de certains résidents. En matière d'accès aux soins, il a également été mis en avant l'accessibilité réduite de certains cabinets dentaires de ville ou la trop grande fatigabilité des résidents pour se rendre aux rendez-vous. Cela est sans compter que le coût des soins prothétiques et implantatoires appliqué par les chirurgiens-dentistes excèdent souvent les capacités financières des résidents et de leurs proches aidants, les forçant à renoncer à certains soins.

Malgré les leviers à mobiliser par les directeurs et directrices d'EHPAD comme la formation des professionnels, la désignation d'un référent ou la mise en place de consultations de dépistage au sein de leur structure, il demeure certaines limites structurelles liées au financement des EHPAD comme l'impossibilité de financer un temps de chirurgien-dentiste sur l'enveloppe du forfait soins versés par l'ARS ou la faible densité de chirurgien-dentiste en activité. Cela limite ainsi fortement l'accès aux soins des

résidents hébergés dans les établissements, notamment ceux les plus isolés de l'offre dentaire.

Ces différentes problématiques se retrouvent dans le cadre de la prise en charge buccodentaire d'autres publics vulnérables et notamment celle des personnes en situation de handicap, enfants et adultes. Tout comme les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ont également un accès plus difficile et limité à la prévention et aux soins dentaires que le reste de la population, de même qu'un niveau d'hygiène buccale moins élevé que pour la population générale les rendant plus susceptibles de souffrir de pathologies orales. Le handicap ayant de nombreuses conséquences sur la santé orale et le risque carieux notamment, il est important de travailler à l'accès aux soins des personnes handicapées. Il s'agit également de renforcer la prévention et sensibiliser ce public et leur proche pour améliorer leur santé orale, que les usagers soient hébergés en établissement ou bénéficiant de services à domicile (UFSBD, La santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, 2020). En établissement médico-social, le rôle du directeur est ainsi déterminant afin d'améliorer la qualité de la prise en charge bucco-dentaire du public accueilli. A ce titre, les préconisations ainsi formulées dans le cadre de ce mémoire professionnel à destination des personnes âgées dépendantes, et en premier lieu la formation des professionnels, pourraient donc s'appliquer en faveur des personnes en situation de handicap prises en charge au sein de structures médico-sociales dédiées.

Bibliographie

Articles scientifiques :

AZOGUI-LEVY S., BOY-LEFEVRE M.-L., 2005, "La santé bucco-dentaire en France", Revue du Haut conseil en santé publique, Actualités et dossier en santé publique n°51, p. 4-8

CHAPIRO S., TRIVALLE C., 2011, « Sédation consciente et soins dentaires chez la personne âgée », L'information dentaire, n°32, p. 1-5

FOLLIGUET M., HANON O., 2013, «13ème journée de santé publique dentaire – Personnes âgées et santé orale, Faculté de chirurgie dentaire » Université Paris-Descartes Montrouge. Disponible à l'adresse : http://aspbd.free.fr/documents/JSPBD/12_jspbd.pdf

GONZALEZ L., LEFEBVRE G., MIKOU M., PORTELA M., 2021, "Fiche 07 - Les soins de dentistes", Les dépenses de santé en 2020 - édition 2021, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, p. 57-61

GONZALEZ L., LEFEBVRE G., MIKOU M., PORTELA M., 2021, "Fiche 20 - Le reste à charge des ménages", Les dépenses de santé en 2020 - édition 2021, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, p. 116-119

POUYSSÉGUR V., PRECHEUR I., SABOT J.-G., 2016, "Maladies bucco-dentaires : cofacteurs de morbidité des personnes âgées", Revue de Gériatrie, tome 41, n°1, p. 17-32

RADOI L., VEILLE-FINET A., DUPUIS V., FOLLIGUET M., 2016, "Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances", Revue de Gériatrie, tome 41, n°1, p. 5-16

RUQUET M., HÜE O., TOSELLO A., 2012, "Le sujet âgé" : Spécificités odontostomatologiques et examen clinique", Actualités Odonto-Stomatologiques, n°257, p.73-87

Rapports administratifs ou de recherches :

Chapitre XIII – Les soins bucco-dentaires, Rapport sur l'application des lois de la sécurité sociale pour 2010, 2010, Cour des Comptes.

Chapitre VI – Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, Rapport sur l'application des lois de la sécurité sociale pour 2016, 2016, Cour des Comptes.

FOLLIGUET M., 2006, Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, Direction Générale de la Santé, (en ligne). Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf

Schéma régional de santé 2018-2023, Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Disponible à l'adresse : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/prs-schema-regional-de-sante>

Textes législatifs ou réglementaires :

Code de la construction et de l'habitation et notamment l'article L. 111-7

Code de la Santé publique

Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code, Journal officiel n°0129 du 4 juin 2008

NOTE D'INFORMATION N° DSS/SD2A/2021/88 du 20 mai 2021 relative à l'articulation entre la réforme 100 % Santé et le dispositif de la complémentaire santé solidaire (C2S)

Travaux d'étudiants :

AZAMOUM L., 2020, Problématique de l'hygiène et prévention des maladies orales chez les personnes en EHPAD, Marseille, Thèse, Faculté d'odontologie de Marseille, Aix-Marseille Université, 49 p.

BOITEAUD M., 2021, Prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Nouvelle-Aquitaine, état des lieux et perspectives d'actions, Bordeaux, Thèse, Université de Bordeaux, 90 p.

COIGNARD C., 2018, L'environnement médico-social des personnes âgées institutionnalisées et son influence sur leur hygiène et leur santé orale. Présentation d'un outil numérique sur ce thème, Rennes, Thèse, Université de Rennes 1, 165 p.

BELINGARD-REBIERE D., COLLEU G., HUET S., ISNARD A., KILANI M., LANFRANCHI P., MENU A., MONOD S., NOVIC M., 2009, Accès aux soins bucco-dentaires pour les résidents en EHPAD : un enjeu de santé publique ? Rennes, Module interprofessionnel de santé publique (MIP), EHESP, 42p.

MEUDIC-BRUN D., 2018, Impact de la santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD sur le phénomène de dénutrition, Marseille, Thèse, Faculté d'odontologie de Marseille, Aix-Marseille Université, 64 p.

Recommandations et guides pratiques :

Alimentation de la personne âgée en EHPAD et établissements de santé, Société française de gériatrie et de gérontologie, Réédition 2012

Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus, 2021, Haute autorité de santé, p. 19. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202111/reco368_recommandations_denutrition_pa_c_d_20211110_v1.pdf

La prévention bucco-dentaire en France, un tournant à prendre, 2012, UFSBD. Disponible à l'adresse: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Dossier-UFSBD-La-Pr%C3%A9vention-bucco-dentaire-en-France-un-tournant-%C3%A0-p-.pdf>

La santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, 2020. Disponible à l'adresse: http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2020/09/GUIDE-HANDICAP_VF-200720.pdf

Santé bucco-dentaire : Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées, 2017, UFSBD. Disponible à l'adresse : <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2017/05/D-GUIDE-AGIRC-ARRCO-UFSBD-V2017.pdf>

Stratégies de prévention de la carie dentaires, 2010, Haute autorité de santé, p.64, Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

Sites internet :

CNSA, Réforme de la tarification en EHPAD (consulté le 19/07/2022) Disponible à l'adresse : <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-de-la-tarification-en-ehpad>

ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Soins bucco-dentaires mobiles pour les résidents en EHPAD (consulté le 03/05/2022). Disponible à l'adresse: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/des-soins-bucco-dentaires-mobiles-pour-les-residents-dehpad-dans-le-puy-de-dome>

Assurance maladie, Soins dentaires : comprendre le 100% Santé, (consulté le 06/06/2022). Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires-optique-audition/soins-dentaires-comprendre-le-100-sante#:~:text=L'offre%20%C2%AB%20100%20%25%20Sant%C3%A9,bridges%20et%20les%20couronnes%20dentaires.>

Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé (consulté le 11/02/2022) : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire>

- Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009, Direction Générale de la Santé
- Synthèse du Plan national de prévention bucco-dentaire.

Site internet de l'UFSBD :

- Contribution de l'UFSBD "Télémédecine bucco-dentaire - Quelles indications ? Septembre 2020, (consulté le 13/06/2022). Disponible à l'adresse : https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2021/09/3-volets-politique-sur-la-Telemedecine_180820.pdf
- Pratiques dentaires, Quel accueil pour les personnes âgées dépendantes, Septembre 2019, Magazine de l'UFSBD n°35, p. 21-31 (consulté le 16/04/2022). Disponible à l'adresse : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2019/09/35-Pratiques-dentaires-web-page.pdf>
- Programme ORALIEN, (consulté le 25/05/2022). Disponible à l'adresse : <https://www.ufsbd.fr/espace-public/formations-medico-social/oralien-innovation-sante-orale-profit-personnes-vulnerables/>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Grille d'entretien, Directrice, EHPAD ML

