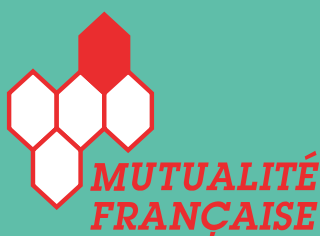


ACTES DU COLLOQUE

PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE
FACTEUR DE SANTÉ
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP

la vie à pleines dents, longtemps

VENDREDI 4 DECEMBRE 2009
CENTRE EUROPEEN DES SCIENCES DU GOÛT
DIJON



BOURGOGNE

SÉANCE PLÉNIÈRE

9h00 : Accueil

9h30 : OUVERTURE DE LA JOURNÉE

Monique AUGÉ, Présidente de la Mutualité Française Bourgogne.

Françoise TENENBAUM, Adjointe au Maire de DIJON, déléguée à la Santé et à la Solidarité.

9h45 : Introduction : "ENJEUX DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE"

Michelle DANGE, Présidente de l'Union Nationale Mutualiste Personnes Agées Personnes Handicapées.

10h-10h30

"IMPACT DU PROGRAMME SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES ACCUEILLIES EN SERVICES MUTUALISTES : LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET DES PERSONNES ÂGÉES"

Frédérique CHATELAIN, Assistante d'études et Tony FOGLIA, Chargé d'études, Economiste de la Santé de l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne.

10h30-11h

"UN MAUVAIS ÉTAT BUCCO-DENTAIRE : UNE DES PREMIÈRES CAUSE DE DÉNUTRITION DE LA PERSONNE ÂGÉE"

Docteur Michel DUCLOS, Médecin gériatre CHI Châtillon-sur-Seine/Montbard (Côte-d'Or).

ATELIERS THÉMATIQUES

11h-12h45

ATELIER 1

LA TOILETTE BUCCO-DENTO-PROTHÉTIQUE : La prévention génère des soins. Approche systémique"

Echanges à partir de 3 témoignages

Christine BOCCARD : Directrice EHPAD Châtillon sur Seine

Management des équipes, rôle des soignants, sécurisation de la personne aidée, acceptation de la toilette, bénéfice du confort, dédramatisation de la visite chez le dentiste, place des familles.

Gaby JACQUEMIN : Formatrice cadre de santé IFSI Dijon

Place du bucco-dentaire dans les contenus de formation initiale, le parcours d'un étudiant durant les 3 années de formation : le lien entre la théorie et la pratique, transversalité du thème, promesse du nouveau diplôme.

Docteur Marie HAUBOIS : Chirurgien Dentiste Conseil MSA

Nécessité de la prévention bucco-dentaire à tous les âges de la vie, les bénéfices d'une toilette quotidienne, la prévention meilleure alliée du vieillissement et des coûts.

Expert : Docteur COEURLOT, Chirurgien Dentiste, CHU Reims

Animatrice : Nicole BOUKHEROUFA, Responsable de projets Dijon

Rapporteur : Martine BOCHATON, Responsable de projets Nevers

ATELIER 2

L'ODONTOLOGIE : UNE BOUCHE EN ÉTAT : Pour manger, communiquer, préserver son image quel que soit son âge

Echanges à partir de 3 témoignages

Docteur Michel DUCLOS : Gériatre Centre Hospitalier de Chalon/Saône et Natacha MONNOT : Directrice Pôle Personnes Agées, Mutualité Française Côte d'Or-Yonne.

Etat de santé global corrélé à l'état de santé bucco-dentaire : la bouche comme le reflet de la santé ; infections pulmonaires, cardiopathies, dysfonctions immunitaires.

Docteur Marie-Pierre MAILLEFERT, Chirurgien Dentiste et Docteur Jean Michel BROTHIER, Chirurgien Dentiste Union Française de la Santé bucco-dentaire Bourgogne.

Les aspects psychologiques liés à une mauvaise santé bucco-dentaire : symbolique de la bouche, troubles de l'élocution, image de soi, perte de l'estime de soi, approche spécifique du patient âgé.

Michel MARTIN, Président de la Mutualité Française Côte d'Or-Yonne et Président de la Mutuelle Releya.

Le rôle de l'Assurance Maladie dans la réponse aux besoins de santé : offre et prise en charge pour cette population dans le contexte actuel. Rôle important des complémentaires santé dans le domaine bucco-dentaire.

