



**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2009 –

**ACCES AUX SOINS BUCCODENTAIRES POUR LES  
RESIDENTS EN EHPAD : UN ENJEU DE SANTE  
PUBLIQUE ?**

– Groupe n° 17 –

- |                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| – BELINGARD-REBIERE Dominique | – LANFRANCHI Pascal |
| – COLLEU Grégoire             | – MENU Aude         |
| – HUET Serge                  | – MONOD Stéphanie   |
| – ISNARD Alain                | – NOVIC Martine     |
| – KILANI Mohamed              |                     |

*Animateur*

**Bruno FAVIER**

---

# Sommaire

---

Introduction	1
<b>PREMIERE PARTIE</b>	<b>2</b>
<i>La nécessaire reconnaissance de la santé buccodentaire des résidents en EHPAD comme un enjeu de santé publique à part entière</i>	<i>2</i>
<b>1. LA RECONNAISSANCE D'UNE THEMATIQUE COMME ENJEU DE SANTE PUBLIQUE</b>	<b>2</b>
<b>2. DES ELEMENTS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS DETERMINENT LE CARACTERE DE SANTE PUBLIQUE DE CE PROBLEME.</b>	<b>3</b>
2.1. Une mesure avérée du mauvais état buccodentaire de la personne âgée	4
2.2. Des impacts documentés sur l'état de santé général ou la qualité de vie	4
<b>3. LES FREINS RELATIFS A L'ACCES AUX SOINS BUCCODENTAIRES DES PERSONNES AGEES</b>	<b>9</b>
3.1. Une sensibilisation de la personne âgée et des professionnels insuffisante	9
3.2. Des freins institutionnels	9
<b>DEUXIEME PARTIE</b>	<b>12</b>
<i>La santé buccodentaire à l'épreuve du terrain : du retour d'expériences à l'identification des facteurs de réussite</i>	<i>12</i>
<b>1. DESCRIPTION DES PROJETS : RICHESSE DE LA PLURALITE DES APPROCHES</b>	<b>12</b>
1.1. L'expérience de l'U.F.S.B.D.	12
1.2. L'expérience de l'EHPAD « Arc-en-ciel » à TULLINS- Isère	13
1.3. L'expérience de la Mutualité de Bourgogne	14
1.4. L'expérience de l'association Alpha-Santé en Moselle	14
1.5. L'expérience du Réseau de santé buccodentaire et handicap-Rhône Alpes	15
1.6. L'expérience du CHU de Bordeaux - Projet régional Aquitain	15
1.7. L'expérience du réseau gérontologique inter établissements du Val d'Oise (Regies-95)	16
<b>2. ANALYSE DES DIFFICULTES ET DES POINTS FORTS : TYPOLOGIE DES DETERMINANTS D'UNE TRAJECTOIRE FAVORABLE</b>	<b>17</b>
2.1. Information, formation	17
2.2. Bilans	18
2.3. Accès aux soins	19
2.4. Intégration dans un réseau	21
2.5. Partenariat, financement et pérennité	21

2.6.	Évaluation	22
2.7.	Communication	23
<b>TROISIEME PARTIE</b>		<b>24</b>
<i>Améliorer, généraliser, pérenniser un dispositif expérimental encore confidentiel</i>		<b>24</b>
1.	La formation	24
2.	Organisation en réseaux	25
3.	Financement :	25
4.	Etudes-évaluation-communication :	26
Conclusion		27
Bibliographie		28
Liste des annexes		I

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous adressons tous nos remerciements à l'ensemble des professionnels avec lesquels nous nous sommes entretenus, pour leur disponibilité et la confiance qu'ils nous ont témoignée : Dr Albertini, M. Boissel, Pr Bonin-Guillaume, Dr Dartevelle, Dr Desfontaines, Mme Gaillard, Dr Giordanella, M. Lambert, Dr Laupie, Dr Lutzler, Mme Monnot, Dr Poisson, M. Renault, Mme Riet.

Nous remercions également le Docteur Bruno Favier, animateur, à l'initiative de cette étude, pour ses réflexions, ses conseils précieux et ses chaleureux encouragements au cours de l'élaboration de ce travail.

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologiques Groupes Iso Ressources Grille
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AS</b>	Aide Soignant
<b>ASH</b>	Agent des Services Hospitaliers
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral
<b>CH</b>	Centre Hospitalier Général
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CLAN</b>	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
<b>CMB</b>	Circonférence Musculaire Brachiale
<b>CNSA</b>	Caisse Nationale de Solidarité pour L'autonomie
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>FCEs</b>	Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HL</b>	Hôpital Local
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IFSI</b>	Institut de Formation en Soins Infirmiers
<b>MSA</b>	Mutualité Sociale Agricole
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>SBDH-RA</b>	Santé Buccodentaire et Handicap – Rhône-Alpes
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers à Domicile
<b>UFSBD</b>	Union Française pour la Santé Buccodentaire
<b>URCAM</b>	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

---

## Méthodologie

---

Dans un premier temps, le sujet a été approfondi à partir de lectures qui ont permis de délimiter un cadre théorique et d'affiner la problématique définie. Le groupe a réalisé des entretiens auprès de professionnels promoteurs ou ayant participé à un projet de prise en charge de personnes âgées en EHPAD. La grille a été élaborée de manière globale (*annexe 1*). Quelques questions complémentaires ont été ciblées pour les intervenants ayant joué un rôle spécifique dans ces projets. Des médecins gériatres qui n'avaient pas été formellement associés à ces expérimentations ont été rencontrés. A la suite des entretiens, il a été élaboré une grille d'analyse à partir des éléments qui semblaient nécessaires à la construction des projets. Le thème de l'étude a alors été exposé de manière globale. Certains entretiens ont été téléphoniques.

Les entretiens ont été réalisés auprès de :

<b>ORGANISME</b>	<b>FONCTION</b>
- UFSBD	- Dr Darteville, Secrétaire Générale, - Dr Desfontaines, Chef de projet évaluation - Dr Laupie, Chef du Service de Géro-odontologie
- Antenne départementale UFSBD	- Chef du groupe de travail
- CPAM Paris	- Dr Giordanella, Directeur de la Prévention
- FCEs	- Mme Gaillard, Directrice de l'EHPAD de Tullins, Isère
- Hôpital Local J.B Cartry – Val d'Oise / Réseau GERIES 95	- Mme Riet, Directrice
- Réseau GERIES 95 (Val d'Oise)	- M. Boissel, Directeur
- Réseau de santé buccodentaire Rhône Alpes	- M. Lambert, Coordinateur
- Centre Gériatologique Départemental, Bouches du Rhône	- Dr Albertini, Praticien hospitalier, Odontologiste
- AP-HM	- Pr Bonin-Guillaume, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
- Centre Hospitalier d'Embrun	- Dr Lutzler, Praticien hospitalier
- CHU Bordeaux, pôle odontologie, santé buccodentaire	- Dr Poisson, Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier
- Mutualité Côte d'Or – Yonne	- Mme Monnot, directrice du pôle personnes âgées
- Association Alpha Santé	- M. Renault, Directeur

## **Introduction**

Les projections en termes de vieillissement de la population Française situent la part des seniors et particulièrement des plus de 65 ans à plus de 29% d'ici 2050. Selon les estimations le nombre de personnes dépendantes devrait augmenter de 50% d'ici 2040, pour atteindre 1,2 millions dont 135 000 à 165 000 cas de démence, de maladie Alzheimer ou apparentée supplémentaires par an. [18]

Face à la proximité de ces échéances, le constat préoccupant de la prévalence de la dépendance dans ces tranches d'âge devrait pousser les pouvoirs publics à se saisir de cette réalité, et ce dans toutes les dimensions de la prise en charge.

Malgré cela, il apparaît que les politiques de santé publique restent aujourd'hui particulièrement lacunaires notamment en matière de santé buccodentaire des populations âgées dépendantes.

La prise de conscience récente de cette problématique par le corps social a cependant conduit à des évolutions qui restent encore relativement confidentielles.

Sur la base d'une approche bibliographique, complétée par une série de rencontres avec des acteurs intervenant à différents niveaux de la prise en charge buccodentaire, le groupe de travail a tenté d'établir - au delà du simple constat et de l'agrégation de données - une analyse des facteurs de crispations, et des éléments à même de favoriser l'émergence d'une politique spécifiquement dédiée à la prise en charge buccodentaire des personnes âgées dépendantes.

Le groupe a ainsi mené ses investigations dans l'optique de dégager les déterminants permettant de s'extraire de l'approche individuelle ayant prévalu jusqu'ici.

Ainsi l'examen des données révélant la nécessaire reconnaissance de la santé buccodentaire des personnes âgées comme un enjeu de santé publique à part entière, fonde l'urgence du passage d'une pratique individuelle vers un questionnement à l'échelle d'une population.

C'est donc à l'aune de ce constat que le groupe de travail a dégagé des pistes de réflexion à même d'initier une politique de santé publique buccodentaire adaptée à la dépendance.

## PREMIERE PARTIE

### **La nécessaire reconnaissance de la santé buccodentaire des résidents en EHPAD comme un enjeu de santé publique à part entière**

La politique de maintien à domicile depuis les années 1990 a permis de retarder l'entrée des personnes âgées en institution. Ces dernières entrent alors en EHPAD plus âgées, avec un niveau de dépendance plus important et présentant des polyopathologies. Ceci impose des stratégies de prise en charge multifactorielles, nécessitant une expertise gériatrique spécialisée.