Annexe n°2 : Grille d'entretien, Médecin généraliste

Annexe n°2bis : Retranscription entretien, Médecin généraliste

Annexe n°3 : Grille d'entretien, AS, EHPAD ML

Annexe n°4 : Grille d'entretien, IDE, EHPAD ML

Annexe n°5 : Grille d'entretien, diététicienne, EHPAD ML

Annexe n°6 : Grille d'entretien, Résidente, Mme M., EHPAD ML

Annexe n°7 : Questionnaire et réponses - Etude de dossiers de soins

Annexe n°8 : Cahier journal de stage

Annexe n°1 : Entretien Mme P., Directrice de l'EHPAD ML, le 31/05/2022, 40 minutes

| Questions | Éléments de réponse |
|---|--|
| <p>Sur l'historique de la prise en charge de la santé bucco-dentaire au sein de l'EHPAD</p> | <p>Il y a une dizaine d'années, un gros travail a été fait auprès du personnel. L'ensemble du personnel a été formé à l'hygiène bucco-dentaire. Cela a permis une prise de conscience du personnel. Au départ, un travail a été fait avec l'hôpital B.-B..</p> <p>Priorité plus récente de l'ARS. La santé bucco-dentaire a toujours été une préoccupation de l'ARS mais avec le CPOM et la détermination d'objectif, la santé bucco-dentaire est devenu un objectif de l'EHPAD.</p> |
| <p>Des dentistes ont-ils été démarchés pour intervenir à l'EHPAD ?</p> | <p>Pas vraiment. Pas de démarche officielle par la Directrice. Mais lorsque l'hôpital de N. a ouvert un centre dentaire pour personnes dépendantes, dès connaissance du projet, l'EHPAD y a envoyé des résidents.</p> |
| <p>D'autres projets ont-ils été lancés pour la prise en charge bucco-dentaire ?</p> | <p>Une directrice d'un EHPAD voisin avait monté un projet pour avoir un bucco-bus. Elle voulait y faire travailler des étudiants car pas de chirurgien-dentiste disponible. Le projet n'a pas abouti. Le problème c'est la main d'œuvre.</p> <p>De manière générale « <i>il y a eu des tentatives</i> ».</p> |
| <p>Sur la formation des équipes</p> | <p>La formation est « <i>bénéfique mais continuellement à renouveler</i> ». Permet de mettre en place quelques actions.</p> <p>« <i>Il faudrait quelqu'un qui fasse une évaluation continue des pratiques, mais pas le temps pour cela. Cela devrait être fait par les IDEC normalement mais elles n'ont pas le temps</i> ».</p> <p>« <i>Cela serait plus difficile de faire porter un projet par une équipe soignante</i> ».</p> <p>« <i>Avec un dentiste, le suivi sera fait par les infirmières</i> ». Même fonctionnement que lorsqu'un médecin passe.</p> |
| <p>Sur le projet de consultation dentaire de dépistage prochainement mis en place au sein de l'EHPAD</p> | <p>L'acquisition du matériel n'est pas ce qui pose problème car il y a différents financeurs possibles dont l'ARS même si cela dépend de la santé financière des différents EHPAD.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Le plus problématique c'est le personnel, le dentiste car « <i>les dentistes cela ne les intéresse pas de regarder les dents des personnes âgées, c'est pas le plus intéressant, ça n'attire pas les gens</i> ».</p> <p>« Le dentiste de la commune est volontaire car il connaît personnellement le médecin coordonnateur donc cela facilite les choses »</p> |
| Sur l'importance du réseau pour faciliter les projets | <p>“C'est le « système D », par connaissance”.</p> <p>“Quand les choses nous intéressent, il faut y aller”.</p> <p>Rôle important de la cadre supérieure de santé, dynamique et fiable.</p> <p>Sur la participation aux projets : “<i>Tout seul c'est pas évident mais quand il y a une porte qui s'ouvre faut y aller</i>”.</p> |
| En résumé | <p>“On sait que c'est un sujet qu'il fallait traiter, prendre en compte, on a fait des tentatives. Par la formation, pour une prise de conscience du personnel mais pas suffisant si cela repose uniquement sur le personnel. Puis projet bucco-bus ambitieux mais pas réalisé. Puis par le projet de consultations dentaire couplée à de la formation.”</p> |

Annexe n°2 : Entretien Docteur B., Médecin généraliste, le 13/06/2022, 40 minutes

| Questions | Eléments de réponse |
|--|--|
| Sur la santé bucco-dentaire chez la personne âgée | <p>“<i>La personne âgée n'arrive pas un âge avancé sans un problème dentaire ou rarement. Soit il manque des dents soit les dents sont dans un mauvais état</i>”.</p> <p>“<i>Souvent les soins dentaires sont chers et les personnes se négligent. Ce sont des soins qui passent en deuxième ligne</i>”.</p> <p>Dr B. me cite un exemple d'une résidente qui n'a que des bouts de dents, qui s'en plaint régulièrement et qui se blesse la langue. C'est la fille qui n'a pas les moyens de payer car c'est trop onéreux.</p> <p>“<i>Globalement aucune personne âgée n'a un bon état dentaire</i>”.</p> |
| Quelles conséquences d'une mauvaise hygiène dentaire sur la santé des personnes âgées ? | <p>La mauvaise santé bucco dentaire entraîne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des risques d'infections cardiaques à cause de bactéries présentes dans la bouche et qui peuvent migrer vers le cœur - Une mauvaise mastication et en conséquence des personnes qui |

| | |
|---|---|
| | <p>s'alimentent peu ou pas avec un risque de dénutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des douleurs - Une mauvaise estime de soi du résident : la honte, la gêne. <i>“Le résident ne sourit plus, il ouvre plus la bouche ou ne veut pas ou peut pas s'exprimer”</i> - Perte du lien social <p>De manière générale, <i>“cela augmente le risque de détérioration de l'état général”</i>.</p> |
| Quelles pathologies liées à la vieillesse rendent difficiles le maintien de l'hygiène bucco-dentaire ? | <ul style="list-style-type: none"> - La perte d'autonomie : <i>“ils ne peuvent pas se brosser les dents correctement”</i>. - La fonte osseuse de la mâchoire et le déchaussement des dents dus à l'ostéoporose augmentent les risques d'infections |
| Quel est votre avis sur la prise en charge bucco-dentaire des résidents en EHPAD ? | <p><i>“Avec la perte d'autonomie, c'est compliqué d'organiser une visite chez le dentiste, surtout quand ils sont en fauteuil roulant”</i>.</p> <p><i>“Avant, les dentistes se déplaçaient dans les EHPADs, il y a 10-15 ans. Le Covid n'a pas arrangé les choses, ça se fait plus”</i>. C'est un problème de transporter les personnes âgées dans les cabinets dentaires à cause des multiples pathologies, surtout que généralement, il faut plusieurs rendez-vous chez le dentiste pour des soins.</p> <p><i>“Si les résidents sont sous coagulants, il est compliqué d'enlever des dents, sans compter les problèmes cardiaques”</i>. Il faut adapter le traitement pour tout acte chirurgical.</p> |
| Sur l'organisation des transports | <i>“Un dentiste ne peut pas faire de bon de transport pour lui-même. Le médecin traitant fait le bon de transport, généralement en ambulance”</i> . |
| Quel rôle de la famille ? Est-il important ? | Oui, la famille peut transporter le résident chez le dentiste, <i>“mais pas pour les personnes les plus dépendantes”</i> . Cela est possible pour les personnes les plus autonomes. |
| Quelle relation entre le médecin traitant et le dentiste ? | <p>Un suivi est fait par le compte rendu de rendez-vous. Le médecin traitant fait un courrier d'adressage pour le dentiste et un courrier de compte rendu est ensuite adressé à l'EHPAD par le dentiste.</p> <p>Le dentiste et le médecin traitant prennent rarement contact “en direct” sauf si problème sur un traitement particulier.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>En tant que médecin traitant, quel est votre rôle dans le suivi bucco-dentaire des résidents ?</p> | <p>Le médecin peut prescrire des bains de bouche, prescrire des antibiotiques pour les abcès ou des examens si nécessaires (radio). Il regarde la bouche des résidents. Le médecin traitant est souvent alerté par les soignants si douleurs.</p> |
| <p>Avez-vous des recommandations à faire ?</p> | <p><i>“Un même problème ressort : déplacer les résidents. Tous les soins sont plus compliqués”.</i> <i>“Il faudrait détacher des spécialistes dans les EHPADs pour réaliser des consultations groupées et éviter de déplacer les gens, comme un audioprothésiste qui vient à l’EHPAD”.</i></p> <p><i>“Quand un résident part en consultation, il en a pour une demie journée ; entre la préparation du résident, le transfert en ambulance, l’attente, la consultation en cabinet, ... Quand tu as 95 ans et que tu as du mal à te mettre debout, ça fragilise”.</i> <i>“C’est harassant”.</i></p> <p>Pour le Dr B., la prise en charge est affectée : si le rendez-vous est à 11h, le résident ne mange pas le déjeuner du midi, si c’est le matin, la toilette n’est pas faite. <i>“Sans compter que selon les horaires du rendez-vous, tu loupes le déjeuner”.</i></p> <p><i>“C’est une organisation très lourde de prévoir les consultations à l’extérieur. Il faudrait des équipes mobiles des différents spécialistes”.</i></p> |
| <p>Qu’en est-il du financement ? Connaissez-vous le “100% Santé dentaire” ?</p> <p>Après explication</p> | <p><i>“Non, je ne connais pas. Je connais le 100% santé pour l’audition ou les lunettes”.</i></p> <p><i>“Cela permettrait de débloquer des situations surtout que les personnes âgées sont souvent endettées. Leur faible retraite est absorbée par le coût de l’EHPAD et les enfants paient”.</i> <i>“Tous les soins se rajoutent et beaucoup renoncent aux soins à cause du coût que ça représente”.</i></p> |
| <p>Que pouvez-vous dire sur la prise en charge assurée par les soignants en EHPAD ?</p> | <p><i>“Les soins dentaires sur la personne âgée sont pas évidents à réaliser : ils sont plus longs, ils ouvrent pas la bouche, pas de compréhension chez des patients Alzheimer”.</i></p> |

| | |
|--|---|
| Une formation des soignants serait-elle nécessaire? | <i>“Il faut renforcer la formation car si pas de bonne dentition, ça réduit l’espérance de vie. C’est un cercle vicieux”.</i> |
| Que pensez-vous du suivi en EHPAD par rapport au suivi à domicile notamment ? | <i>“Si on compare avec la prise en charge à domicile, si le patient est isolé, cela est pire qu’en institution”.</i> |
| Pensez-vous qu’une bonne prise en charge est assurée en EHPAD ? | <i>“Non, car on a du mal à déplacer un résident chez le dentiste”.</i> <i>“Il serait intéressant d’organiser des dépistages par un dentiste qui viendrait et ferait le tour des résidents pour prévenir la dégradation de l’état de santé buccodentaire”</i> |
| Avez-vous quelque chose à rajouter ? | <i>“L’état dentaire est souvent le reflet de l’état général du patient”.</i> |

Annexe n°2 bis : Retranscription entretien, Médecin généraliste, le 13/06/2022, 40 minutes

Que pouvez-vous me dire de la santé bucco-dentaire des personnes âgées ?