La prévention, dépasser les intentions... retour sur investissement pour les générations futures.

Expert : Docteur Marcel LEGAT, Président de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes de Bourgogne

Animateur : Guillaume GARDIN, Directeur de la Mutualité Française Bourgogne

Rapporteur : Henri MAZUÉ, Président MGEN section Côte-d'Or

12h45 : Pause – buffet

14h : Reprise des travaux en séance plénière

14-15h : Restitution des ateliers par les rapporteurs, débat, perspectives, axe d'améliorations.

15h-15h40

LA SANTÉ ORALE CHEZ LES JEUNES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP : RÉALITÉS ET EXIGENCES D'UN SERVICE D'ODONTOLOGIE" par les Docteurs BENOIT et ANDERSON, CHU de Dijon Service Odontologie.

15h40-16h15

L'IMPACT DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DANS LA DÉPENDANCE : POINTS COMMUNS ET SPÉCIFICITÉS ENTRE GÉRIATRIE ET JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP par la Professeuse Martine HENNEQUIN, Faculté de Chirurgie Dentaire Clermont-Ferrand.

16h15 : CLÔTURE DE LA JOURNÉE

Etiennne CANIARD Membre du Collège de la Haute Autorité de Santé.

PAGINATION À ACTUALISER APRÈS RELECTURE

P. 4

Introduction de l'animateur

P. 5 à 8

Ouverture de la journée

Monique AUGÉ, *Présidente Mutualité Française Bourgogne*

Françoise TENENBAUM, *Adjointe au Maire de Dijon et déléguée à la Santé et à la Solidarité*

P. 9 à 10

Introduction "Enjeux de la santé bucco-dentaire"

Michelle DANGE, *Présidente de l'Union Nationale Mutualiste Personne Agées Personnes Handicapées*

P. 11 à 16

"Impact du programme sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées accueillies en services mutualistes : le point de vue des professionnels et des personnes âgées".

Frédérique CHATELAIN, *Assistante d'études*

Tony FÓGLIA, *Chargé d'études, Economiste de la Santé de l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne*

P. 17 à 19

Débat

P. 20 à 27

"Un mauvais état bucco-dentaire : une des premières causes de dénutrition de la personne âgée"

Michel DUCLOS, *Médecin gériatre CHI Châtillon-sur-Seine/Montbard (Côte-d'Or)*.

P. 28

Débat

P. 29 à 35

Atelier 1 : "La toilette bucco-dento-prothétique : la prévention génère des soins. Approche systémique"

Martine BOCHATON, *Responsable de projet Nevers*.

P. 35

Débat

P. 36 à 39

Atelier 2 : "L'odontologie : Une bouche en état : Pour manger, communiquer, préserver son image quel que soit son âge"

Henri MAZUE, *Président MGEN section Côte-d'Or*

P. 40

Débat

P. 41 à 43

"La santé orale chez les jeunes patients en situation de handicap : réalités et exigences d'un service d'odontologie"

Docteurs BENOIT et ANDERSON *du CHU de Dijon Service Odontologie*

P. 44 à 45

Débat

P. 46 à 55

"L'impact de la santé bucco-dentaire dans la dépendance : Points communs et spécificités entre gériatrie et jeunes en situation de handicap"

Professeur Martine HENNEQUIN *de la Faculté de Clermont Ferrand*

P. 56

Débat

P. 57 à 61

Clôture de la journée

Etienne CANIARD, *Membre du Collège de la Haute Autorité de Santé*

Animateur

COLLOQUE

PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE

FACTEUR DE SANTÉ

CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



la vie à pleines dents, longtemps

9 h 30 • OUVERTURE DE LA JOURNÉE

Introduction : par l'animateur

Merci infiniment à vous tous d'être venus aussi nombreux à cette invitation.

Mon introduction sera courte. Ce colloque est consacré à l'état de la bouche et à toutes ses conséquences sur la santé. Ce n'est donc pas tout à fait par hasard que nous nous trouvons au Centre Européen des Sciences du Goût. Pour situer cette journée, en 2006 la Mutualité Française Bourgogne a lancé une grande campagne de prévention sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées, aujourd'hui elle poursuit et amplifie l'opération, en s'appuyant sur les Unions Départementales de la Mutualité. Qui dit prévention, dit évaluation. Cette évaluation a donc eu lieu et un compte rendu en sera donné dans la matinée.