Pour autant, l'état de santé buccodentaire de la personne âgée reste insuffisamment pris en compte. Les données disponibles, qu'elles soient quantitatives ou faisant état de répercussions sur l'état de santé général et la qualité de vie de la personne âgée, semblent faire apparaître d'elles mêmes un problème de santé publique, porteur d'enjeux financiers tout autant qu'organisationnels. Pourquoi ce qui paraît répondre à la définition d'un problème de santé publique ne devient-il donc pas une véritable priorité de santé publique, financée et coordonnée au niveau national ?

## **1. LA RECONNAISSANCE D'UNE THEMATIQUE COMME ENJEU DE SANTE PUBLIQUE**

Il est frappant de voir qu'il n'existe pas une définition unique de la santé publique. Un certain nombre a néanmoins été validé et fait l'objet d'un consensus académique. Leur diffusion leur a permis d'être véritablement entérinées.

Il est ainsi possible de retenir celle de l'OMS (1952) : la santé publique est « la science et l'art de la prévention des maladies, du prolongement de la vie et de la promotion de la santé d'un groupe ou d'une population grâce aux efforts organisés de la société... ». Elle peut aussi être « considérée comme une institution sociale, une discipline, une pratique », son champ d'action « couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières... ». [21]

Dans une vision plus pragmatique, il s'agit concrètement « *de comprendre et de résoudre les problèmes de santé à l'échelle de la population* » (J-F. MATTEI, 2002).



Mais une simple définition ne suffit pas, il convient en effet d'apprécier l'importance du problème de santé. L'ampleur de celui-ci peut être évaluée au moyen d'un ensemble de données :

- Indicateurs épidémiologiques (mortalité, indicateurs les plus robustes car ils sont exhaustifs et sans ambiguïté : mortalité prématurée (années potentielles de vie perdues) ; morbidité (fréquence des maladies et des événements de santé indésirables),
- Indicateurs synthétiques : années de vie perdues « en bonne santé », évaluation de l'impact d'un déterminant sur la survenue d'un problème de santé,
- Efficacité des actions disponibles,
- Impact économique du problème,
- Expression sociale des valeurs de notre société à un moment donné, conduisant à privilégier un événement de santé ou un groupe populationnel,
- L'écart avec d'autres pays comparables, pouvant suggérer des progrès réalisables.

Dans le sujet qui nous intéresse tous les indicateurs ne sont pas aussi pertinents les uns que les autres, comme celui de la mortalité prématurée s'adressant à des personnes très âgées.

La définition et les critères permettant de caractériser une problématique de santé publique peuvent-ils s'appliquer à la santé buccodentaire des personnes âgées en EHPAD ?

## **2. DES ELEMENTS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS DETERMINENT LE CARACTERE DE SANTE PUBLIQUE DE CE PROBLEME**

Malgré la convergence des données, la documentation épidémiologique incontournable, il existe une difficulté à reconnaître cette problématique comme un réel enjeu, voire une priorité de santé publique. Ainsi, des études nombreuses ont déjà été menées, qui mesurent non seulement l'état buccodentaire dégradé de la personne âgée, mais également qualifient l'incidence sur la qualité de vie et l'état de santé général de la personne âgée. [9, 13, 18, 22, 24, 34, 38, 42, 43, 44]

## **2.1. Une mesure avérée du mauvais état buccodentaire de la personne âgée**

Si au niveau national cette problématique est peu documentée (la dernière enquête menée en 1994 par l'UFSBD, coordonnée par l'OMS), de nombreux travaux ont été réalisés au niveau régional (URCAM particulièrement), voire départemental. En effet, la vague de décès causés par la canicule de l'été 2003 a favorisé la prise de conscience du besoin d'affecter des moyens plus conséquents à la prise en charge des personnes âgées. La nécessité a alors émergé de disposer d'un certain nombre d'indicateurs concernant la santé de cette population, afin d'élaborer les politiques de santé locales adaptées.

Les résultats d'un certain nombre d'entre elles sont repris dans le tableau en *annexe 2*.

L'hétérogénéité des indicateurs utilisés est telle que l'établissement de comparaisons inter-études, de suivi de cohorte (les échantillons étant très variables), les limites de significativité statistique rendent la généralisation des résultats peu pertinente, et la définition de préconisations particulièrement difficile.

Néanmoins, il convient de remarquer, selon les études, que :

- Le déficit de soins bucco dentaires varie de 66% à 80%,
- L'édentation est importante et oscille entre 17% et 38%,
- Le score CAOD<sup>1</sup> (ou DMFT)<sup>2</sup> est compris entre 20,2 et 23,3 dents

Les recherches effectuées sur ce sujet montrent que, malgré des données chiffrées de plus en plus nombreuses, les études restent relativement « confidentielles » car très peu diffusées, nuisant ainsi à la prise de conscience d'un réel besoin d'une politique volontariste en la matière.

## **2.2. Des impacts documentés sur l'état de santé général ou la qualité de vie**

Parmi les facteurs agissant sur la dégradation de la qualité de vie des personnes âgées, l'état sanitaire buccodentaire est demeuré longtemps ignoré, méconnu ou occulté. Il mérite cependant d'être réellement pris en compte, du fait de ses répercussions potentielles ou réelles tant sur le pronostic des pathologies de la personne âgée que sur sa qualité de vie quotidienne. [32, 41, 46]

---

<sup>1</sup> Indice du nombre de dents cariées, absentes ou obturées

<sup>2</sup> Decayed, Missing, and Filled Teeth

En premier lieu, les liens étroits entre l'état de santé buccodentaire d'une personne et d'autres pathologies, qu'il en soit le facteur ou la conséquence, ont particulièrement été mis en évidence.

Ainsi, sont citées et documentées : [29]

<b>Etat de santé buccodentaire et</b>	<b>Lien</b>
Maladies cardio-vasculaires	<p>Les infections bucco dentaires sont le seul facteur, en dehors des risques classiques de maladies coronariennes, qui ait une association indépendante avec la sévérité de l'athérosclérose des coronaires chez l'adulte : ainsi, sur une série de 1147 hommes suivis pendant 16 mois, on a montré que sur les 207 malades qui avaient développé des maladies cardio-vasculaires, 59 étaient décédés de maladies coronariennes et 40 d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Chez ces patients, on a observé que l'état parodontal augmentait le risque de maladie cardio-vasculaire par un facteur de 1,5 à 3.</p>
Infections respiratoires	<p>Une étude sur les patients âgés soignés dans les structures de soins de longue durée a fait apparaître que la plaque dentaire ainsi que les prothèses dentaires pouvaient constituer un réservoir pour les bactéries pathogènes respiratoires.</p> <p>Plusieurs études ont montré qu'une hygiène buccale mécanique quotidienne chez des personnes âgées hospitalisées réduit non seulement la colonisation par les agents pathogènes buccaux mais aussi le taux de pneumonie d'environ 50%.</p> <p>Des corrélations ont été également établies entre le passage dans la circulation sanguine de bactéries liées à ces mêmes pathologies parodontales et l'athérosclérose.</p>

Manifestations cérébrales, septicémie, manifestations oculaires	Les abcès cérébraux, les thromboses faciales et cérébrales (AVC notamment, les maladies parodontales favorisant l'athérosclérose et les évènements thrombo-emboliques), la septicémie et les manifestations oculaires peuvent tous être causés par un mauvais état bucco dentaire.
Diabète	Le diabète influe sur la prévalence de la parodontite : en effet, elle est d'environ 17,3 % chez le diabétique alors que, chez le non diabétique, elle est de 9 % (NHANES III) <sup>3</sup> . Le diabète est donc considéré comme un facteur de risque et non pas seulement un indicateur de risque des maladies parodontales
Pathologies rénales, hépatiques, manifestations cutanées, manifestations articulaires	Une analyse de la littérature conduite dans le cadre de ce travail n'a pas permis de mettre en évidence de manière chiffrée un lien entre les pathologies buccodentaires et les pathologies associées. Toutefois, le lien semble faire consensus.

En second lieu, la médecine gériatrique, devenue spécialité à part entière, porte une attention particulière à certaines pathologies au premier rang desquelles se trouvent la dénutrition, la déshydratation, les escarres ou encore la chute. Toutes ont un étroit lien factoriel, et peuvent entraîner une dégradation rapide de l'état de santé général de la personne âgée, voire son décès.

La mieux repérée, et celle qui est la plus prise en compte, est la dénutrition. [10, 12, 15] Des recommandations ont ainsi été édictées à ce sujet par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui cible clairement l'état de santé buccodentaire. Une étude réalisée sur 266 résidents de plus de 65 ans vivant dans une maison de retraite place comme septième facteur de la dénutrition les « dents manquantes ».[3]

La HAS s'appuie ainsi sur plusieurs études faisant état du lien entre santé buccodentaire et dénutrition, relevant que :

- Le statut dentaire est corrélé aux mesures anthropométriques (échantillon de 130 patients placés en institution, (CMB et masse grasse),

<sup>3</sup> National Health And Nutrition Examination Survey

- Le fait de rapporter des troubles de la mastication, de la déglutition ou des douleurs buccales, dentaires ou gingivales, augmente le risque d'être hospitalisé dans l'année qui suit (échantillon de 386 personnes âgées non hospitalisées),
- 75 % des patients rapportant un mauvais état buccodentaire sont classés à haut risque de dénutrition selon l'échelle établie par la Nutrition Screening Initiative, contre 40 % des patients rapportant un bon état buccodentaire (échantillon de 300 personnes âgées de plus de 50 ans et hospitalisées),
- Les patients déclarant avoir des difficultés à manger à cause de problèmes dentaires ont moins de 12 dents ou un appareillage dentaire mal adapté. Parmi les 78 patients ayant un appareillage total, 21 le considèrent comme inadapté. 55 % d'entre eux ont une perte de poids de 10 % dans les 6 derniers mois, versus 22 % chez les patients dont l'appareillage était adapté (échantillon de 99 personnes âgées hospitalisées en gériatrie),
- 37 % des patients âgés hospitalisés présentent une candidose buccale. Il s'ensuit une dénutrition que l'on objective chez ces patients par une circonférence du mollet plus petite, des apports alimentaires protéino-énergétiques plus faibles et des valeurs plus basses d'albumine. Les carences en zinc et en vitamine C étaient également plus importantes (échantillon de 97 patients âgés hospitalisés).