Les personnes âgées n’arrivent pas à un âge avancé sans problèmes dentaires ou rarement. Soit ils leur manquent des dents, ou les dents sont en mauvais état. C’est souvent le problème du soin dentaire qui est cher donc beaucoup se négligent et ne sont pas soignés. Ce sont des soins qui passent en deuxième ligne en fait, c’est souvent c’est cher.

Moi j’ai l’exemple d’une patiente qui a que des chicots et c’est sa fille qui gère ça et sa fille ne peut pas payer le dentier. Ça lui blesse la langue, et elle s’en plaint régulièrement. Cela fait trois fois que je l’envoie chez le dentiste parce qu’elle a la tête tordue donc ... Mais sa fille a refusé de faire les soins car c’est trop onéreux. Globalement il y a peu de personnes âgées avec un bon état dentaire.

Et quelles sont les conséquences d’une mauvaise hygiène bucco-dentaire ?

Déjà les infections. Une mauvaise digestion. Des douleurs également. Ils ont aussi une mauvaise estime de soi.

Des infections ?

Oui, cela peut donner des infections cardiaques les dents.

Cela peut donner aussi des troubles de la déglutition avec des fausses routes.

Et qu'en est-il des pneumopathies, j'ai pu lire que c'était une conséquence ?

Oui, il peut y avoir des pneumopathies qu'on appelle des pneumopathies d'inhalation. Les pneumopathies d'inhalation ce sont des gens qui avalent de travers, que cela soit de l'eau, un aliment n'importe lequel et ça reste au niveau pulmonaire et ça va déclencher des infections localement. Quand on fait une fausse route, au lieu d'aller dans l'estomac, ça va dans les poumons.

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut aussi avoir des conséquences sur la mastication. Il y a une mauvaise mastication et ça veut dire que les personnes âgées s'alimentent mal ou pas. Elles ne peuvent pas manger.

Donc des douleurs, des infections, ... Les dents peuvent déclencher des infections bactériennes au niveau des valves cardiaques.

Donc une mauvaise mastication, entraine une dénutrition ?

Oui, une dénutrition et une détonation de l'état général.

La détérioration de l'état général est donc la résultante de toute cela ?

Oui.

Il y a autre chose?

Il faut donc adapter l'alimentation.

Pour vous, est-ce qu'il y a des pathologies de la vieillesse qui rendent difficile l'hygiène bucco-dentaire?

Oui, ils ne peuvent pas se brosser les dents facilement. Avec l'âge aussi ...

La vieillesse entraîne aussi une fonte musculaire de la mâchoire avec un déchaussement des dents qui fait que les aliments peuvent rentrer dans l'os avec des infections dentaires, etc. avec des infections pulmonaires par-dessus.

Pourquoi il y a une fonte musculaire ?

On peut observer une fonte de la masse osseuse de la mâchoire. C'est l'ostéoporose, l'os se régénère moins bien avec l'âge.

J'avais lu aussi qu'il y a également la question de la iatrogénie médicamenteuse au-delà de la dépendance de la personne âgée, qui peut entraîner une sécheresse buccale notamment.

Oui.

Il n'existe pas un lien entre diabète et l'état bucco-dentaire?

Le diabète ça n'influence pas forcément sur les dents.

S'agissant de la perte d'autonomie, pensez-vous que cela diminue l'accès aux soins?

Bah c'est compliqué d'organiser une visite chez le dentiste quand tu es sur un fauteuil roulant. Au début il y avait des dentistes qui se déplaçaient dans les EHPAD mais bon... Certains dentistes se déplaçaient dans les EHPAD il y a 10-15 ans, maintenant ils ne veulent plus venir. Le covid n'a pas arrangé les choses.

Cela ne se fait plus donc. Qu'en est-il des transports alors ?

C'est difficile de transporter les patients dans les cabinets dentaires avec toutes leurs pathologies. Les dentistes aussi c'est compliqué pour eux d'avoir quelqu'un en fauteuil roulant.

Le transport se fait en transport médicalisé avec quelques fois des visites répétées. Généralement les soins dentaires ça ne se fait pas en une fois, notamment pour des soins complexes et des patients poly-pathologiques. Et puis bon, soigner les gens avec des problèmes dentaires, s'ils ont des médicaments *coagulant...*

Si les patients sont sous anticoagulant, en quoi ça complexifie la prise en charge ou l'accès aux soins?

Parce qu'en fait soigner des dents qui saignent... Quand on saigne du sang, on ne peut pas arracher des dents... C'est compliqué. A l'EHPAD, il y a un résident qui doit se faire arracher les dents. Le stomatologue a dit qu'il fallait tout arraché mais l'anesthésiste à dit « non, il est sous anti-coagulant, il a des problèmes cardiaques, pas d'anesthésie générale ». Donc il a 4 rendez-vous avec à chaque fois arrêt des médicaments, mise sous piqûres d'anticoagulant à chaque fois et prise de sang pour contrôler.

C'est donc un traitement spécifique pour se faire soigner les dents ?

Pas que pour les dents, mais pour tout acte chirurgical et les dents c'est un acte chirurgical.

Et pour revenir sur les transports, comment sont-ils organisés? Quel coût? J'ai compris qu'un dentiste ne peut pas faire un bon de transport.

Un dentiste ne peut pas faire un bon de transport pour lui-même. Dans les EHPAD, ce sont les médecins traitant qui font les bons de transport, c'est une prescription médicale.

En VSL ou ambulance donc?

En VSL, il faut vraiment que le résident soit en bon état de santé. C'est souvent en ambulance.

Donc généralement cela se fait par ambulance. J'ai aussi vu que la famille accompagnait souvent son proche chez le dentiste.

Oui, ça arrive. Moi j'ai une patiente, c'est sa fille qui l'amène à chaque fois chez le dentiste mais elle marche à peu près.

C'est donc plus les personnes les plus mobiles, les plus autonomes, qui peuvent se faire accompagner par la famille?

Oui, les personnes mobiles c'est la famille.

Et est-ce que en tant que médecin traitant, quel est votre relation avec les dentistes ? Avez-vous souvent des contacts au sujet des résidents suivis en EHPAD ?

Généralement ce sont les infirmières qui prennent les rendez-vous et le dentiste fait un courrier. Un courrier de compte rendu est transmis. Je fais un courrier d'adressage au dentiste et il me répond. C'est une consultation de spécialiste comme une autre.

J'ai un patient en tête, il a plusieurs dents à enlever, donc courrier du stomatologue pour les anesthésistes, rendez-vous à l'hôpital notamment.

Donc le dentiste vous informe en retour ?

Oui, on a un courrier retour d'explication.

Vous ne les appelez jamais ?

En direct c'est rare. Des fois, s'ils ont un problème avec un traitement anticoagulant, ils peuvent dire qu'ils ne préfèrent pas opérer. Ils peuvent voir avec le cardiologue directement aussi...

En tant que médecin traitant, est-ce que vous êtes attentif à l'état bucco-dentaire du résident et prescrivez-vous certains antibiotiques ou examens ?

Oui, on peut traiter directement, faire des bains de bouches, des soins dentaires. Quand il y a un abcès dentaire on peut donner des antibiotiques.

Vous regardez donc la bouche des résidents. Oui.

Vous êtes donc le premier relai en cas de mal de dents d'un résident ?

Oui. On est souvent alerté par les soignants et on réalise un examen. On peut aussi prescrire des panorex.

Vous conseillez quand même de consulter un dentiste ?

Oui, on peut aussi orienter vers les dentistes mais ça reste toujours le même problème de déplacer une personne. Tous les soins sont plus compliqués quoi.

Avant, dans un EHPAD où j'interviens, il y avait un radiologue qui intervenait avec des appareils sur roulettes pour ne pas déplacer les résidents et qui passait des après-midis. Et là, ils en peuvent plus car le radiologue est parti à la retraite et il n'y a plus de radiologue.

Pensez-vous donc de manière générale que le suivi bucco-dentaire est bien fait en EHPAD? Avez-vous des recommandations? Que faudrait-il faire?

Détachez des spécialistes dans les EHPAD pour prendre en charge les résidents directement en EHPAD. Ici, on est sur les dents, donc il faudrait détacher des chirurgiens-dentistes pour réaliser des consultations comme cela est fait pour des audioprothésistes par exemple.

On voit qui a des problèmes comme ça et on évite de faire déplacer les gens. Des consultations groupées en sorte.

Quand on envoie en consultation quelqu'un, il part pour la demi-journée. On les prépare, on les habille, l'ambulancier arrive. Ils font le trajet pour aller jusque chez le spécialiste, ils attendent chez le spécialiste s'ils sont pas en avance, etc. Le temps que les ambulanciers les reprennent en charge et les ramènent,... Je veux dire que c'est impressionnant, ils passent la journée dehors. Quand vous avez 95 ans et que vous tenez à peine debout, cela les fragilise. Il y a aussi la promiscuité avec des risques. C'est harassant.

Par rapport aux repas aussi, suivant les horaires des consultations...Il y a des consultations à 11h, le résident ne va pas manger. Ils sont à table à midi moins le quart. Soit c'est très tôt le matin et la toilette n'est pas faite...

La prise en charge est donc affectée?

Oui, on se retrouve bloqué. Soit ils sautent le goûter, soit le repas du midi. Pour la toilette, si on a rendez-vous à 9h, le résident peut ne pas avoir fini son petit déjeuner, il doit peut-être y aller à jeun.

C'est donc une organisation très lourde.

Oui, c'est lourd de prévoir une consultation. Il faudrait éventuellement des équipes mobiles de spécialistes.

Sur le financement, avez-vous entendu parler du 100% santé dentaire ?

J'ai surtout entendu pour les yeux et les oreilles mais pas pour les dents.

En fait, avec le 100% santé dentaire qui s'est mis en place au 1er janvier 2020, si une personne est assurée, le patient est 100% pris en charge et remboursé des prothèses, couronnes et bridge. Il existe différents paniers où tout est plus ou moins inclus mais le premier panier accessible à 95% des assurés permettrait d'avoir un devis à prix réduit chez le dentiste avec des soins dentaires compris et remboursés dans ce panier. Cela permettrait de faciliter l'accès aux prothèses dentaires notamment, sachant que les personnes âgées ont beaucoup recours aux prothèses, couronnes et bridges.