C'est pour la Mutualité l'occasion de faire le point sur la réflexion de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées et de commencer ou de continuer à amorcer un mouvement sur le même thème mais auprès des personnes handicapées. Nous allons donc balayer tout cela au cours de cette journée.

Devant moi, l'assemblée, qui réunit des professionnels du soin dentaire, de la prise en charge des personnes âgées et des représentants des institutions publiques, est très pluridisciplinaire comme l'exige le thème de la santé bucco-dentaire. Merci encore à vous tous pour votre présence.

Je m'arrête pour passer immédiatement la parole à Monique AUGÉ, Présidente de la Mutualité Française Bourgogne qui va ouvrir cette journée.



Monique AUGÉ, Présidente de la Mutualité Française Bourgogne depuis mars 2003 et Administratrice de la FNME.

Mesdames, Messieurs,

Au nom de la Mutualité Française Bourgogne, j'ai le plaisir de vous accueillir à ce colloque sur la prévention bucco-dentaire, facteur de santé, chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Différentes études, différents plans nationaux et régionaux de santé publique ont mis en évidence dans les années 2000 la problématique de la santé bucco-dentaire des personnes âgées mais aussi plus récemment des problèmes d'hygiène des personnes en situation de handicap.

La Mutualité Française Bourgogne, à travers son service régional de prévention et promotion de la santé, mais aussi la Mutualité Française Côte d'Or – Yonne, à travers ses maisons de retraite et ses services d'accompagnement à domicile, la Mutualité Française Nièvre et Saône et Loire, à travers leurs services d'accompagnement des personnes âgées, ont mis en œuvre depuis 2006 un programme visant à améliorer le suivi bucco-dentaire des personnes âgées en proposant une dynamique de suivi des toilettes au quotidien en prolongement des dispositifs de prévention et de soins.

La mise en œuvre de ce programme spécifique au bénéfice des personnes âgées, accompagnée par des services mutualistes, mais aussi, depuis 2009, par des établissements non mutualistes comme dans la Nièvre, nous a enseigné notamment à développer des partenariats techniques inscrits dans la durée avec des acteurs professionnels du champ de la santé, de la santé publique, et du champ médico-social.

Il s'agit de professionnels libéraux ou exerçant dans des structures salariées, des EHPAD, du cuisinier au médecin coordonnateur en passant par l'aide-soignante et le directeur, des services d'aide à domicile, de l'Assurance maladie, des Conseils Généraux, des familles et des mutuelles.

Tous ces acteurs sont représentés aujourd'hui puisque nous comptons 157 participants issus de différents milieux professionnels et milieux institutionnels et issus des différents territoires de la région Bourgogne. Cette journée d'échanges poursuit deux objectifs :

- de permettre la réflexion et la concertation sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées et des personnes en situation de handicap*
- de mutualiser les expériences (leviers et obstacles) dans le domaine de la prévention, du soin, de la formation.*

Cette journée est donc placée sous le signe de la réflexion, de l'échange et de l'ouverture autour de la prévention et du soin pour les populations qui ont un besoin de santé, mais aussi un engagement social.

Cette journée fera l'objet d'une transcription des informations et des échanges pour donner lieu à des actes adressés aux participants et aux personnes excusées ou que nous n'avons pas pu recevoir faute de places, soit environ 300 acteurs institutionnels.

Avant de laisser la parole à Françoise TENENBAUM, représentant le Maire de Dijon, je veux remercier les partenaires financiers et techniques de ce programme depuis 2006 : la fondation Paul Bennetot, le Groupement Régional de Santé Publique, l'Assurance maladie et la direction régionale du service médical, les Unions mutualistes gestionnaires d'établissement et de services et leurs équipes (Mutualité Française Côte-d'Or – Yonne, 1050 salariés concernés, et Mutualité Française Saône et Loire, 400 salariés concernés et Mutualité Française Nièvre, 150 salariés), le Conseil Général de Côte-d'Or, le Conseil régional de l'Ordre des Dentistes, l'Union Française pour la santé bucco-dentaire, l'Union Nationale Mutualiste Personnes Agées Personnes Handicapées, la Haute Autorité de Santé, le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, la Mutualité Sociale Agricole, l'Observatoire Régional de Santé et bien entendu l'ensemble des mutuelles que nous représentons.