Par ailleurs, les entretiens menés avec les professionnels médicaux montrent que les conséquences de la santé buccodentaire sur la dénutrition sont repérées. Les projets visant à la prévention et à l'amélioration de la santé buccodentaire s'intègrent souvent dans un projet global relatif à la dénutrition. Ainsi, une santé buccodentaire dégradée affectera l'efficacité masticatoire, d'autant plus amoindrie que le nombre de dents absentes est élevé. Cela provoquera des difficultés de mastication et de déglutition, des douleurs, qu'elles se produisent lors de la prise alimentaire ou indépendamment de celle-ci.[49] Ces manifestations, auxquelles s'ajoutent les conséquences du vieillissement lui-même, affectant notamment le goût et l'odorat, transforment ce moment privilégié et attendu qu'est le repas en une formalité désagréable. Bientôt, celui-ci ne remplit plus qu'une nécessité physiologique, quand il n'est pas refusé. Plus régulièrement encore, les habitudes alimentaires se modifient, penchant vers des aliments mous ou mixés, plus sucrés, des quantités absorbées qui se réduisent, affectant l'équilibre alimentaire. La dénutrition protéino-énergétique, par réduction des apports caloriques et protidiques, entraîne une perte de poids, une augmentation du risque

d'escarres, une fonte musculaire (sarcopénie) responsable d'une diminution du tonus musculaire et de chutes. [11, 16, 27] Tous ces éléments réduisent l'autonomie.

L'état de santé buccodentaire a des incidences importantes sur l'image corporelle de la personne, et par là même sur son état psychologique. En effet, la dégradation de son aspect physique confronte la personne à son déclin et à la perte de ses capacités. L'imaginaire collectif affuble ainsi toujours la vieillesse d'une dentition gâtée.

Moins identifiée, la communication de la personne âgée est elle aussi affectée, que ce soit par l'apparition de troubles de l'articulation ou des projections salivaires.

Ces deux éléments, diminution de la communication et altération de l'image corporelle sont des facteurs de dépression et de perte de lien social.[39]

Ainsi, ce problème de santé est documenté par des indicateurs épidémiologiques qui, malgré un manque de diffusion, démontrent non seulement l'ampleur mais encore les incidences morbides de la mauvaise santé bucco dentaire sur l'état de santé général et la qualité de vie des résidents. Si les gériatres rencontrés dans le cadre de ces investigations sont sensibilisés, cette perception n'est pas partagée par l'ensemble de la société, voire même au sein du corps médical.

Ainsi, la prise en charge buccodentaire en EHPAD est une problématique de santé à l'échelle d'une population de personnes âgées dépendantes, identifiée comme telle, qui devrait faire l'objet d'une prise de conscience des pouvoirs publics et d'une politique dédiée. Pour autant, les freins à la mise en place de ces politiques demeurent nombreux.

### **3. LES FREINS RELATIFS A L'ACCES AUX SOINS BUCCODENTAIRES DES PERSONNES AGEES**

Les restrictions de l'accès aux soins buccodentaires pour les personnes âgées apparaissent nombreuses et souvent interdépendantes. Elles sont liées à une sensibilisation de la personne âgée et des professionnels insuffisante et à des causes institutionnelles.

#### **3.1. Une sensibilisation de la personne âgée et des professionnels insuffisante**

Il est important de mentionner le parcours de vie dans les éléments expliquant le mauvais état buccodentaire des personnes âgées. En effet, les générations actuelles de personnes âgées sont nées à une époque où les préoccupations dentaires étaient largement négligées. Ces personnes n'ont donc majoritairement pas acquis les habitudes d'hygiène et de soins adéquates. A ceci s'ajoute parfois une certaine lassitude des personnes âgées qui négligent dès lors les soins d'hygiène courant. Cet état de fait est illustré dans un mémoire réalisé en 2004 portant sur l'accès aux soins buccodentaires des personnes âgées hébergées en établissement dans le Lot [34] Alors que cette étude montre un état buccodentaire dégradé pour la majorité des résidents, les entretiens avec les résidents révèlent un faible besoin ressenti en soins dentaires : un tiers seulement des sujets exprime des doléances sur son état buccodentaire. Ces résultats illustrent bien les limites des soins à la demande tels qu'ils sont pratiqués aujourd'hui en France.

Par ailleurs, une étude similaire réalisée dans l'Essonne en 2000 montre qu'un résident sur trois avait un besoin en soins buccodentaires à satisfaire, mais seulement 15% des établissements organisaient sur place des vacations de soins dentaires. En outre, il apparaissait dans cette étude que 22% des établissements n'avaient pas de praticiens attirés susceptibles de participer au suivi buccodentaire des résidents [35]

Ces constats montrent le lien entre les difficultés d'accès aux soins et les carences institutionnelles.

#### **3.2. Des freins institutionnels**

Au vu de l'accumulation de données probantes sur le lien entre un mauvais état buccodentaire et un certain nombre de maladies systémiques graves, les soins et services buccodentaires pour les personnes âgées souffrent d'une prise en charge limitée par l'assurance maladie.

En effet, il existe différents obstacles à cette évolution.

Le premier d'entre eux est d'ordre politique. L'Assurance Maladie ne rembourse pas la totalité des soins dentaires et en particulier prothétiques. Cependant, il faut souligner que les maladies buccodentaires représentent un coût financier très important et leur remboursement complet nécessiterait un gros effort financier de la part de l'assurance maladie dans une période de difficultés financières. Dans les forfaits de prise en charge définis par la réforme relative aux modalités de tarification et de financement des EHPAD, les soins buccodentaires ne sont pas prévus (décret 2001-338)<sup>4</sup>. Ceci pose de réelles difficultés, notamment pour le financement des déplacements chez les chirurgiens-dentistes. De même les projets d'établissements, qui décrivent l'organisation et les moyens nécessaires à une prise en charge de qualité, ainsi que les projets de soins individualisés, concernant chacun des résidents, n'envisagent à aucun moment le versant buccodentaire. La loi de santé publique du 9 août 2004 n'évoque d'ailleurs la santé buccodentaire qu'à travers le biais de la dénutrition et non pas comme une pathologie globale ayant de multiples répercussions.

Les outils d'évaluation de la dépendance (Grille AGGIR) et des pathologies (PATHOS) ne prennent pas non plus en compte l'état buccodentaire des personnes évaluées.

Quant à la grille d'évaluation ANGELIQUE, elle évoque de manière succincte dans ses items les soins buccodentaires et la nécessité de faciliter l'accès aux soins buccodentaires.

D'autres facteurs viennent renforcer les difficultés d'accès aux soins et le mauvais état buccodentaire des personnes âgées en établissement. Une étude [46] met en avant différents points : la quasi absence de protocoles au sein des établissements, le peu de motivation et d'implication des équipes de direction. Le manque de temps et la peur de l'agressivité des personnes âgées sont des facteurs invoqués par les personnels soignants pour ne pas effectuer ces soins, vus comme secondaires, voire inutiles. Se rajoute le dégoût exprimé par les soignants à la réalisation des soins buccodentaires [4, 47].

Enfin, un réel manque de formation de l'ensemble des professionnels nuit grandement à l'amélioration significative de la prise en charge des résidents sur cet aspect.

---

<sup>4</sup> Décret no 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes



En effet, dans la formation des infirmières, les soins buccodentaires sont intégrés dans les soins d'hygiène. Néanmoins, les étudiants n'observent pas toujours cette pratique sur le terrain et ne l'intégreront pas systématiquement dans leur pratique professionnelle.

Par ailleurs dans le cursus médical, environ une heure de cours spécifique de dentisterie est dispensée. De plus, l'encadrement administratif des structures de soins n'est absolument pas sensibilisé durant sa formation à ces problématiques. Enfin seules des formations complémentaires de type capacité et diplôme universitaire (DU) sont éventuellement proposées aux professionnels après l'obtention de leur diplôme de médecine.

Pour les gériatres, la formation relative au champ buccodentaire reste réduite et rarement isolée en tant que telle. On observe de plus, et ce pour l'ensemble des professions de santé que l'angle privilégié de sensibilisation reste la nutrition, la santé buccodentaire n'apparaissant que comme une problématique connexe et non pas un angle d'étude spécifique.

Enfin, les spécificités de la personne âgée semblent peu abordées, même si elles commencent à être prises en compte durant le cursus d'odontologie, les réalités de la prise en charge des personnes âgées, qui plus est dépendantes, restent le plus souvent totalement étrangères aux professionnels libéraux. Ils sont dès lors réticents à intervenir au sein des établissements de santé, tout autant parfois que de recevoir cette patientèle.

On note enfin qu'au-delà des insuffisances de formation continue, la prise en compte de la santé buccodentaire reste le plus souvent institution-dépendante, il apparaît donc que c'est bien au trio médecin coordonnateur, cadre de santé, directeur qu'il appartient d'insuffler une dynamique, et un état d'esprit nécessaire à la prise en compte de la santé buccodentaire, en tant qu'élément constitutif de la qualité de vie et de la prise en charge du résident.