D'accord. Je vais en parler à l'IDEC alors car il y a une patiente, tous les jeudis elle me demande quand est ce qu'elle va chez le dentiste... mais sa fille a dit qu'elle ne paierait rien. Le dentiste avait fait un devis.

Pensez-vous que le 100% santé dentaire permettrait de débloquer des situations ?

Oui. Déjà souvent en EHPAD les gens n'ont plus d'argent, les familles sont endettées vu le coût de la dépendance. Généralement ils ont une faible retraite qui est absorbé par le coût de l'EHPAD et ce sont les ayants droit qui paient. Donc tous ces soins viennent se rajouter ... et beaucoup renoncent aux soins par rapport aux coûts que cela occasionne.

Sur la prise en charge en EHPAD, que pensez-vous de la prise en charge assurée par les soignants ?

Les soins dentaires sont pas évidents sur des gens qui comprennent pas bien...à leur faire ouvrir la bouche, à leur faire recracher, à nettoyer. Le soin en lui-même n'est pas facile. Les soins en EHPAD sont plus longs. Des fois, il n'y a pas la compréhension chez les patients Alzheimer ou autres.

Vous diriez donc qu'il y a une difficulté au regard du profil des résidents accueillis ?

Oui, c'est ça. Rien que leur dire d'ouvrir la bouche c'est compliqué.

J'ai beaucoup lu qu'il fallait former les aides-soignants à l'hygiène bucco-dentaire. Qu'en pensez-vous?

Il faut renforcer la formation.

Si on pas une bonne dentition, il faut revenir au début. Si on n'a pas un bon état général, ça fait partie de ton espérance de vie. Cela la réduit. Si on n'a pas de bonnes dents, on mange moins bien, on maigrit, risque de chute, etc. On est sur un cercle vicieux.

Pour revenir sur la formation des personnels, que constatez-vous? Avez-vous un retour des soignants? Un avis?

Je ne connais pas la formation des aides-soignantes là-dessus.

D'accord. De manière générale, si l'on compare le suivi des personnes âgées en ville et à l'EHPAD, y a t'il une différence? En EHPAD il y a t'il un meilleur suivi bucco-dentaire? L'entrée en institution a t'il des effets sur le suivi bucco-dentaire?

Tout dépend de l'état de la personne à domicile. Quelqu'un qui vit seul, qui est en mauvais état général et qui n'a personne pour venir la voir, elle ne va pas s'assumer niveau hygiène bucco-dentaire. Si la personne âgée est isolée à domicile, ça sera pire qu'en institution.

Sur la « prestation » que les EHPAD offrent en matière bucco-dentaire, qu'en pensez-vous ? Quel est votre avis sur le suivi bucco-dentaire en EHPAD ? Y t'il une bonne prise en charge?

Non parce qu'on a du mal à déplacer un résident chez un dentiste.

Et comme les dentistes ne viennent pas à eux, cela est compliqué. Avez-vous d'autres commentaires ?

Je pense qu'il serait intéressant d'organiser des dépistages. Des dépistages par un dentiste qui vient faire le tour des résidents comme l'audio-prothésiste qui vient voir s'il y en qui sont sourds.

Les dépistages permettraient de prévenir la dégradation les maladies et infections et la dégradation de l'état de santé.

Tout à l'heure vous avez parlé de l'estime de soi des résidents.

Oui, la honte. Les gens ne sourient pas.

Est-ce qu'ils s'isolent un peu plus aussi?

Oui. Ils n'ouvrent pas la bouche, ils ne vont pas oser s'exprimer, ...

Avez-vous d'autres choses à rajouter sur la prise en charge bucco-dentaire en EHPAD? Y t'il eu une évolution dans la prise en charge en EHPAD?

Il faut dire que l'état dentaire est souvent le reflet de l'état général du patient, même si des gens ont des mauvaises dents depuis la naissance et qu'ils n'y peuvent rien.

Annexe n°3 : Entretien Mme A., Aide-soignante, le 09/06/2022, 40 minutes

| Questions | Éléments de réponse |
|--|---|
| <p>Quelle est l'organisation actuelle pour assurer l'hygiène bucco-dentaire des résidents ?</p> | <p>L'AS assure une aide au brossage de dents des résidents ou le brossage de dents selon les profils des résidents et le nettoyage des prothèses. Les AS assurent également un contrôle de la cavité buccale.</p> <p>La toilette bucco-dentaire est réalisée le matin, après avoir effectué la toilette du corps et habillé le résident et le soir. La personne est installée devant le lavabo. Selon le profil de résident, l'accompagnement proposé par l'aide-soignant est différent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit la personne est autonome : l'AS met le dentifrice sur la brosse à dent, prépare le verre d'eau pour se rincer la bouche. Le résident réalise seul le brossage et recrache mais <i>"il faut leur dire de froter et de recracher"</i>. - Soit la personne est dépendante mais comprend les consignes : l'AS réalise le brossage de dents à l'aide d'une brosse à dent et de dentifrice. - Soit la personne est dépendante et ne comprend pas les consignes : la toilette est réalisée par l'AS à l'aide de bâtonnet et d'eau, ajouté de bicarbonate si prescription. Cette méthode de nettoyage est également utilisée pour les personnes ayant des troubles de déglutition et qui ne savent pas recracher. <p>Pour les résidents avec des prothèses (dentiers), les prothèses sont enlevées le soir, nettoyées par l'AS et mis dans la boîte à dentier. Le matin, un soin de bouche à l'eau est réalisé avec de remettre le dentier.</p> <p>Le midi, des petits soins peuvent être réalisés sur prescription comme des soins de bouche.</p> <p>La traçabilité des actes réalisés est faite dans le dossier de soins informatisé du résident à la sortie de la chambre grâce au chariot mobile équipé d'un ordinateur.</p> |
| <p>Connaissez-vous l'ensemble des résidents et s'ils ont besoin d'aide ? Existence et utilisation du projet</p> | <p><i>"Oui, tout est marqué dans le plan de soins"</i>. Le plan de soins mentionne si le résident porte des appareils.</p> |

| | |
|--|---|
| de soins/accompagnement ? Savez-vous s'ils portent des appareils ? | |
| En cas de gênes / douleurs dentaires, le retranscrivez-vous ? | <i>"Oui, c'est retranscrit sur Cediact (dossier de soins). L'information est aussi donnée aux IDE qui informe le dentiste pour un rendez-vous si nécessaire".</i> |
| Le temps dédié par résident est-il suffisant ? | <i>"Le matin, on a plus de temps. Le soir, moins de temps pour la toilette buccodentaire. Avec le manque de temps, ça peut facilement passer à la trappe".</i> |
| Quel est le matériel utilisé ? Y a t-il des manques ? | Le résident doit disposer d'une trousse de toilette avec dentifrice, brosse à dent, brosse pour nettoyer les prothèses. Les bâtonnets, le bicarbonate et les compresses sont commandés par l'EHPAD. Si une AS remarque qu'il manque quelques choses dans la trousse elle en informe l'IDE pour appeler la famille. |
| Rencontrez-vous des difficultés pour assurer la toilette buccale des résidents ? Si oui, de quel(s) ordre(s) sont-elles ? (Résidents difficiles, manque de temps, de matériels, de formation ?) | <i>"Oui, il y a des résidents qui refusent, qui aiment pas, qui repoussent le bâtonnet".</i> Les AS sont embêtés : <i>"On ne sait pas comment faire"</i> pour assurer l'hygiène buccodentaire. <i>"Si on fait pas, c'est souvent à cause du manque de temps".</i> Assurer les soins de bouche à l'UVP est difficile. <i>"Ils ont encore le geste" mais souvent, le résident va commencer mais ne veut pas recracher</i> . Il existe alors des risques de fausse route. Il faut faire attention aux risques de déglutition. |
| Quels sont vos besoins ? Qu'est ce qui permettrait d'améliorer votre travail ? | <i>"Le temps pour réaliser les bons soins"</i> . L'AS s'interroge sur l'efficacité du brossage si celui-ci n'est pas fait correctement. |
| Pensez-vous qu'une formation supplémentaire est nécessaire ? | <i>"Oui. Une formation devrait être réalisée pour tout le monde"</i> . |
| Pensez-vous que l'hygiène bucco-dentaire est bien assurée pour les résidents ? | <i>"Oui. On fait l'hygiène bucco-dentaire mais pas de suivi buccodentaire par un dentiste. Ça manque d'avoir un dentiste sur place"</i> . Il est rapporté un manque de suivi régulier pour prendre en charge certaines douleurs ou agir vite. Or, si un résident douloureux n'est pas vu rapidement par un dentiste, le résident peut perdre rapidement du poids car il ne mange pas et cela peut avoir un incident sur sa santé. <i>"Mais pour les dentistes c'est pas intéressant de se déplacer et faire des consultations à 23 euros."</i> L'AS rappelle le projet du bucco-bus qui aurait permis à un dentiste de disposer du |

| | |
|---|---|
| | matériel pour assurer des soins. |
| Sur la formation à la santé bucco-dentaire suivie récemment par Mme A. | L'AS estime que la formation lui a été bénéfique et utile. Cela lui a plu. Elle doit en parler en relève pour sensibiliser ses collègues. Elle prévoit également de se rapprocher de l'IDEC pour acheter des pastilles pour nettoyer les prothèses dentaires comme recommandé en formation. Il a été rappelé le lien important entre santé dentaire et nutrition. |