Enfin, je souhaite très chaleureusement remercier les intervenants de cette journée, Madame le Professeur HENNEQUIN, le Docteur DUCLOS, le Docteur ANDERSON et son équipe, l'équipe de l'Observatoire Régional de Santé, l'équipe technique du service prévention de la Mutualité Française Bourgogne.



Françoise TENENBAUM, Adjointe au Maire de Dijon depuis 2008, Déléguée à la santé et à la solidarité, Vice-présidente du Conseil régional en charge de la santé et des établissements de soins.

Je souhaite remercier Madame la Présidente de la MFB, Madame la Présidente de l'Union Nationale Mutualiste Personnes Agées Personnes Handicapées, Monsieur le Président de la Mutualité Française Côte d'Or – Yonne, Madame le Professeur HENNEQUIN, Monsieur CANIARD, Monsieur FOGLIA, Mesdames et Messieurs.

Je suis heureuse d'être auprès de vous pour cette ouverture de journée. Malheureusement, je suis appelée à rejoindre la mairie de Dijon pour dix heures. Je ne pourrai donc pas rester. J'ai déjà commencé à lire les documents que vous m'aviez donnés. Et je trouve cela très intéressant.

Je suis heureuse de représenter, auprès de vous, François REBSAMEN, Sénateur de la Côte-d'Or et Maire de Dijon et François PATRIAT, Sénateur de la Côte-d'Or et Président du Conseil Régional de Bourgogne, en mes qualités d'Adjointe et de Vice-Présidente à la santé, à la solidarité, à la ville, à la santé publique et aux établissements de soins à la région de Bourgogne.

S'occuper des personnes âgées est essentiel, pas seulement parce que nous sommes tous amenés si on a la chance de devenir un jour une personne âgée. Cet allongement de vie est une chance et un vrai progrès pour notre société même si au grand âge et même au très grand âge cela pose quelques problèmes de santé publique et de santé tout court pour les personnes en question mais aussi de société bien évidemment.

Vous vous occupez ici du quotidien de la personne âgée, de la manière dont celle-ci se voit, car la bouche est évidemment la santé. C'est évidemment la nutrition mais aussi la manière de se voir le matin et la manière d'aborder la vie en société. Quand on a une bouche très détériorée, on se nourrit mal, d'où les problèmes de nutrition au très grand âge.

Le Conseil Régional de Bourgogne finance des recherches en industrie, en innovation, en recherche et développement, dans le cas notamment du gérontopôle, mais pas uniquement pour améliorer la nutrition des personnes âgées. Je pense notamment à un projet porté par Vitagora, "le pain santé sénior". Il est important de travailler sur ce thème. Nous devrions d'ailleurs faire davantage. La bouche est aussi le sourire au quotidien. Même au très grand âge, on a besoin de se voir dans le regard d'autrui, on est encore quelqu'un, et pas seulement une personne très âgée.

Dijon est Ville Santé de l'OMS. Dijon mène une action de brossage de dents dans les écoles élémentaires et les écoles maternelles. Plus de 2000 enfants se brossent les dents au quotidien tous les midis à Dijon. Dijon est aussi la première ville en France amie des seniors. La Ville Amie des seniors est un label de l'Organisation Mondiale de la Santé. Après vos recherches, je suis très intéressée par les résultats et par les recherches de l'ORS. Vous avez travaillé avec dix huit établissements. Ce qui est important. Vous travaillez au quotidien dans les établissements et avec vos services de soins à domicile pour les personnes âgées et pour l'entretien de la bouche avec la toilette bucco-dentaire au quotidien. La ville de Dijon peut vous aider pour les seniors de Dijon, et le Conseil Régional est toujours là pour répondre présent et vous aider dans le portage de vos projets.

Je vous souhaite à tous une excellente journée et de très fructueux travaux.



9 h 45 • INTRODUCTION

“Enjeux de la santé bucco-dentaire”

Michelle DANGE, Présidente de l'Union Nationale Mutualiste Personnes Agées Personnes Handicapées et membre du Bureau de la Mutualité Française.

Bonjour à tous, Mesdames, Messieurs.

Je remercie Monique AUGÉ, et la Mutualité Française Bourgogne, pour son invitation à cette journée sur le thème de la santé bucco-dentaire des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

L'accompagnement des personnes fragilisées par le vieillissement ou le handicap a été depuis toujours une préoccupation forte des groupements adhérant à l'Union Nationale Mutualiste des Personnes Agées et Personnes Handicapées que l'on appelle plus communément l'UNMPAPH.