Par ailleurs, le manque de structuration des réseaux gérontologiques pour la prise en charge buccodentaire, signe la nécessité de mise en place d'une politique de santé publique spécifique à même d'éviter cette véritable rupture thérapeutique dans la prise en charge globale des populations âgées dépendantes.

## **DEUXIEME PARTIE**

### **La santé buccodentaire à l'épreuve du terrain : du retour d'expériences à l'identification des facteurs de réussite**

La prise de conscience de la problématique buccodentaire chez les personnes âgées en EHPAD peut s'examiner à l'aune du panel d'expériences récentes, à même de conduire à l'identification des facteurs de réussite fondamentaux pouvant être assimilés à des pré requis futurs.

## **1. DESCRIPTION DES PROJETS : RICHESSE DE LA PLURALITE DES APPROCHES**

### **1.1. L'expérience de l'U.F.S.B.D.**

Chaque année une thématique est lancée en rapport avec le colloque annuel organisé par l'U.F.S.B.D.: des projets d'étude, de formation et de communication sont initiés. Suite au colloque de 2002/2003, l'U.F.S.B.D. a souhaité développer son action dans le cadre du « plan Alzheimer ». Elle a mis en œuvre une expérimentation visant à l'amélioration de la santé buccodentaire des personnes âgées dépendantes sous la forme d'un Buccobus et d'une mallette à usage des chirurgiens-dentistes intervenants dans les EHPAD.

#### **➤ Le BUCCOBUS**

Le projet a été mené de 2005 à 2008 et financé par l'Assurance maladie et le Conseil Régional d'Ile de France dans douze EHPAD de la région parisienne. Sur les 1269 résidents concernés, 582 personnes âgées ont accepté de participer à cette expérimentation, soit 55%.

Le projet est composé de trois volets :

- Education/formation du personnel des EHPAD. et des chirurgiens dentistes intéressés par le projet,
- Bilan de l'état de santé général et buccodentaire au démarrage de l'enquête et à un an en utilisant un autobus aménagé en cabinet dentaire,
- Prise en charge par la création d'un réseau de chirurgiens dentistes correspondants et de praticiens libéraux.

Le projet a fait l'objet d'une évaluation par un organisme extérieur selon un protocole finalisé en 2005 par la cellule de suivi et validée par les financeurs.

### ➤ LA MALLETTE

Équipement léger et transportable, elle contient le matériel essentiel pour les soins buccodentaires de première nécessité et de confort, ou de réparation des prothèses.

Mise en place depuis deux ans, cette expérimentation est appelée à s'étendre progressivement dans des projets intégrant la formation du personnel et une mise au point des conditions de son utilisation par les praticiens.

En effet, il existe des malles stockées disponibles auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre des chirurgiens dentistes qui n'ont pratiquement pas été utilisées. Les praticiens sont en attente de modalités simplifiées de gestion, de logistique et d'entretien de cet équipement.

Les EHPAD pourraient à terme disposer de ces malles, par des achats mutualisés pour certains, voire même par anticipation lors du projet de création de l'établissement.

## **1.2. L'expérience de l'EHPAD « Arc-en-ciel » à TULLINS- Isère**

### **(60 résidents et 35 professionnels)**

Cet établissement est géré par la Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité (FCEs) qui regroupe cinq autres maisons de retraite dans le même département.

Début 2008, un partenariat national pour la mise en œuvre d'un projet de santé publique, s'inspirant de l'expérience parisienne, a été initié entre l'U.F.S.B.D. et la FCEs comprenant :

- Un volet de sensibilisation et des formations des différents participants,
- Un volet épidémiologique avec la mise en œuvre d'une enquête ayant pour but de déterminer les besoins en soins buccodentaires des personnes âgées et d'évaluer leurs conditions d'accès aux soins dentaires,
- Un volet de prise en charge pour permettre la réalisation des soins dentaires nécessaires.

Quatre établissements volontaires ont participé à titre expérimental à ce projet. Cette expérimentation, financée par le mécénat de la Fondation, est étendue aux établissements du Nord (13 établissements) en mai 2009, puis le sera au niveau national en 2010 (70 EHPAD et 5 établissements accueillants des personnes handicapées).

### **1.3. L'expérience de la Mutualité de Bourgogne**

Le projet a été initié par la Mutualité de Bourgogne Prévention et Éducation à la Santé (antenne régionale), et piloté par un responsable prévention et la directrice du pôle personnes âgées. Plusieurs chefs d'établissement de la Mutualité ont été demandeurs d'actions pour améliorer l'état de santé buccodentaire des résidents. Ils ont sollicité l'intervention de chirurgiens dentistes au sein de leurs établissements.

Face à la démographie médicale insuffisante et aux enjeux de financement des soins et des transports, la mutualité décide la mise en place d'un projet comportant deux volets :

- La formation des professionnels soignants et médicaux des établissements,
- L'évaluation systématique de l'état buccodentaire et l'amélioration de l'hygiène buccodentaire quotidienne.

L'information-sensibilisation des résidents eux-mêmes et de leur famille est également prise en compte.

### **1.4. L'expérience de l'association Alpha-Santé en Moselle**

Alpha-Santé est une association à vocation de prise en charge hospitalière (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et des personnes âgées. Elle relève d'un statut privé à but non lucratif. Ayant fait le constat d'un niveau satisfaisant de qualité de prise en charge médicale globale, un point à été identifié comme étant à améliorer : le volet buccodentaire, facteur de dénutrition. Les personnes âgées se plaignent de douleurs et sont nourries essentiellement par une alimentation mixée. Compte tenu des difficultés d'organisation, les chirurgiens dentistes libéraux sont peu enclins à prendre en charge ce public.

Le projet de prise en charge des soins buccodentaires a été intégré à la convention tripartite de deuxième génération co-signée par la DDASS, le Conseil Général et l'association. L'objectif était d'obtenir un financement sur la section soins.

Le projet comporte deux phases :

- La réalisation de bilans buccodentaires au sein des établissements,
- La réalisation de soins curatifs suite aux bilans.

La mise en œuvre du projet nécessite :

- L'intervention sur site de chirurgiens dentistes libéraux pour réaliser les bilans et les soins,
- Une convention avec des partenaires ou un réseau.

### **1.5. L'expérience du Réseau de santé buccodentaire et handicap-Rhône Alpes**

L'action est placée sous la responsabilité de deux structures associatives, domiciliées au sein du service d'odontologie du CHS Le Vinatier :

- Association « Santé orale, handicap, dépendance et vulnérabilité » (SOHDEV)
- Réseau SBDH-RA : au départ, structure informelle existant depuis la fin des années 80, promouvant l'accès des personnes handicapées aux soins bucco-dentaires. Elle a été reconnue en qualité de réseau de santé en 2006 et, à ce titre, elle bénéficie depuis lors d'un financement FIQCS / DRDR.<sup>5</sup>

Courant 2008, les deux associations ont lancé l'étude sur la santé orale des personnes âgées dépendantes (ESOPAD). Cette action est conduite en partenariat avec l'association « Accueil, confort pour personnes âgées » (ACPPA), un organisme gestionnaire d'une douzaine d'EHPAD dans le département du Rhône, au sein desquels est mise en œuvre l'opération. Au total, cet ensemble d'établissements accueille environ un millier de personnes âgées dépendantes.

L'action comprend :

- Un volet d'enquête épidémiologique placée sous la responsabilité de SOHDEV, qui se charge également des actions de formation.
- Un volet « soins » géré par le réseau SBDH-RA qui s'appuie sur son expérience en matière de soins buccodentaires aux personnes handicapées en l'adaptant aux personnes âgées dépendantes. Ainsi la procédure graduée de prise en charge comporte quatre niveaux : approche comportementale, prémédication sédatrice, utilisation du protoxyde d'azote et soins sous anesthésie générale dans le cadre d'un partenariat avec une clinique, en privilégiant les deux premiers niveaux dans la prise en charge des personnes âgées.

Le réseau SBDH-RA s'est doté d'une « unité mobile » constituée d'un véhicule poids-lourd équipé d'un cabinet dentaire, ainsi que « d'unités portatives » (mallette mise en place par un praticien dans un local de l'établissement d'accueil équipé d'un point d'eau et d'un fauteuil).

### **1.6. L'expérience du CHU de Bordeaux - Projet régional Aquitain**

Ce projet a été initié à la suite de deux études qui ont montré :

---

<sup>5</sup> FIQCS : Fond d'intervention

DRDR : dotation régionale des réseaux

- Un besoin de formation des professionnels, y compris des médecins coordonnateurs, intervenant en EHPAD pour dépister les signes d'alerte, et les besoins en hygiène buccodentaire,
- Un pourcentage important (70 %) de personnes âgées présentant des besoins buccodentaires et des troubles nutritionnels (CHU de Bordeaux).

L'objectif de ce projet est l'amélioration de la prise en charge buccodentaire et nutritionnelle des personnes âgées en EHPAD. Il se présente sous deux volets :

Un volet prévention avec :

- Formation de professionnels des établissements : formation action pour les IDE, médecins coordonnateurs, directeurs, diététiciens, sous la forme d'une évaluation des pratiques professionnelles et formation des AS et ASH sur leur représentation des repas,
- Formation des chirurgiens dentistes libéraux.

Un volet accès aux soins buccodentaires :

- Avant l'entrée, mise en place d'un bilan odontologique comprenant une radiographie panoramique,
- Dans l'établissement, réalisation d'un bilan odontologique par un chirurgien dentiste chez tout nouvel entrant s'il n'existe pas de bilan préalable,
- Définition du mode de prise en charge selon quatre niveaux (dans l'établissement, en cabinet dentaire, en structure hospitalière intermédiaire, en CHU).