Annexe n°4 : Entretien Mme N. et Mme R, Infirmières, le 22/06/2022, 1 heure

| Questions | Eléments de réponse |
|--|---|
| Quelles sont vos tâches dans le cadre de la prise en charge bucco-dentaire ? | Les IDE assurent " <i>la surveillance de l'état bucco-dentaire</i> " des résidents. Si infection ou douleur ; le médecin traitant est appelé pour avis et un rendez-vous est pris chez le dentiste ni nécessaire. En cas de douleur, une vérification est faite en premier lieu. Une IDE peut donner du doliprane après avis du médecin traitant sauf urgences. Les IDE peuvent aussi être alertés par les AS en cas de douleur. Un rendez-vous peut être pris urgence le cas échéant. Les IDE se chargent également de l'actualisation du plan de soins et des suites du rendez-vous (dispensation des antibiotiques, suivi des rendez-vous à venir, échange avec les familles, ...). Les IDE font le lien avec les familles, expliquent ce qu'il y a à faire. |
| Quelle est l'organisation actuelle pour assurer l'accès aux soins des résidents ? | Soit le résident est suffisamment autonome (s'il marche), il est alors envoyé dans un cabinet dentaire dans un VSL. Un résident autonome peut également être accompagné par sa famille directement. Quelque fois, la famille préfère prendre rendez-vous chez le dentiste à la place des IDE pour accompagner leur proche et se rendre disponible selon leurs disponibilités. Certaines familles préfèrent ainsi accompagner leur proche chez le dentiste "familial". |

| | |
|---|---|
| | <p>Soit, pour les résidents les plus dépendants ou ayant des troubles cognitifs, il est privilégié une ambulance. Les résidents sont envoyés à l'Hôpital de N., centre bucco-dentaire spécialisé où deux professionnels sont présents pour "gérer" les résidents, "ce qui n'est pas le cas dans les cabinets dentaires lambda". Ce centre bucco-dentaire spécialisé dans la prise en charge des personnes dépendantes âgées ou handicapées est mieux équipé.</p> <p>Pour tout rendez-vous, les IDE préparent un dossier de liaison à l'attention du dentiste : une enveloppe comprenant un bon de transport, un courrier, un masque, les papiers du résidents (carte vitale et mutuelle). Un compte rendu du dentiste est retourné avec le résident ou sous 2 Jours généralement.</p> <p>L'une des IDE indique toutefois qu'il faut souvent "leur courir après pour obtenir les compte rendus". Le compte rendu comprend un dessin de toutes les dents avec les soins qu'il y a à faire et les dents qui ont déjà été traitées (récapitulatif). Un devis peut être joints et souvent les prochaines dates de rendez-vous sont planifiées.</p> |
| <p>Connaissez-vous l'ensemble des résidents et s'ils ont besoin d'aide ? Existence et utilisation du projet de soins/accompagnement ? Savez-vous s'ils portent des appareils ?</p> | <p>Les IDE connaissent les résidents et leurs besoins. "Tout est écrit dans le plan de soins".</p> <p>En fonction de s'ils gardent ou pas leurs appareils, les textures des repas vont être modifiées.</p> <p>Suite à des soins dentaires ou si une dent est retirée, les IDE vont faire le lien avec les différents professionnels internes (cuisine, diététicien, ASH, AS) pour modifier leur alimentation (repas mixé froid pendant quelques jours).</p> |
| <p>Quels seraient vos besoins afin d'améliorer le suivi bucco-dentaire des résidents ?</p> | <p>"Le personnel aurait besoin d'une formation. Le personnel a souvent plusieurs interrogations sur la prise en charge".</p> <p>Une IDE évoque le cas d'un résident en fin de vie avec une tumeur : "sur la fin, on ne savait plus comment faire pour le soin. C'est intrusif, faut être doux, faut expliquer. C'est pas évident". "Mais faut être efficace aussi car sinon il peut y avoir des agglomérats de nourriture et peut y avoir des fausses routes".</p> <p>Une des IDE estime que la formation est "indispensable". Elle aimerait d'ailleurs que cette formation soit élargie en incluant les thèmes comme les infections, les troubles de la déglutition, pour cerner tout l'appareil buccal.</p> <p>Il est mentionné une grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire en cours de</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>rédaction avec l'équipe mobile d'hygiène qui pourrait être utilisée lors d'un bilan d'entrée par exemple.</p> <p>Les IDE aimeraient bien <i>“qu'un dentiste de A. (la commune) soit attiré à l'EHPAD et puisse se déplacer notamment pour les personnes dépendantes”</i> comme cela est fait pour les audioprothésiste et l'opticien. <i>“Un professionnel dans la structure ça serait parfait comme ça on saurait qui appeler”</i>. Cela permettrait <i>“une meilleure prise en charge globale, pour un bilan dentaire ou de la bobologie”</i>. Cela permettrait également d'améliorer la communication avec le médecin traitant et les équipes.</p> <p>Les IDE évoquent aussi le besoin d'utiliser des bâtonnets au citron pour nettoyer les dents et la bouche. Les bâtonnets sont beaucoup utilisés en soins palliatifs. Ces bâtonnets seraient plus adaptés (meilleur goût, recouvert d'une sorte de gel).</p> |
| <p>Quelles conséquences des maladies bucco-dentaires sur la santé des résidents ?</p> | <p>Plusieurs conséquences existent : fausses routes (troubles de la déglutition), dénutrition et déshydratation, infections (en cas d'infection sous-jacente, cela peut avoir une incidence cardiaque), douleur.</p> <p>Pour les douleurs, il existe une difficulté de prise en charge des patients avec troubles cognitifs. Il doit y avoir une vigilance. Ils sont moins volontaires pour se brosser les dents, <i>“ils rechignent à se brosser les dents”</i>. <i>“Quelques fois ils ont mal et ont besoin d'une brosse à dent douce même si pas très efficace. Cela permet de garder le geste”</i>.</p> <p>Beaucoup de personnes âgées ont peu de dents.</p> <p>Il faut également faire attention à la morphologie de la mâchoire qui change (et qui se réduit notamment). Il faut faire attention à changer régulièrement les prothèses afin de les réajuster.</p> |
| <p>Quel est le rôle des familles dans la prise en charge ?</p> | <p><i>“On compte sur les familles, très important pour les rendez-vous”</i>. C'est plus problématique si le résident n'a pas de famille ou si la famille ne peut pas y aller même si un compte rendu est fait.</p> |

| | |
|---|---|
| Quel est le rôle du médecin traitant ? | <p><i>“Le premier relai c’est le médecin traitant”. Il connaît les antécédents, notamment si le résident est sous anticoagulant.</i></p> <p>Le médecin peut modifier le traitement en cas d’extraction de dent. Le dentiste appelle les IDE en cas de doute sur le traitement du résident.</p> |
| <p>Quels sont les freins à la prise en charge bucco-dentaire des résidents au sein de l’EHPAD ?</p> <p>Sur la question des freins financiers :</p> <p>Sur l’organisation :</p> | <p><i>“Les délais de rendez-vous. Quand cela n’est pas urgent, les délais de rendez-vous sont longs, presque 2 mois et demi environ. Même pour les urgences, il faut se battre”.</i></p> <p><i>“Il y a déjà peu de dentiste et c’est pas des soins prioritaires notamment pour tout ce qui est bilan, pas disponible”.</i></p> <p>Suite à un devis, le reste à charge pour les familles est souvent très élevé, même après la prise en charge par la mutuelle. Exemple d’un devis de 1200 euros pour des prothèses dentaires refusées par la famille car trop cher. C’est une vraie problématique. <i>“Le prix c’est une horreur”. Cela devrait être tout remboursé, surtout pour les personnes âgées”.</i></p> <p>Pas de problème dans l’organisation. Cela est arrivé que le rendez-vous soit mal organisé et que le résident <i>“parte pour rien”</i>. Pas de problème pour la prise en charge par les ambulanciers.</p> |
| Autre chose à rajouter ? | <p><i>“Ça serait une grande avancée de faire venir les dentistes”.</i></p> |

Annexe n°5 : Entretien Mme T., Diététicienne, le 16/06/2022, 40 minutes

| Questions | Éléments de réponse |
|---|--|
| <p>Réalisez-vous un bilan à l’entrée des nouveaux résidents ? L’état bucco-dentaire des résidents est-il mentionné ?</p> | <p>Un bilan d’entrée est fait par les infirmières. Une toilette évaluative est réalisée et retranscrit dans le dossier de soins du résident. Il est généralement mentionné l’état bucco-dentaire du résident.</p> <p>La diététicienne rencontre le résident en cas de prescription de compléments alimentaires, s’il est constaté une perte de poids avant l’entrée en EHPAD et un</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>faible IMC (indice de masse corporelle). Au cours de leur séjour, il est fait attention à la perte de poids du résident et à leur perte d'appétit.</p> |
| <p>S'agissant de l'EPP dénutrition réalisé et la question sur la mention de l'état bucco-dentaire dans le dossier de soins</p> | <p><i>"Pas facile de retrouver l'information sur l'état bucco-dentaire. Beaucoup de choses à dire mais pas tracées".</i> <i>"L'état bucco-dentaire mériterait d'être mieux surveillé".</i> L'état bucco-dentaire n'est pas retrouvé dans l'onglet "habitudes alimentaires" pourtant consultée par la diététicienne.</p> |
| <p>Sur le recours aux textures modifiées</p> | <p>Les textures des repas sont modifiées en fonction de la capacité masticatoire ou de la déglutition. Un bilan orthophonique est souvent nécessaire pour établir les troubles de la déglutition. D'après les constats de la diététicienne, il est indiqué un peu plus de textures modifiées pour causes de problèmes masticatoires même si des problèmes de déglutition restent surement non identifiés.</p> <p>Un manque de dents ou la douleur peuvent entrainer le passage à des textures modifiées (mixé ou haché). Un résident peut également avoir recours à des textures modifiées après des soins dentaires, de manière temporaire.</p> |
| <p>Y a-t-il un risque de dénutrition pour les résidents qui passent aux repas mixés ?</p> | <p><i>"Non, le mixé est enrichi en cuisine". "Les repas mixés sont plus riches en crème, en beurre, ... Il y a une adaptation de la préparation "normale"".</i></p> <p>Néanmoins, certaines personnes ne supportent pas les mixés. <i>"Ils sont réticents, pas tous, c'est une étape". "Cela joue sur le plaisir gustatif".</i> <i>"Le passage en mixé peut également entrainer une baisse de morale et donc de l'appétit".</i></p> |
| <p>Quelles sont les conséquences de la dénutrition ?</p> | <p>La dénutrition va entrainer plusieurs conséquences sur l'état de santé du résident :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une baisse de la masse musculaire qui augmente les risques de chutes notamment - Une baisse de l'immunité et donc une moindre résistance aux infections - Un allongement du temps de cicatrisation. <p>Un chirurgien fait attention à l'état nutritionnel du résident avant toute intervention.</p> |
| <p>Quelles sont les difficultés aujourd'hui autour de la santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD?</p> | <p><i>"La principale difficulté est de trouver un cabinet dentaire qui peut accueillir des personnes avec des troubles cognitifs".</i> Dans l'autre EHPAD où travaille la diététicienne, il est proposé des consultations</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>dans le CH auquel est rattaché l'EHPAD. <i>“mais ça fait loin, 40 minutes”</i>. On a <i>“besoin d’un bilan bucco-dentaire sur place pour faire un état des lieux car des problèmes passent à la trappe”</i>. <i>“Ça serait un premier pas”</i>.</p> <p><i>“Un autre souci pour la famille est lorsque que les appareils dentaires se cassent et que le devis n’est pas accepté”</i> car trop cher. La famille n’a pas les moyens de financer les dentiers. <i>“C’est déjà arrivé, je peux le comprendre aussi”</i>.</p> <p>Il y a aussi le cas d'une famille qui refuse de refaire le dentier de son parent car le résident mangeait déjà mixé. Or, cela peut jouer sur le confort dentaire.</p> |
| <p>Il y a beaucoup de perte de dentier ?</p> | <p><i>“Oui, c’est un vrai sujet”</i>.</p> <p>Mme T me cite en exemple la situation de Mme R. qui venait de refaire son dentier, qui l’a enlevé et l’a perdu. Cette résidente a des troubles cognitifs. <i>“Elle s’amuse avec, le pose n’importe où et le perd”</i>. En conséquence, le dentier est mal fixé et ça peut être dangereux.</p> <p>Il y a aussi le problème de la patte à fixer du dentier. Les résidents ne veulent pas de fixodent ou le dentier n’est pas bien fixé et ne tient pas. Il y a alors un risque de perte.</p> |
| | <p>La diététicienne me remet un classeur sur la <i>“Nutrition/dénutrition de la personne âgée en EHPAD et en établissements de santé”</i>.</p> <p>Il s’agit d’un guide en faveur de la promotion de l’amélioration des pratiques professionnelles mis en œuvre par la Société française de Gériatrie et Gérontologie avec le soutien de la CNSA.</p> <p>Dans ce classeur, il est indiqué que l’entretien de l’hygiène bucco-dentaire participe à la prévention de la dénutrition.</p> |