Cette union regroupe un important réseau d'établissements et de services sur le secteur médico-social, près de 500 dont 230 établissements pour personnes âgées, ce qui représente le premier réseau à but non lucratif en France sur ce champ et 45 établissements pour personnes en situation de handicap.

Les groupements mutualistes de ce secteur sont donc particulièrement sensibles aux aspects socioculturels, psychologiques et médicaux de la santé bucco-dentaire des personnes qu'ils accueillent.

Malheureusement, c'est au cours du vieillissement, lorsque les problèmes deviennent difficilement réparables, que la personne réalise l'importance de la santé bucco-dentaire.

A l'UNMPAPH, nous avons choisi de travailler en réseau, d'échanger sur des bonnes pratiques pour aider et soutenir les structures. Notamment avec notre démarche qualité débouchant sur un référentiel mettant l'accent sur la formation des professionnels et sur la prévention. Nous verrons aujourd'hui, comment ces deux points revêtent de l'importance.

Tout au long de cette journée, nous évoquerons cette problématique, souvent mise de côté tout au long de la vie et d'autant plus pour les populations plus fragiles de la santé bucco-dentaire.

La MFB s'est fortement engagée sur ce sujet. Certes, c'est un sujet difficile à aborder mais qui intéresse les professionnels puisque cette journée rassemble à la fois des responsables institutionnels professionnels d'EHPAD et d'autres structures mais aussi des chirurgiens dentistes car la santé bucco-dentaire des personnes âgées est préoccupante.

3% des personnes âgées conservent une dentition saine et une grande majorité de cette population a des problèmes de réhabilitation buccale complète, d'extraction, de détartrage, de soins conservateurs et de traitement prothétique. De plus, le handicap diminue les possibilités d'hygiène bucco-dentaire autonome, et entraîne une dégradation de l'état dentaire associé aux modifications physiologiques et pathologiques liées au vieillissement.

Cette dégradation est un facteur de risques, assurant l'aggravation de maladies, telles que des maladies respiratoires, des troubles cardiaques, des complications liées au diabète qui perturbent également l'alimentation des personnes âgées. Or la préservation et la réhabilitation d'une bonne santé orale contribuent à éviter certaines complications digestives, la malnutrition et des carences nutritionnelles.

Bien manger est aussi un plaisir et doit le rester. Cela contribue au maintien du lien social, à la préservation de la mémoire et à l'autonomie de chaque individu, les besoins en soins et en hygiène buccale. Pour les personnes âgées, la réhabilitation d'une bonne santé orale est donc très importante. Nous verrons que le rôle de soignant est crucial.

De quels moyens disposons-nous pour permettre la mise en place des soins ?

Quelle est la place de ce sujet dans l'information initiale des soignants ?

L'étude qui sera présentée ce matin par l'Observatoire Régional de la Santé montre que près de trois quarts des professionnels, ayant suivi la formation proposée par la Mutualité Française Bourgogne, déclarent avoir modifié leurs habitudes de travail et que l'hygiène bucco-dentaire fait désormais partie intégrante des soins à la personne. Or, si la sensibilisation et la formation sur la santé bucco-dentaire des professionnels sont indispensables, il faut également souligner le rôle des familles, incontournable. Monique AUGÉ a rappelé l'importance des partenariats à mettre en œuvre entre les structures et les professionnels de santé. Cette journée sera l'occasion d'apporter un éclairage sur ce point. Il est nécessaire de développer la prévention et l'éducation à la santé sur ce champ, que ce soit en établissement ou à domicile, pour le bien-être des usagers mais aussi des aidants qu'ils soient familiaux ou professionnels.

Avec la Mutualité, nous avons la chance de bénéficier des compétences d'un réseau de prévention et de promotion de la santé nous permettant de proposer des actions aux services de soins et d'accompagnement mutualistes.

Cette problématique concerne bien évidemment et également le champ du handicap. Cette question de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap avait d'ailleurs été abordée lors de l'audition publique par la Haute Autorité de la Santé en 2008, à la demande notamment de la Mutualité et à laquelle le Professeur HENNEQUIN et le Docteur CANIARD ont contribué.

La Mutualité Française Bourgogne souhaite poursuivre son action sur ce champ et cette action avec ces partenaires est exemplaire.