### **1.7. L'expérience du réseau gérontologique inter établissements du Val d'Oise (Régies-95)**

Ce réseau a été conçu dans un objectif de mutualisation de moyens et de compétences, et regroupe en son sein 60 établissements, tous statuts confondus. L'objet du réseau est de promouvoir le bien-être des personnes âgées en établissement, par le biais de l'amélioration des pratiques professionnelles.

A la suite de la mise en place d'un CLAN inter établissements, d'une enquête de l'assurance maladie sur l'état de santé buccodentaire faisant apparaître un taux de personnes édentées de 75%, et de la prise de conscience des acteurs des conséquences esthétiques et sanitaires (dénutrition) de cet état, il a été décidé la mise en place d'un projet pour améliorer ce versant de la prise en charge. Ce projet a donc été défini et mis en œuvre à compter en 2007 pour

quatorze EHPAD et un SSIAD, autour des quatre axes suivants, dont les deux premiers ont déjà été lancés :

- Assurer une aide personnalisée à l'hygiène buccodentaire, par la formation des professionnels,
- Instaurer une évaluation buccodentaire (bilan à l'entrée),
- Organiser une filière de soins permettant un suivi et la délivrance de soins adaptés,
- Organiser des ateliers d'éducation thérapeutique des seniors.

## **2. ANALYSE DES DIFFICULTES ET DES POINTS FORTS : TYPOLOGIE DES DETERMINANTS D'UNE TRAJECTOIRE FAVORABLE**

Ces expériences permettent de dégager les caractéristiques des projets ayant favorisé leur réussite. Sept axes ont ainsi été identifiés, qui sont approfondis ci-dessous :

- L'information et la formation,
- La réalisation systématique d'un bilan buccodentaire,
- Les modalités d'accès aux soins,
- L'intégration du projet dans un réseau,
- Le partenariat, le financement et sa pérennité,
- Les modalités d'évaluation,
- La communication.

### **2.1. Information, formation**

L'ensemble des projets prévoit un volet formation à destination des professionnels soignants : infirmiers et aides-soignants. Les formations auxquelles participent l'UFSBD et le réseau SBDH-RA prévoient la mise à disposition de protocoles de soins (plaquettes laissées après la formation dans les établissements) et de kits de soins buccodentaires, dans le but de favoriser ces gestes dès lors qu'ils sont nécessaires à une meilleure hygiène buccale et à un plus grand confort des résidents.

A Tullins, Paris et dans le Rhône, les formations sont assurées par des chirurgiens dentistes. Les actions sont pluridisciplinaires. Cependant, certaines peuvent être adaptées selon les publics. Ainsi, en Aquitaine, il est prévu de former spécifiquement les AS et les ASH sur leur représentation des repas. De même, les chirurgiens dentistes bénéficient d'une formation

adaptée. Il est à noter également que dix aidants naturels ont reçu une formation dans l'expérience parisienne.

Dans l'Yonne, les formations sont ciblées sur les soignants pour leur permettre de réaliser un bilan buccodentaire, et de poser ensuite l'orientation adéquate et d'effectuer quotidiennement les soins d'hygiène buccodentaire à chaque résident.

A Tullins et à Paris les actions de formation ont eu une conséquence directe sur l'organisation des soins par l'adjonction d'une ligne « soins buccodentaires » au « diagramme de soin » (document de suivi de l'activité soignante concrète). Cette fonctionnalité permet de réaliser une traçabilité de l'activité de soins buccodentaires qui sera évaluée courant septembre 2009. De plus 80% des personnels disent avoir modifié leur comportement suite à la formation.

Une brochure d'information est en outre remise à chaque nouveau résident entrant, à sa destination et à celle de sa famille l'enjoignant à faire pratiquer un bilan buccodentaire.

Dans le Val d'Oise, ce sont des chirurgiens dentistes de la faculté dentaire qui ont assuré la formation des soignants. Suite à l'évaluation du programme, il est prévu de former un « référent » pour quatre établissements. Le référent démultiplie ensuite la formation dans les établissements de manière régulière. Le projet prévoit également une démarche d'éducation thérapeutique des résidents.

En Moselle, cet axe n'a pas été considéré comme prioritaire. Cependant, l'intervention des chirurgiens dentistes a permis la sensibilisation des professionnels.

Les freins à la réussite des formations :

Seulement une moitié du personnel a été formée sur Tullins et Paris. A Tullins, le renouvellement d'une partie importante de l'équipe soignante au cours de l'été 2008 a vraisemblablement contribué à rendre plus difficile la mobilisation sur ce sujet.

## **2.2. Bilans buccodentaires**

Les bilans sont prévus dans l'ensemble des projets. Leur intérêt est d'une part épidémiologique, mais permet surtout d'évaluer les besoins de soins du résident. La stratégie prioritaire est de parvenir à inclure la sphère buccodentaire dans le bilan d'entrée dans l'EHPAD.

Ils sont prévus soit avant l'entrée dans le projet en Aquitaine, soit dès l'entrée en institution. A Tullins, ils ont été conduits par un chirurgien-dentiste de l'UFSBD et une « éducatrice à la santé buccodentaire », auxquels était adjoint un soignant de la structure de manière à les



guider dans le bâtiment, à leur présenter les résidents et à accompagner ces derniers. Une réunion de coordination a eu lieu entre le praticien et le médecin coordonnateur, mais n'a pas abouti à un document formalisé sur l'état buccodentaire des résidents.

A Paris, le bilan a permis d'évaluer les problèmes buccodentaires selon l'indice CAOD. Il a été complété avec les caractéristiques sociodémographiques et médicales de la population reconnue comme très dépendante.

Les chirurgiens dentistes sont responsables de ce bilan, sauf dans l'Yonne et dans le Val d'Oise où il est confié au médecin coordonnateur et au personnel soignant, après formation de ceux-ci. Dans le Rhône, les chirurgiens dentistes du réseau se chargent du bilan pendant l'opération. Il est prévu qu'ils forment également les personnels soignants de manière à ce que ces derniers puissent assurer le dépistage et orienter le résident vers un chirurgien dentiste. En outre, dans l'Yonne, une fiche d'évaluation de l'état de santé buccodentaire est remise avec les documents d'admission au nouveau résident et à sa famille (ou tuteur) afin qu'elle soit complétée par le chirurgien dentiste libéral avant l'entrée.

En Moselle, les résidents exprimant des plaintes bénéficient systématiquement d'un bilan.

Il est à noter que l'implication et la motivation des directions des EHPAD au projet a favorisé le consentement des personnes âgées à la réalisation de ce bilan.

Les freins à la réalisation des bilans :

- L'adhésion des résidents ou de leur entourage au projet est nécessaire.
- La difficulté réside dans le financement de ces bilans. Sur Paris et Tullins, l'accès aux bilans dentaires a été pris en charge par le financement du projet lui-même. La pérennité du financement de ces prises en charge est un réel problème.

### **2.3. Accès aux soins**

La réalisation des bilans a permis à l'UFSBD de déterminer trois niveaux de prise en charge :

- Niveau 1 : personnes ayant besoin d'un suivi de soins,
- Niveau 2 : personnes ayant besoin de soins,
- Niveau 3 : personnes ayant besoin de soins en hospitalisation.

Ceci se traduit par :

- La prise en charge en secteur libéral concerne 30% des résidents, mais une bonne coordination est nécessaire : dossier, déplacement, prise en charge par l'assurance maladie

- La prise en charge ambulatoire : 50% de résidents qui ont un besoin faible de soins, généralement pour retrouver un confort ou réadapter la mastication. La mise en place par exemple du Buccobus a favorisé l'accès aux soins des résidents ayant du mal à se déplacer.
- La prise en charge hospitalière pour 10 à 20% des cas, lorsque la sédation est nécessaire. Il y a alors nécessité d'une coordination plus développée.

Il en est de même en Aquitaine où les soins sont envisagés :

- Dans l'établissement : la proximité est immédiate mais le panier d'actes est réduit (a minima, réparation prothèse, intervention d'obturation coronaire...) en fonction du contexte pathologique et de la polymédication des patients.
- En cabinet dentaire de proximité. Le déplacement ne doit pas excéder trente minutes. Le praticien peut faire l'ensemble des actes, en fonction de l'état général du patient, du nombre de soins et selon les indications,
- En structure hospitalière intermédiaire (CH, HL) : niveau proche du chirurgien dentiste. Le panier des actes est réduit mais il est possible d'accéder à la sédation consciente.
- En CHU : prise en charge par le service odontologique de Bordeaux : avec de nombreux moyens, notamment par rapport à l'anesthésie, utilisation du bloc opératoire.

Dans le Rhône, l'organisation prévoit l'intervention simultanée d'un praticien « junior » au sein de l'EHPAD et au moyen de la mallette, ainsi que celle d'un « senior » en charge des cas les plus complexes appuyé par l'unité mobile. Les patients peuvent être ainsi pris en charge de manière exhaustive.

Les freins à l'accès aux soins sont les suivants :

- Difficulté de prise en charge financière des déplacements en médecine libérale
- Difficulté d'accès à certains cabinets dentaires.
- Difficultés de prise en charge d'un résident sans assistante dentaire
- Difficulté des chirurgiens dentistes à se déplacer en ambulatoire. En effet ils doivent bénéficier d'une dérogation, les soins ambulatoires étant interdits par le code de déontologie. Aucune rémunération spécifique n'est prévue.
- Difficulté de gestion de la mallette qui est à disposition dans les conseils de l'ordre départementaux pour la prise en charge en ambulatoire.
- Difficulté de stationnement du Buccobus dans une zone urbaine.