Annexe n°6 : Entretien Mme M., Résidente, le 01/07/2022, 25 minutes

| Questions | Éléments de réponse |
|--|--|
| Quel âge avez-vous ? | <i>“J’ai 87 ans. Je suis née le 6 décembre 1935, j’aurai 87 ans en décembre”</i> |
| Comment allez-vous ? Comment vous sentez-vous ? | <i>“Pas tellement bien. Je me sens tremblotante, pas bien dans l’assiette”. “J’ai des problèmes de jambes, j’ai mal aux pieds, c’est affreux”.</i> |
| Comment va votre santé bucco-dentaire? | Mme M. a mal à la bouche, aux dents. Elle s’est faite soigner il n’y a pas longtemps par le dentiste. <i>“J’ai un appareil en haut. Le bas, ça fait longtemps que je le mets plus”. “J’avais que 4 dents, on m’avait mis une sorte de prothèse qui ne s’enlève pas”.</i> Elle rapporte ne mettre que l’appareil du haut (dentier) le matin, vers 11h avant d’aller manger. Elle indique également avoir la bouche pâteuse le matin, avoir les lèvres sèches et “des gencives intérieures qui sont comme “fripées””. Mme B. se lave les dents toute seule <i>“après dîner, le matin, le midi et le soir, trois fois par jours”.</i> |
| Quelle est la/les principale(s) raisons de votre dernière consultation chez le dentiste (la dernière visite) ? Douleur, soins, rendez-vous de contrôle, ... | Mme M. ne se souvient plus de la dernière fois qu’elle a consulté son dentiste mais regarde dans son calendrier pour rechercher la date de son dernier rendez-vous le 25 avril 2022. Elle se souvient y être allé pour la dévitalisation de ces 4 dernières dents car son dentiste ne veut pas les arracher. <i>“J’avais en somme un peu mal”.</i> Elle m’explique que ça permet de faire tenir son appareil, par 2 crochets, 1 de chaque côté et qu’avant ses dents bougeaient. Mme M. précise qu’à cause de ses dents, elle ne peut rien manger de dur : <i>“vous pouvez pas manger de croûte, pas de pomme, pas de carottes râpées, quelque chose qui est dur”.</i> |
| Pensez-vous avoir besoin de voir un dentiste ? Si oui, pour quelle raison ? | <i>“Oh non, suite à la dévitalisation, tant que ça tient on laisse”. “S’il les conserve (ses dents) c’est mieux”.</i> |
| Avez-vous déjà dû renoncer à des soins dentaires pour des raisons financières ? | <i>“Pour le moment ça va, c’est une de mes filles qui s’occupe des papiers”.</i> C’est d’ailleurs sa fille qui l’accompagne en voiture à ses rendez-vous médicaux. Mme M. me précise que sa fille tient un magasin de chaussure et que le lundi elle ne travaille pas, ce qui lui permet de l’accompagner à ses rendez-vous médicaux. |

Impacts sur la qualité de vie. Votre état bucco-dentaire a-t-il des répercussions sur :

- **La nourriture?**
- **Votre participation à des activités?**
- **Cela vous cause-t-il un inconfort?**
- **Repli sur soi ? Appréciez-vous moins la compagnie des autres ?**
- **Inquiétude ?**
- **Ressentez-vous de la gêne, de l'embarras ?**

Mme M. m'indique pendant l'entretien que sa dentition lui empêche de manger certains aliments notamment les aliments durs.

A cause de ses problèmes dentaires, elle mange *“ beaucoup de pommes de terre, de pâtes et de légumes si c'est cuit ”*. Elle rajoute : *“ Je ne peux pas manger de vinaigre parce que ça pique la bouche ”*.

Elle indique concernant son alimentation : *“ Mais tout ce que je mange, j'y trouve pas bon ”*. *“ C'est dommage de ne pas manger car je suis constipée et je fais des infections urinaires ”*.

Concernant la participation aux activités, ça elle rapporte que sa non-participation à des activités n'a rien à voir avec ses dents.

S'agissant de son niveau d'inconfort, elle indique *“ oui, un peu ”*. *“ Ma bouche me gêne quand même. Mes lèvres sont comme endormies, avec des fourmis dans les lèvres, c'est désagréable ”*.

Elle rajoute qu'il n'y a cependant pas grand-chose à faire d'après le dentiste.

Interrogée sur l'inquiétude qu'elle peut ressentir elle indique résignée : *“ Oh oui, mais qu'est-ce que je peux y faire ? ”* Elle précise que sa fille lui rend service pour tous ses frais et que *“ comme ça j'ai pas de soucis ”*.

Mme M. indique quand même que c'est *“ un gros problème ”* les dents. *“ Quelques fois ça ne tient pas. J'avais maigri de 15 kilos, le dentiste a resserré les crochets, j'avais peur que ça ne tienne pas. Quand on maigrit, on maigrit aussi de la bouche ”*.

Annexe n°7 : Questionnaire et réponses - Etude de dossiers de soins

ETUDE DE DOSSIERS DE SOINS INFORMATISES DES RESIDENTS DE L'EHPAD ML

(Étude réalisée les 18, 25 et 31 mai 2022)

QUESTIONNAIRE

1. Profil du résident/niveau de dépendance
2. Les indications sur le statut dentaire du résident sont-elles mentionnées dans le dossier de soins de l'EHPAD à son entrée ?
3. Le plan de soins/accompagnement fait-il mention d'un protocole d'hygiène bucco-dentaire ?
4. Capacité du résident à assurer sa toilette bucco-dentaire (autonomie)
5. Date de la dernière visite chez le dentiste depuis l'entrée en EHPAD ? Si visite, quelle est durée écoulée depuis la dernière visite ?
6. Nombre de visites chez le dentiste depuis entrée à l'EHPAD
7. Le résident dispose-t-il d'un dentiste traitant mentionné dans le dossier de soins ?
8. Le résident présente-t-il des pathologies associées à sa santé bucco-dentaire ?

REPONSES AU QUESTIONNAIRE

| | |
|--|--|
| Résident 1 – Monsieur B (entrée au 09/07/2020) 1. GIR 3 2. Oui (dans l'onglet "Synthèse du projet de soins") et les rendez-vous dentaires sont marqués dans l'onglet RDV par les IDE 3. Non 4. Capacité moyenne (à partir du GIR 4 contrôle à faire) 5. Juin 2021 – moins d'un an (on regarde dans l'onglet transmission) 6. 2 visites depuis l'entrée 7. Oui 8. Non | R2 – Mme J (entrée le 01/02/2022) 1. GIR 3 2. Oui (dans histoire de vie) 3. NC (pas besoin car pas de dent) 4. Moyen, sous surveillance 5. Non – NC concerné car pas de dent 6. NC 7. NC 8. NC |
|--|--|

| | |
|--|---|
| <p>R3 – Mme P (entrée le 03/08/2020)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 1 2. Oui (indication de prothèse - dans l'onglet "Synthèse projet de soins") 3. Oui – brossage des dents (dossier de soins AS) 4. Non 5. Non – Zéro visite depuis entrée 1 an et 3 mois 6. 0 7. Non 8. Non | <p>R4 – Mme G (entrée le 05/09/2019)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 3 2. Oui (indication de prothèse) 3. Oui – nettoyage prothèse dentaire et soins de bouche 4. Capacité moyenne 5. Pas de visite depuis 2019 –NC 6. 0 7. Non 8. Non |
| <p>R5- Mme J (entrée le 26/05/2020)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 2 2. Oui – appareil dentaire à refaire – dernière visite fin 2019 3. Oui – brossage des dents 4. Non 5. Néant malgré indication de le faire à la famille 6. 0 7. Non – en recherche 8. Non | <p>R6- Mme S (entrée le 11/05/2018)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 1 2. Oui – état dentaire médiocre 3. Oui – soins de bouche 4. Non 5. Le 5 mai 2022 (moins d'un mois) 6. 6 visites 7. Oui 8. Non |
| <p>R7 – M. N (entrée le 29/06/2020)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 3 2. Oui – prothèse haut et bas (avec pathologie : perte de poids) 3. Oui – prothèse dentaire + soins de bouche 4. Non (difficulté psychiatrique du résident) 5. Pas de visite depuis entrée 6. 0 visite depuis entrée 7. Non 8. Non | <p>R8 – M. R (entrée le 04/01/2021)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 2 2. Non 3. Oui – prothèse dentaire (morceau d'appareil dentaire) 4. Non – besoin d'aide 5. 25 avril 2022 (date dernière visite) 6. 5 7. Oui 8. Non (statut névrotique) |
| <p>R9 – Mme O (entrée 06/04/2022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 2 2. Oui – appareil dentaire (semi fixe) 3. Non (peut-être pas besoin) | <p>R10 – M. B (entrée le 05/03/2021)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 1 2. Oui, 2 appareils dentaires 3. Oui – brossage des dents (nettoyage du dentier) |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 4. Pas d'autonomie 5. Non 6. 0 7. Non 8. Non | <ul style="list-style-type: none"> 4. Pas d'autonomie 5. Non – pas eu de visite 6. 0 7. Non 8. Non |
| <p>R11 – Mme B (entrée 08/09/2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. GIR 1 2. Non (pas d'indication à l'entrée) 3. Oui – stimulation dent 4. Pas d'autonomie sur la santé dentaire – à stimuler 5. 0 visite depuis entrée en EHPAD – rien dans le dossier 6. 0 7. Non 8. Non | <p>R12 – Mme D (entrée le 09/09/2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. GIR 1 2. Non – attention dossier trop ancien (pas la rubrique) 3. Oui – prothèse dentaire haut et bas 4. Non – pas d'autonomie (on lui nettoie ses prothèses) 5. 0 – pas nécessaire car prothèse adaptée 6. 0 7. Non 8. Non |
| <p>R13 – Mme E (entrée 09/09/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. GIR 2 2. Oui – implants et pivots dentaires 3. Oui – nettoyage prothèse et soins de bouche 4. Autonomie faible 5. Juin 2021 – presque 1 an 6. 3 visites depuis son entrée 7. Oui 8. Non | <p>R14 – Mme G (entrée 20/09/2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. GIR 4 2. Oui, - appareil dentaire amovible 3. Oui 4. Autonomie modérée 5. 15 avril 2022 6. 2 visites depuis entrée 7. Oui 8. Non |
| <p>R15 – Mme G (entrée le 02/07/2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. GIR 3 2. Oui – mention (= pas d'appareil dentaire) 3. Oui – (à vérifier – toilette au lavabo) 4. Moyenne capacité de s'occuper de sa toilette - en fauteuil – 5. 14 décembre 2021 6. 3 visites depuis entrée 7. Oui, mais le nom du dentiste n'est pas indiqué 8. Non | <p>R16 - M. I (18/05/2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. GIR 1 (en UVP) 2. Pas retrouvé dans le dossier de soins informatisé 3. Oui – prothèse dentaire 4. Non 5. 9 août 2021 6. Suivi dentaire correct + d'un RDV par an 7. Oui – nom inscrit 8. Non |

| | |
|--|--|
| <p>R17 – M. M (entrée 23/02/2021)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 5 2. Non indiqué dans le dossier de soins mais prothèse dentaire 3. Oui – suivi, prothèse dentaire, bain de bouche 4. Oui – autonome 5. 0 – pas eu le besoin d’y aller d’après le Dr D. 6. 0 7. 0 8. Non | <p>R18 – Mme M (entrée le 23/02/2022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 4 2. Oui – prothèse en haut et en bas- lors de la VPA, indication de son dernier rendez-vous dentaire (-1an) 3. Non indiqué – parce qu’elle est autonome 4. Oui – autonome. Fait seule sa toilette bucco-dentaire 5. 0 – mais RDV de dentiste préconisé 6. 0 7. 0 8. Non |
| <p>R19 - Mme Z – 87 ans (entrée le 16/05/2022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 5 2. Oui – prothèse dentaire – indication pour un RDV car appareil trop grand 3. Plan de soins pas encore réalisé 4. NC 5. NC 6. NC 7. Non 8. NC | <p>R20- Mme V (entrée le 23/10/2017)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 1 2. Oui – appareil dentaire en haut et en bas 3. Non – pas de prise en charge indiqué pour la toilette buccale 4. Non 5. Aout 2019 6. 4 visites (réparation appareil dentaire chez le dentiste) 7. Oui 8. Non |
| <p>R21- Mme R (entrée le 01/03/2018)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GIR 2 2. Pas indiqué 3. Pas clairement indiqué « supervision toilette lavabo » 4. Faible autonomie 5. Octobre 21 6. 1 seule visite 7. Oui 8. Non | |

Annexe n°8 : Cahier journal de stage

| Date | Contexte | Méthodologie | Principaux enseignements |
|------------------|---|--------------------------|---|
| Le 14/01/2022 | Réunion entre Directeurs/ices d'EHPAD autonomes du département : sujets d'actualité et réflexion sur la création d'un GCSMS | Observation participante | <p>Sur les 4 EHPAD autonomes présents autour de la table :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 EHPAD a mis en place des consultations de dépistage et consultation pour réaliser des soins simples au sein de l'EHPAD grâce à l'installation d'un fauteuil dentaire, un scialytique et d'une valise dentaire portative et l'intervention d'un chirurgien-dentiste libéral • 1 EHPAD envisage de louer la valise portative et le scialytique pour proposer des consultations dentaires • 1 EHPAD ne propose pas de consultation de dépistage bucco-dentaire • 1 EHPAD (EHPAD ML) a un projet de consultation de dépistage dentaire à destination des résidents à leur entrée en établissement |
| Mars 2022 | Echanges avec des collègues de promotion sur les modalités de financement des consultations dentaires en EHPAD | Questionnaire | <p>Collègue de promotion n°1, stage au sein d'un EHPAD partie à un GCSMS : Utilisation de crédits non reconductibles (CNR) pour financer la prise en charge bucco-dentaire dans les EHPAD du GCSMS sur 3 ans. Utilisation de CNR pour achat de consommables, réparation et entretien des prothèses, et dépenses de personnel. Le premier objectif poursuivi était l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire par l'achat de matériel adapté, l'application d'un nouveau protocole ciblé, et la formation des équipes soignantes sur chaque site. En parallèle une unité mobile de détartrage a été acquise.</p> <p>Le deuxième objectif concernait la réhabilitation des appareils existants et nouveaux appareillage pour une partie des résidents (financement de prothèses par le GCSMS).</p> <p>Le troisième objectif consistait à orienter les résidents vers des consultations extérieures quand ils ne pouvaient être soignés au sein des établissements du GCSMS.</p> <p>Collègue de promotion n°2, stage en CH: financement d'actions de prévention par l'EHPAD par le biais d'une dotation globale mais dans le cadre de la négociation</p> |

| | | | |
|-----------------|---|--------------------------|--|
| | | | <p>du CPOM, sachant que le forfait global soins ne couvre pas les soins bucco-dentaires.</p> <p>Collègue de promotion n°3, stage en CH: les consultations dentaires sont directement facturées aux résidents</p> |
| Mars-Avril 2022 | Echanges de mails avec la Directrice de l'EHPAD C., ayant mis en place des consultations au sein de l'EHPAD dont elle assure la chefferie | Observation participante | <p>Réalisation de consultations (dépistages et soins simples) au sein de l'EHPAD grâce à l'intervention d'un dentiste libéral.</p> <p>Le financement de ces consultations dentaire a d'abord été financée par des CNR (la première année) puis facturée aux résidents selon les tarifs de l'assurance maladie.</p> <p>La mise en place de ces consultations a nécessité l'achat de matériel : fauteuil dentaire, lampe, tabouret, et mallette portative de soins.</p> <p>Transmissions de pièces : conventions de partenariat (1 pour le dépistage et 1 pour les soins), brochure commerciale d'un fournisseur sur le matériel dentaire, formulaire de consentement des résidents et familles.</p> |
| Le 10/03/2022 | Prise de contact téléphonique avec le chirurgien-dentiste de la commune pour le projet de consultation | Observation participante | <p>Le dentiste libéral est favorable pour intervenir directement sur les 2 sites de l'EHPAD ML mais craint de n'avoir que peu de temps à consacrer aux résidents de l'EHPAD.</p> <p>Il informe sur la prise en charge difficile des personnes âgées dépendantes.</p> |

| | | | |
|---------------|--|--------------------------|--|
| | de dépistage bucco-dentaire | | |
| Le 04/04/2022 | Réunion avec la Directrice de l'EHPAD ML, la cadre supérieure de santé, le médecin coordonnateur et le chirurgien-dentiste libéral de la commune Présentation du projet de consultation de dépistage bucco-dentaire | Observation participante | <p>Rappel du contexte de l'EHPAD ML:</p> <ul style="list-style-type: none"> • peu de suivi dentaire des résidents à l'EHPAD ML • absence de bilan bucco-dentaire des résidents avant l'entrée en EHPAD <p>Projet: mise en place de consultation de dépistage bucco-dentaire afin d'agir de manière préventive. Freins identifiés par le chirurgien-dentiste à la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • refus, manque d'envie • sensibilisation des familles <p>D'après le chirurgien-dentiste, lien direct entre la santé orale et la dénutrition au regard des difficultés directes pour s'alimenter.</p> |
| Le 20/04/2022 | Réunion de travail avec le médecin coordonnateur pour l'élaboration d'un dossier de subvention | Observation participante | <p>Elaboration d'un dossier de subvention auprès d'un organisme privé afin de financer l'achat des équipements dentaires sur les deux sites.</p> <p>Détails sur les modalités d'accès aux soins dentaires actuelles des résidents de l'EHPAD ML:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prise de rendez-vous par les IDE de l'EHPAD ML auprès d'un cabinet libéral de ville ou au sein du centre dentaire de l'Hôpital intercommunal en commandant un transport si nécessaire (taxi, ambulance, VSL) • rôle des familles pour accompagner et conduire leur proche chez le chirurgien-dentiste • centre dentaire spécialisé de l'Hôpital intercommunal exclusivement dédié à la prise en charge des personnes dépendantes et accessibles aux brancards avec possibilité d'anesthésie et pré-médication • lien avec l'EHPAD: prescription par le dentiste avec suivi par IDE. Si soins réalisés par le dentiste, informations notées dans le dossier de soins et suivi des rendez-vous au retour des résidents |