## **2.4. Intégration dans un réseau**

Il est apparu primordial au cours des entretiens d'appartenir à un réseau buccodentaire, gérontologique ou autres (ex. diabète, nutrition, cancer...). En effet la prise en charge buccodentaire est à relier à d'autres facteurs : vieillissement, diabète, problèmes de nutrition. Cependant l'intégration de toutes ces actions dans un réseau permet une prise en charge globale du résident. Par ailleurs, cela favorise la prévention des co-morbidités en intégrant un bilan buccodentaire dans un bilan de chute, nutritionnel, ou diabétique...

Une cellule de suivi est mise en place sur l'expérience parisienne et dans le Val d'Oise (lié au CLAN départemental).

En Moselle, le projet n'est pas intégré à un réseau. Cependant, une convention a été signée avec le centre hospitalier pour obtenir la mise à disposition d'un chirurgien dentiste.

## **2.5. Partenariat, financement et pérennité**

La recherche de financements se révèle difficile dans l'ensemble des projets. Les partenaires sont multiples. L'obtention de financements pérennes est inexistante sur l'ensemble des projets.

La rémunération des chirurgiens dentistes en ambulatoire et la prise en charge financière des bilans n'entrent pas dans la cotation des actes de l'Assurance maladie.

En Moselle, où l'établissement est en forfait soins global, la DDASS assure le financement à titre expérimental du projet sur la section soins. Elle prend en compte l'intervention sur site du chirurgien dentiste (déplacement) et du personnel nécessaire pour la prise en charge, ainsi que le financement du bilan. La sensibilisation de la DDASS à cette problématique a été un facteur de réussite de la mise en œuvre du projet.

Le Réseau gérontologique inter-établissements et services du Val D'Oise a obtenu le financement de son volet formation par la CNSA, dans le cadre des appels à projets visant aux actions de prévention à destination des personnes âgées résidentes d'EHPAD. Une enveloppe supplémentaire a été dégagée par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

Pour ce qui concerne le Buccobus : à signaler qu'à cette étape, les soins étaient pris en charge par les intéressés avec un remboursement par l'Assurance Maladie selon les critères habituels concernant les actes prévus par la nomenclature. Les actes sont donc différenciés soit dans la nomenclature, soit « hors-nomenclature ».

Pour le projet « mallette », une initiative de prise en charge financière à des conditions nouvelles a été élaborée :

- Elle autorise le cumul des soins pris en charge avec ceux qui ne le sont pas.
- Elle établit deux forfaits de prise en charge à titre exceptionnel :
  - o un forfait exceptionnel de dépistage ou de soins « hors-nomenclature » à titre personnalisé de 50€(pour un rebasage, un détartrage..)
  - o un forfait de 15€ pour des frais de transport du praticien pour effectuer des soins buccodentaires pour une ou plusieurs personnes)
- Elle prévoit une alerte sur des besoins particuliers : une prise en charge de frais exceptionnels et à titre personnalisé est alors faite sur le fonds de l'action sanitaire et sociale de la CPAM.

## **2.6. Évaluation**

Des évaluations sont prévues pour l'ensemble des projets. Des critères sont déterminés pour évaluer :

- L'amélioration de la prise en charge buccodentaire (résidents concernés, bilan initial, indicateurs épidémiologiques et de prise en charge),
- L'impact de la formation sur les pratiques (comparaisons entre groupes bénéficiant de méthodes pédagogiques différentes),
- La mise en œuvre et le fonctionnement du réseau,
- L'aspect médico-économique,
- Le taux de satisfaction des résidents et de leur entourage,
- L'évolution du nombre de résidents en alimentation mixée,
- Le suivi de l'évolution des affections respiratoires dans le cadre d'un travail de recherche.

En fonction de l'avancée des projets l'ensemble des critères n'est pas toujours pris en compte dans l'évaluation. Les indicateurs ne sont pas toujours précisés. L'obtention de financement par le biais des subventions CNSA impose la définition d'indicateurs dès le dépôt de la demande, et oblige à un suivi régulier et transmis de l'action. Dans l'expérience du Val d'Oise (Régies 95), l'évaluation a ainsi été réalisée sur trois niveaux :

- Des bilans : un initial, un autre à six mois et le dernier à douze mois, afin de mesurer l'état de santé buccodentaire après la fin de la formation des soignants,

- Un questionnaire mesurant les connaissances acquises par les soignants suite à leur formation,
- Une enquête de satisfaction en direction des résidents.

Le recueil du taux de satisfaction des résidents n'est pas formalisé de manière systématique dans toutes les expériences.

## **2.7. Communication**

L'objectif de la communication est de pouvoir transposer ces expériences au niveau national. La communication des projets n'est pas toujours organisée de manière formelle. Les résultats sont communiqués lors de colloques et par la presse professionnelle. Elle est également réalisée en interne. Elle est parfois à destination des financeurs.

Deux déterminants ayant favorisé la réussite des expériences ont été identifiés. Cependant, ils peuvent être facteur de fragilité dans la mise en place de ces démarches :

- Un projet extrêmement structuré, incluant clairement les différentes étapes de formation, de bilan, d'accès aux soins, d'évaluation, le tout avec des moyens financiers, bien que souvent non reproductibles, permettant une réelle appropriation par les professionnels de la démarche, et la pérennisation de celle-ci,
- La personnalité engagée et l'extrême motivation du promoteur du projet

L'analyse conduite permet d'identifier les critères qui mènent à l'atteinte de l'objectif, c'est-à-dire une réelle amélioration de l'état de santé bucco dentaire de la personne âgée en EHPAD. Ils doivent être repris pour mener une action réellement construite et soutenue, permettant à cette problématique de devenir une réelle priorité de santé publique, promue et portée par les pouvoirs publics. Ainsi, la dernière partie préconise-t-elle un ensemble de mesures concrètes.

## TROISIEME PARTIE

### **Améliorer, généraliser et pérenniser un dispositif expérimental encore confidentiel**

Au regard de l'analyse d'une part de la situation actuelle de la prise en charge des soins buccodentaires des personnes âgées dépendantes, et d'autre part des expérimentations et initiatives élaborées en vue d'améliorer l'accès aux soins des résidents en EHPAD, un certain nombre de préconisations nous paraissent importantes à dégager, selon quatre axes : formation, organisation en réseaux, financement, études-évaluation-communication.

#### **1. La formation**

**La formation constitue un élément décisif de la prise en considération de la santé buccodentaire et l'amélioration des pratiques par l'ensemble des professionnels du soin.**

Renforcer le cursus de formation initiale et continue des professionnels médicaux et soignants adapté au rôle propre de chacun en matière de santé buccodentaire :

- Médecins gériatres : développer un module spécifique qui approfondisse les interactions entre la santé buccodentaire et les autres pathologies.
- Médecins généralistes : mettre en place une séquence de formation dédiée à la santé buccodentaire.
- Chirurgiens dentistes : intégrer un enseignement relatif aux pathologies et à la prise en charge des personnes âgées dépendantes (notamment démences).
- IDE, AS: renforcer les modules de formation existants en privilégiant une approche pragmatique en lien avec l'apprentissage sur les lieux de stage et ciblée sur l'hygiène buccodentaire.
- Formation continue :
  - o Inclure les soins buccodentaires dans les pratiques soignantes quotidiennes, via une formation adaptée à chaque catégorie professionnelle. Cette formation doit permettre d'améliorer les soins d'hygiène, le dépistage et l'orientation,

- Former les soignants à la démarche d'éducation thérapeutique pour sensibiliser les personnes âgées, l'entourage et les aidants à l'hygiène buccodentaire,
- Inciter à la reconnaissance du caractère prioritaire de la formation à la santé buccodentaire des soignants par l'A.N.F.H. et les autres organismes de financement de formation professionnelle (OPCA)<sup>6</sup>, ce qui conduirait à la gratuité de ces formations pour les établissements adhérents et sensibiliserait les directions.

## **2. Organisation en réseaux**

**Les imperfections de la coordination des acteurs de la filière gériatrique en matière de santé buccodentaire révèlent la nécessité d'une politique de santé publique unifiée, qui prenne en compte ces besoins sous l'angle collectif au delà des nécessités individuelles.**

- Développer les liens entre médecins coordonnateurs et les chirurgiens dentistes, à l'instar des actions menées en direction des médecins généralistes libéraux : travailler ensemble pour coordonner le parcours du résident, élaborer des outils communs (exemple : fiche de liaison type UFSBD- *annexe 3*), formaliser ces modalités de collaboration.
- Encourager fortement les chirurgiens dentistes à s'investir dans les réseaux de santé gérontologiques. Faciliter le recrutement de praticiens salariés ou libéraux vacataires par les EHPAD, ou par les réseaux de santé (mutualisation des ressources, au moyen de tarifications dérogatoires
- Intégrer l'accessibilité à l'offre de soins buccodentaires dans les schémas gérontologiques départementaux.
- Structurer l'accès aux soins à l'échelle d'un territoire selon les trois niveaux de recours (in situ, en cabinet, en structure hospitalière). Le recours aux soins en CHU est conditionné au développement de compétences géronto-odontologiques.

## **3. Financement**

Pierre d'achoppement de la prise en charge buccodentaire, le sous-financement chronique de l'accès aux soins (transport, appareillage) par l'Assurance Maladie est emblématique de la non-reconnaissance des besoins des résidents en EHPAD.

---

<sup>6</sup> Organisme paritaire collecteur agréé (OPCA)

- Prendre en compte pour les chirurgiens dentistes la spécificité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans la cotation des actes,
- Intégrer les soins dentaires dans le périmètre de la dotation soins des EHPAD pour leur permettre de financer l'intervention des chirurgiens dentistes in situ. Cette intégration pourrait se faire en complétant les grilles d'évaluation de la dépendance (AGGIR) et/ou de la charge en soins (PATHOS),
- Permettre la prise en charge des transports des résidents EHPAD / cabinets libéraux et EHPAD / structures hospitalières,
- Assurer le remboursement par l'Assurance Maladie du rebasage des prothèses, et ce, d'autant plus qu'il est moins onéreux que le remplacement d'une prothèse.

A l'heure où les pouvoirs publics réfléchissent à l'éventualité d'un financement assurantiel de la dépendance, l'une des pistes de financement de ces mesures serait la prise en charge de la problématique buccodentaire au titre du « cinquième risque ». Ceci signifierait un basculement des soins buccodentaires du périmètre du soin à celui de la dépendance.

#### **4. Etudes-évaluation-communication**

**Les carences en termes d'études spécifiques et de mise à disposition de données exploitables et d'indicateurs médico-économiques consolidés constituent un handicap dans la définition d'une politique de santé publique adaptée aux besoins de cette population spécifique.**

- Etudes épidémiologiques :
  - Proposer une batterie d'indicateurs, partagés et pertinents, en vue d'établir un recueil de données normalisées, permettant d'établir des comparaisons et d'initier une politique de santé publique,
  - Assurer une diffusion plus large des études, y compris locales, et les rendre accessibles (site du ministère, revues spécialisées, Base de Données de Santé Publique...).
- Evaluer les programmes mis en œuvre, afin de permettre leur amélioration, en vue d'une éventuelle généralisation : définir des indicateurs de moyens et de résultats, et prévoir une communication large.
- Valoriser les démarches entreprises au sein des établissements au moyen des évaluations institutionnelles (certification, évaluation interne et externe des établissements médico sociaux).



## **Conclusion**

Le mauvais état buccodentaire issu des obstacles majeurs rencontrés par les résidents des EHPAD pour accéder aux soins, constitue bien un réel enjeu de santé publique. Toutefois les pouvoirs publics semblent ignorer ce problème “à bas bruit” qui reste peu documenté, et de fait, il n’existe pas de politique nationale concertée visant à apporter une réponse adaptée. Pour autant des acteurs de terrain se sont mobilisés face à l’évidence des besoins et aux exigences des prises en charge induites par la polypathologie et la dépendance. Malgré cela, les initiatives individuelles reposant souvent sur la motivation particulièrement forte de leurs promoteurs, restent systématiquement confinées à la sphère locale ; de surcroît leur pérennité n’est pas assurée.

Ainsi ce bilan des diverses expériences locales, réalisé de manière à en extraire les déterminants, est à même d’alimenter une politique globale en faveur de l’accès aux soins buccodentaires des personnes âgées dépendantes. A cet égard, les actions relatives à la formation des professionnels et à l’éducation thérapeutique des patients pourraient se révéler déterminantes. Parallèlement, la reconnaissance par les pouvoirs publics des soins buccodentaires au titre du cinquième risque, favoriserait certainement la transition d’expériences isolées vers une politique mise en œuvre à l’échelle d’une population.

---

## Bibliographie

---

1. **Anonyme**: Etude qualitative des réticences des soignants à effectuer les soins d'hygiène buccodentaires chez les personnes âgées.  
Etude IDAS 2: Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie (ORIG)
2. **Anonyme**: L'hygiène bucco-dento-prothétique chez le sujet âgé.  
Ressource documentaire RESCLIN Champagne Ardennes.  
<http://www.resclin.fr/documentation/http> - 2009-01-05
3. **Anonyme**: Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles.  
HAS, avril 2007.
4. **Antoun J.S., Adsett L.A., Goldsmith SM, Thomson WM.** : The oral health of older people: general dental practitioners' beliefs and treatment experience.  
Spec Care Dentist. 2008 Jan-Feb;28(1):2-7.
5. **Baker S.R., Pearson N.K., Robinson P.G.** : Testing the applicability of a conceptual model of oral health in housebound edentulous older people.  
Community Dent Oral Epidemiol. 2008 Jun;36(3):237-48.
6. **Bernard M.F.**: Projet clinique en soins infirmiers: réhabilitation des soins de bouche. Objectifs soins 2003/04
7. **Borreani E., Wright D, Scambler S, Gallagher JE.** : Minimising barriers to dental care in older people.  
BMC Oral Health. 2008 Mar 26;8:7.
8. **Caillo M.** (chef de projet): Etat buccodentaire et besoins en soins.  
Les dossiers de l'URCAM n° 23, Association des MSA de Basse Normandie, de Bretagne et des Pays de Loire, décembre 2004.
9. **Christolhomme M.**: Un sujet négligé, la santé buccodentaire des personnes âgées.  
Gérontologie, 138, 2<sup>e</sup> trimestre 2006.
10. **Chen C.C., Bai YY, Huang GH, Tang S.T.** : Revisiting the concept of malnutrition in older people.  
J Clin Nurs. 2007 Nov;16(11):2015-26. Epub 2007 Apr 5.
11. **Cognaud-Petit A., Gaubert M. L., Barré J., Hommet C., Constant T., Beauchet O., Berrut G.**: Facteurs de risque de chute chez le sujet âgé: quelle prévalence en court séjour gériatrique  
Revue de gériatrie, 33, (4), juin 2008
12. **De Marchi R. J., Hugo F. N., Hilgert J. B., Padilha D. M.** : Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people.  
Nutrition. 2008 Jun;24(6):546-53.
13. **De Visschere L. M., Grooten L., Theuniers G., Vanobbergen J. N.** : Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions--a cross-sectional study.  
Gerodontology. 2006 Dec;23(4):195-204.
14. **De Visschere L. M., Vanobbergen J. N.**: Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach.  
Gerodontology. 2006 Sep;23(3):170-6.

15. **Dormenval V., Budtz-Jørgensen E., Mojon P., Bruyère A., Rapin C. H.** : Associations between malnutrition, poor general health and oral dryness in hospitalized elderly patients.  
Age Ageing. 1998 Mar;27(2):123-8.
16. **Edwards B. J., Migliorati C. A.** : Osteoporosis and its implications for dental patients.  
J Am Dent Assoc. 2008 May;139(5):545-52; quiz 625-6.
17. **Favier B., Hescot.P. et Jeandel C.,**: interrogés par Claire Hédon, journaliste. Janvier 2008: Santé publique, handicap et vieillissement. Diagonales - N°7- Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité.  
www.fces.fr
18. **Farozi A. M., Laupie J., Hescot P.**: Enquête épidémiologique transversale sur 509 résidents de 8 établissements, par questionnaire sur habitudes dentaires et examen endobuccal  
Revue de gériatrie, 33, (3), avril 2008.
19. **Folliguet M., Bodineau A., Veille Finet A., Tavernier J. C.**: Toilette buccale et prévention: un duo indissociable  
Revue gériatrie, 32, (9) décembre 2007
20. **Gooch B. F., Malvitz D. M., Griffin S. O., Maas W. R.** : Promoting the oral health of older adults through the chronic disease model: CDC's perspective on what we still need to know.  
J Dent Educ. 2005 Sep;69(9):1058-63.
21. **Grimaud O.**: Introduction à la santé publique.  
Cours de l'EHESP- Rennes, 2008.
22. **Harford J.** : Population ageing and dental care.  
Community Dent Oral Epidemiol. 2009 Apr;37(2):97-103.
23. **Hausen H.** : Oral health promotion reduces plaque and gingival bleeding in the short term.  
Evid Based Dent. 2005;6(2):31.
24. **Hescot P.**: La santé des personnes âgées: état des lieux et perspectives. Les enseignements à en tirer dans le domaine de la santé buccodentaire.  
Colloque National de Santé Publique Jeudi 14 octobre 2004. Hôpital Européen Georges Pompidou - Paris. Organisé par l'UFSBD, membre collaborateur OMS.
25. **Holm-Pedersen P., Vigild M., Nitschke I., Berkey D.B.** : Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany.  
J Dent Educ. 2005 Sep;69(9):987-97.
26. **Kelsey J.L., Lamster I. B.** : Influence of musculoskeletal conditions on oral health among older adults.  
Am J Public Health. 2008 Jul;98(7):1177-83.
27. **Kiyak H. A., Reichmuth M.** : Barriers to and enablers of older adults' use of dental services.  
J Dent Educ. 2005 Sep;69(9):975-86.
28. **Laupie J.**: Personnes âgées dépendantes et santé buccodentaire.  
Actes du Congrès de l'Association Dentaire Française, Palais des Congrès PARIS, novembre 2008
29. **Laupie M.**: Conséquences de l'état de santé buccodentaire sur la santé des personnes.  
Thèse d'exercice, Faculté d'Odontologie de Nice, France, 2004.