| | | | |
|----------------|---|--------------------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> hygiène bucco-dentaire: à l'admission, il est précisé si le résident est porteur d'appareils. A l'entrée, une toilette évaluation est faite par l'IDE et les besoins sont inscrits et actualisé dans plan de soins urgence: en cas d'urgence dentaire, il s'agit de trouver un rendez-vous auprès du dentiste traitant, d'un autre dentiste libéral ou du cabinet dentaire de l'Hôpital intercommunal |
| Le 21/04/2022 | Visite de l'EHPAD C. avec la cadre supérieure de santé pour tester les équipements dentaires | Observation participante | Echanges avec la cadre de santé de l'EHPAD C. sur la mise en place des consultations bucco-dentaires. Après usage, le matériel « mobile » acquis par l'EHPAD suffit à réaliser les consultations dentaires de dépistage et des soins simples. |
| Avril-Mai 2022 | Gestion de projet : mise en place des consultations de dépistage bucco-dentaire au sein de l'EHPAD ML | Observation participante | Benchmark réalisé auprès de différents fournisseurs pour se renseigner sur les équipements dentaires disponibles et leurs coûts dans le cadre de la procédure d'achat. Prise de renseignement auprès de l'ARS et autres organismes privés sur la possibilité d'obtenir des financements et rédaction de dossiers de subventions. |

| | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|---|
| <p>Les 18, 25 et 31 mai 2022</p> | <p>Etude sur les dossiers de soins informatisés en collaboration avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD ML</p> | <p>Observation participante</p> | <p>L'étude des dossiers de soins a permis de s'interroger sur la prise en charge bucco-dentaire des résidents de l'EHPAD ML, le suivi et la traçabilité des actes qui est faite.</p> <p>Plusieurs constats ressortent des échanges avec le médecin coordonnateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avant l'entrée en EHPAD, la mention de l'état bucco-dentaire n'est pas indiqué dans le dossier de demande d'admission sur Via Trajectoire. Lors de la VPA, il est demandé de programmer une consultation dans les mois qui suivent et il est renseigné si le résident porte un appareil • considérant que les familles prennent souvent les rendez-vous chez le dentiste, il est conseillé aux familles de prévoir une consultation dentaire tous les ans, le cas échéant, les IDE sont censés s'en charger • absence de système de rappel (alerte) dans le dossier de soins informatisés pour réaliser la consultation annuelle. Un rendez-vous est généralement pris si une dégradation de l'état de santé dentaire de la personne est constatée ou si un évènement bucco-dentaire désagréable se produit • les recommandations du dentiste ne sont pas toujours suivi par les familles: exemple du dossier de Mme J. • si nécessaire, le dentiste ayant vu le résident élabore un compte-rendu qui est intégré dans l'onglet « Correspondances » du dossier de soins du résident • le logiciel de soins n'est pas utilisé correctement ou du moins pas de manière optimale par les soignants. Les informations ne sont pas retrouvées de manière aisée, notamment la programmation des rendez-vous chez le dentiste et les suites (indiqués dans l'onglet « Transmissions ») • beaucoup d'efforts et de conditions à réunir pour organiser un rendez-vous dentaire à l'extérieur de l'EHPAD: accord du résident et/ou de la famille, choix du dentiste et prise de rendez-vous en fonction de la personne qui l'accompagne, bon de transport a fournir par le médecin |
|----------------------------------|--|---------------------------------|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>traitant ou organisation du transport par taxi ou transport personnel par la famille, vigilance sur l'accessibilité du cabinet dentaire, acceptation du devis en cas de soins dentaires élevés ou de prothèses au regard du reste à charge élevé</p> <ul style="list-style-type: none">• le dossier de soins informatisé est complexe à utiliser : les informations ne sont pas évidentes à retrouver pour les IDE et AS, le dossier papier de la VPA n'est pas systématiquement scanné et intégré au dossier de soins• selon les profils des résidents, il n'y a pas besoin de consulter régulièrement un dentiste. Cela est le cas pour les personnes avec un appareil dentaire complet ou sans dent. Cela ne signifie pas qu'une hygiène bucco-dentaire ne soit pas être assurée |
|--|--|--|---|

| | | | |
|------------------|---|--------------------------|--|
| Le 08/06/2022 | Echanges avec l'infirmière coordinatrice de l'EHPAD ML dans le cadre du suivi du projet d'établissement | Observation participante | Informations données sur le travail réalisé avec l'équipe mobile d'hygiène du CH voisin sur l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire. Mise en place d'un protocole de soins et d'une grille simplifiée d'évaluation de l'état bucco-dentaire des résidents. |
| Le 13/06/2022 | Echanges avec des collègues de promotion sur l'accès aux soins des résidents en EHPAD | Questionnaire | <p>Collègue de promotion n°4, stage au sein d'un CH avec activité de gérontologie (lits d'EHPAD et d'USLD): mise en place de consultations dentaires sur site au sein du centre hospitalier. Ces consultations sur sites permettent aux résidents de l'EHPAD de bénéficier d'une proximité directe à un cabinet dentaire, bénéfique pour le résident.</p> <p>Collègue de promotion n°5, stage dans un centre gérontologique avec lits d'EHPAD : intervention d'un dentiste libéral pour réaliser des consultations bucco-dentaires sur site. Projet de développer la téléconsultation avec les chirurgiens-dentistes d'un CH voisin</p> <p>Collègue de promotion n°6, stage réalisé dans un CH avec des établissements médico-sociaux (handicap et personne âgée): aucune organisation mise en place pour proposer des consultations dentaires sur site en faveur des personnes âgées accueillies</p> <p>Collègue de promotion n°7, stage réalisé dans un CH avec EHPAD : projet financé par l'ARS afin d'ouvrir et de mettre à disposition un cabinet dentaire au sein même de l'EHPAD. Partenariat avec un dentiste libéral pour installation d'un cabinet dans les murs de l'EHPAD. Facilite l'accès aux soins des résidents.</p> |
| Le 16/06/2022 | Repas d'été de l'EHPAD ML | Observation directe | <p>Une résidente refuse de manger son repas mixé. Suite à une visite chez le dentiste pour lui retirer des dents, la résidente a un régime alimentaire « mixé » et froid pendant 5 jours.</p> <p>Une fois l'assiette servie elle s'exclame mécontente « <i>Je ne vais pas manger ça</i> » et rejette son repas d'une main. La résidente n'a que très peu mangé lors de</p> |

| | | | |
|------------------|---|---------------|--|
| | | | cette journée n'appréciant pas les différents plats mixés servis. |
| Le 23/06/2022 | Demande de renseignements auprès d'un Directeur adjoint du CH A., délégué de deux EHPAD sur l'accès aux soins dentaires des résidents | Questionnaire | <p>Les chirurgiens-dentistes pourraient se déplacer en EHPAD mais ne le font pas ou c'est très rare car ils sont trop occupés dans leurs cabinets.</p> <p>Si les dentistes se déplacent ne n'est que pour faire du repérage ou des petits soins car ils ne disposent pas du matériel adapté pour de vrais soins.</p> <p>Il n'y a donc peu de dentiste dans les EHPAD à moins de créer un « petit » cabinet dentaire ou de dispose d'un bus aménagé en soutien.</p> <p>Pour les rendez-vous à l'extérieur, il est nécessaire d'accompagner les résidents.</p> <p>Il s'avère que le fauteuil du dentiste n'est pas toujours adapté.</p> <p>Pour les EHPAD du CH A., les coopérations avec les cabinets dentaires n'ont pas été mis en place car les cabinets dentaires ont des escaliers et ne sont pas accessibles aux résidents. Certains résidents s'y rendent toutefois, au coup par coup, en étudiant la faisabilité.</p> <p>A proximité de l'un des EHPAD il y a toutefois un cabinet dans une maison de santé. Une convention ou un projet de coopération était à l'étude mais n'a pas été fait à ce jour. Il s'agit d'un objectif du CPOM.</p> |

BOSCO

Paola

Novembre 2022

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2021-2022

**La prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD,
L'exemple de l'EHPAD ML**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, RENNES

Résumé :

La santé dentaire, bien que primordiale pour le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, fait l'objet d'un suivi et d'une prise en charge insuffisants en EHPAD.

En accord avec les orientations des pouvoirs publics, la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées doit être améliorée, particulièrement au sein des EHPAD si l'on considère que parmi les résidents de ces établissements, 35 à 50 % souffrent de pathologies dentaires et bucco-dentaires et que la majorité présente une hygiène buccale insuffisante et des besoins en soins.

Considérant ainsi les conséquences d'une mauvaise santé orale sur la santé générale d'une personne âgée (dénutrition, douleur, perte d'autonomie, diminution de la vie sociale...), il s'agit de voir comment la direction d'un EHPAD tend à favoriser la prévention et l'accès aux soins des résidents.

Le stage de professionnalisation réalisé au sein de l'EHPAD ML, EHPAD autonome de 160 lits, a permis de s'interroger sur le sujet en menant une enquête de terrain auprès des professionnels. Après avoir vu le rôle et missions des acteurs en matière de santé orale et précisé les différentes modalités d'accès aux soins dentaires, ce mémoire met en relief les multiples freins identifiés en matière de prise en charge bucco-dentaire (freins financiers, organisationnels, et humains).

Face à ces constats, ce mémoire propose différents leviers afin d'améliorer le suivi, et par conséquent la santé bucco-dentaire, des personnes âgées résidant en EHPAD (consultations de dépistage, formation, sensibilisation des usagers et des familles, ...) Garant de la qualité de l'accompagnement proposé aux usagers accueillis, le directeur doit s'engager dans une démarche de projet pour proposer des solutions.

Mots clés :

Personnes âgées dépendantes, EHPAD, prise en charge bucco-dentaire, accès aux soins, hygiène bucco-dentaire, dentiste, consultations de dépistage, formation, référent santé orale

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.