30. **Lavigne S. E.** : L'état de la santé buccodentaire dans les résidences pour personnes âgées: une question de santé publique ?  
JADC Décembre 2008/Janvier 2009, Vol. 74, No 10
31. **Locker D., Gibson B.**: Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations.  
Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Aug;33(4):280-8.
32. **MacEntee M. I.** : Quality of life as an indicator of oral health in older people.  
J Am Dent Assoc. 2007 Sep;138 Suppl:47S-52S. Erratum in: J Am Dent Assoc. 2008 Mar;139(3):252-3.
33. **Madléna M., Faragó R., Lukács P.** : Various aspects of dental prevention in the elderly  
Fogorv Sz. 2007 Dec;100(6):289-93.
34. **Madléna M., Hermann P., Jáhn M., Fejérdy P.** : Caries prevalence and tooth loss in Hungarian adult population: results of a national survey.  
BMC Public Health. 2008 Oct 21;8:364.
35. **Martinasso A.**: Evaluation de l'état de santé buccodentaire et de l'accès aux soins des personnes âgées hébergées en nétablissement dans le Lot.  
Mémoire pour le Diplôme Universitaire d'Evaluation de la Qualité en Médecine - 25 juin 2004.
36. **Niessen L. C., Fedele D. J.** : Older adults--implications for private dental practitioners.  
J Calif Dent Assoc. 2005 Sep;33(9):695-703.
37. **Padilha D. M., Hugo F. N., Hilgert J. B., Dal Moro R. G.** : Hand function and oral hygiene in older institutionalized Brazilians.  
J Am Geriatr Soc. 2007 Sep;55(9):1333-8.
38. **Petersen P. E., Yamamoto T.**: Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme.  
Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Apr;33(2):81-92.
39. **Pouyssegur V.**: Les conséquences psychologiques de la mauvaise santé buccodentaire chez la personne âgée.  
Colloque National de Santé Publique Jeudi 14 octobre 2004. Hôpital Européen Georges Pompidou - Paris. Organisé par l'UFSBD, membre collaborateur OMS.
40. **Preston A. J., Kearns A., Barber MW, Gosney MA.** : The knowledge of healthcare professionals regarding elderly persons' oral care.  
Br Dent J. 2006 Sep 9;201(5):293-5; 289
41. **Scully C., Ettinger R.L.**:The influence of systemic diseases on oral health care in older adults.  
J Am Dent Assoc. 2007 Sep;138 Suppl:7S-14S.
42. **Stewart R., Hirani V.** : Dental health and cognitive impairment in an English national survey population.  
J Am Geriatr Soc. 2007 Sep;55(9):1410-4.
43. **Tamisier J., Benedetti N., Sallou J.P., Descamps C. Peter C.**: Etat de santé bucco dentaire des résidents en établissement pour personnes âgées en Bretagne.  
Revue gériatrie, 32, (9), décembre 2007.
44. **Tramini P, Montal S, Valcarcel J.**: Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients.  
Gerodontology. 2007 Dec;24(4):196-203.
45. **Tsakos G., Steele J. G., Marcenes W., Walls A. W., Sheiham A.** : Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a

- national sample of British older people.  
Eur J Oral Sci. 2006 Oct;114(5):391-5.
46. **Turner M. D., Ship J. A.** : Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people.  
J Am Dent Assoc. 2007 Sep;138 Suppl:15S-20S.
47. **Vanobbergen N.** :“Factors contributing to the variation in oral hygiene practices and facilities in long-term care institutions for the elderly.  
Community Dental Health, 2005, P 260-265.
48. **Waldman H. B., Perlman S. P.** : Another perspective on individuals with disabilities: an editorial.  
Spec Care Dentist. 2008 May-Jun;28(3):81-4.
49. **Zeng X., Sheiham A., Tsakos G.** : Relationship between clinical dental status and eating difficulty in an old Chinese population.  
J Oral Rehabil. 2008 Jan;35(1):37-44.

---

## Liste des annexes

---

1- Grille d'entretien	II
2- Tableau comparatif de l'estimation de l'état de santé ou du besoin de soin bucco-dentaire des personnes âgées	IV
3- Fiche de liaison UFSBD	V

## GRILLE D'ENTRETIEN

Introduction du travail conduit : contexte et finalité.

Demande d'accord d'enregistrement de la conversation, si prévu.

Demande d'autorisation de citation dans un document mis en ligne sur le site Internet de l'EHESP (accessibilité au grand public).

A priori	Question globale à poser	Réponses apportées
	Approche du projet tel que nous l'avons appréhendé (rapide descriptif).	
<p>Facteurs déclenchants :            Besoin réellement identifié et quantifié (étude) ?            Comment ?            Par qui ?            Etudes nationales ou locales / constats terrain / initiative individuelle ? bibliographiques ?</p> <p>Inscription avec projets nationaux (Loi de santé publique) ?</p> <p>Promoteurs et partenaires (statut juridique)            Inscription de l'action dans une problématique plus large ? laquelle ? Lien avec les démarches qualité (évaluation interne EHPAD type Angélique)            Liens avec le projet de soins individualisé ?</p>	Qu'est-ce qui a motivé ce(s) projet(s) ? quels ont été les objectifs poursuivis ?	
<p>Moyens mis en place            En lien avec la problématique repérée :            Pourquoi ce choix de solution ? quelles contraintes de départ ? quelles « justifications » ?</p> <p>Utilisation d'un équipement : description (+lien avec objectif poursuivi) / conventions avec partenaires (notamment ambulances pour transport / autres organisations)</p> <p>Relais en interne :            formation des professionnels (par qui ? comment ? plan de formation intégrant cette problématique de manière pluriannuelle ?)            procédures écrites ?            référent interne et qui ?</p>	Comment ? quelles ont été les modalités de mise en œuvre du projet	

<p>Liens avec le projet de soins individualisé ? recueil de données à admission + réévaluation ? lien avec le projet institutionnel (PE ? projet de vie de l'établissement ? convention tripartite ?)</p> <p>Périmètre action :</p> <p>Géographique / public ciblé (recrutement patients-résidents, notamment niveaux de dépendance) / acteurs (professionnels intervenant) / statut public ou privé des établissements concernés</p>		
<p>Financement :</p> <p>Modes de financement</p> <p>Fléchage des financements (crédits attribués spécifiquement à telle partie de l'action ? contraignant ?)</p> <p>Liens avec tutelle et élus, rôle CNSA (projet déposé auprès d'elle ou non, réponse), fondations ?</p> <p>Inscription de l'action dans la durée ou non (lié également au financement) ? au départ ? en cours de projet ? encore en cours ?</p>	<p>Quelles sont les modalités de financement aux différentes étapes du projet (durée) ?</p>	
<p>« Evaluation » du projet – ressenti personnel :</p> <p>Facteurs favorisants</p> <p>Freins et limites</p> <p>Réajustements en cours de projet (à toutes les étapes du projet : « montage », mise en œuvre, 1<sup>ère</sup> réévaluation et suivantes</p> <p>Modalités d'évaluation – formelle et objectivée (chiffres) : prévue ? réalisée ? si oui, Comment ? conclusions ?</p> <p>Transposabilité ? si oui, à quelles conditions ? si non, pourquoi (quels manques ?) inter établissements – interpopulation ? communication sur ce projet ?</p>	<p>Avez-vous réalisé une évaluation du projet ? (ressenti personnel / chiffrée / transposabilité)</p>	



Tableau comparatif de l'estimation de l'état de santé ou du besoin de soins buccodentaire des personnes âgées

Auteur ou Réf	Echantillon	Prévalence Edentation		Caries						Stomatite					Xérostomie	PréCancer / cancer	Observations					
		complète	partielle	Prévalence	DMFT index	D	M	F	D/F	gingivite	parodontite	plaque	tartre	blessures ulères								
De Visschere 2006	359 personnes dans 19 EHPAD Flandre Moy: 84,9 ans	47%	17%									index moyen dents: 2,17 index moyen prothèse: 2,13										
Peterson et coll ( OMS) 2005	synthèse d'études dans 30 pays (65-74 ans)	6-78%			20,2					11-67% Mycoses - allergies	5 -70% index score=4			4-26%	30%							
Madlèna et coll 2008	4606 personnes dont classe 65 -74 ans	25,9 (2000) 19,8 (2004)	>21 dents 13 (2000) 22,6 (2004)		21,9	1,03	18,9	0,96	2,12													
	>75	38,7 (2004)	>21 dents 9,7 (2004)		21,9	1,04	19,97	0,89														
Farozi et coll. 2007	509 personnes 8 EHPAD volontaires 85,9 +/- 8,4 ans	26,70%	18,10%	58%			10,29	1,2		44,20%		56,80%	54,60%		36,90%		Questionnaire + examen dentaire					
ICS2 (UFSBD/OMS) 1995	classe 65 -74 ans	17%			23,3	1,1	17															
Martinasso 2004				Besoins de soins conservateurs						Besoins de prothèses												
	108 personnes en EHPAD Lot	34%	>20 dents 42% sans prothèse	40% de sujets à dents cariées						53% nécessitent une extraction					63% nécessitent des prothèses (52% sans appareillage et 11% nécessitent un renouvellement)							Questionnaire + examen dentaire: objectif d'estimation des besoins de soins
	Comparaison avec étude dans l'Essonne	34%	>15 dents 40% sans prothèse	33% de sujets à dents cariées						39% nécessitent une extraction					27% nécessitent des prothèses							
CAILLO MSA44 2004	1225 personnes classe 64 -84 ans			35% de sujets nécessitent des soins conservateurs						72,6% nécessitent des soins parodontaux 18% nécessitent des soins chirurgicaux					63% nécessitent un détartrage 90,5% nécessitent des soins de prothèses							

# Fiche de liaison UFSBD

19/05/2009 15:08

0476078657

ARC EN CIEL TULLINS

PAGE 02/04

Etablissement : .....

Service : .....

Nom : .....

Prénom : .....

N° de sécurité sociale :

## DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Date d'admission dans l'établissement :

J J M M A A

Date de naissance :

J J M M A A A A

Sexe :

Masculin  Féminin

## DONNÉES MÉDICALES

Autonomie :

Autonomie gériatrique  Coder de 1 à 6 selon la grille AGGIR

Pathologies :

Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Infection intercurrente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ATCD AVC	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Autres pathologies : .....

.....

.....

.....

Type d'alimentation :  Normale  Mou ou mixée  Liquide ou par sonde gastrique

V