En tant que Présidente de l'UNMPAPH, je souhaite encourager l'ensemble du réseau médical social mutualiste à effectuer ce type d'action et à formaliser et mettre en pratique une démarche globale de soins. Merci pour votre attention.

1^{ère} PARTIE

Séance plénière

10h

**IMPACT DU PROGRAMME SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES
PERSONNES ÂGÉES ACCUEILLIES EN SERVICES MUTUALISTES :
POINTS DE VUE DES PROFESSIONNELS ET DES PERSONNES ÂGÉES**

Tony FOGLIA

*Chargé d'études, Economiste de la Santé à
l'Observatoire Régional de la Santé Bourgogne*

Frédérique CHATELAIN

Assistante d'études à l'Observatoire de Franche-Comté

Tony FOGLIA

Bonjour à tous,

Nous allons vous présenter les résultats de l'évaluation du programme de la Mutualité.

L'objectif de ce travail est d'évaluer le programme initié et mené par la Mutualité. Ce projet portant sur la santé bucco-dentaire a débuté en 2006 et se poursuit encore aujourd'hui.

L'objectif formel du projet est de prendre en charge le suivi bucco-dentaire des personnes âgées accueillies dans les établissements et services mutualistes, en proposant une dynamique de soins quotidiens comme prolongement à la prévention et à l'accès aux soins.

Pour ce faire le programme a défini des sous objectifs : former les professionnels, sensibiliser les familles et informer les personnes âgées, en vue d'initier une démarche d'action, en proposant un protocole individualisé sur la santé bucco-dentaire dans les établissements et ensuite dans les services d'accompagnement à domicile.

Les objectifs de l'évaluation étaient donc de concevoir et de mettre en place des outils d'évaluation en ayant une approche systémique, c'est-à-dire une approche globale centrée sur tous les points du programme. On travaille sur l'ensemble du programme et sa cohérence. Que s'est il passé dans l'ensemble ?

Nous avons croisé deux types d'approches : une approche qualitative et une approche quantitative ; pour donner de la puissance à notre travail.

Pour se faire, trois types de populations ont été interrogés :

- des personnes âgées en établissements et bénéficiant d'aides à domicile mutualistes.
- des professionnels intervenant auprès des personnes âgées également en établissements ou des aides à domicile.
- des personnes membres du comité de pilotage de l'étude pour travailler sur l'animation et la construction du programme.

Deux axes de travail

- L'évaluation du processus a pour objectif d'identifier les facteurs facilitant et les freins à la mise en œuvre des actions. On a observé l'animation du programme, le répertoire des actions et leurs adéquations avec les besoins. L'évaluation des besoins mis en œuvre dont l'objectif est de donner des pistes d'actions, des recommandations pour poursuivre l'action, pour l'améliorer ou pour enlever des freins pouvant être bloquants.
- L'évaluation de résultats a également pour finalité de mesurer le degré d'atteinte des objectifs opérationnels du projet par le biais d'indicateurs et d'outils spécifiques créés pour cette évaluation.

L'évaluation du processus

COMMENT CELA S'EST CONSTRUIT ?

Un groupe de travail pluri professionnel a été mis en place par la MFB avec une véritable démarche participative. Des représentants des familles ont été sollicités pour travailler à la construction de la finalité et des objectifs de ce programme. En termes de santé publique, nous sommes dans une démarche participative. Ce programme initié par ce groupe de travail a été expérimenté dans trois établissements. Suite à cette expérimentation, il a été un peu retouché pour être généralisé à l'ensemble des établissements et à l'ensemble des services mutualistes, avec toujours une visée de travailler avec et sur les personnes âgées.

NOMBRE DE PROFESSIONNELS FORMÉS ?

On a formé 365 professionnels et le taux de satisfaction est très important.

NOMBRE DE SESSIONS PAR ANNÉE ?

En 2006 : 3 ; en 2007 : 5 ; en 2008 : 8 ; en 2009 : 10.

On voit donc un déploiement de l'action. 26 sessions ont été réalisées et le nombre de participants a augmenté d'année en année, pour arriver à 365 personnes formées.

NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS FORMÉS ?

17 établissements sur 18 ont été formés et le 18e va l'être encore ainsi qu'une bonne partie des professionnels des services d'aide à domicile.

La satisfaction est supérieure à 85 %, il s'agit d'un très bon résultat.

Le processus a bénéficié d'une communication importante par le biais de diffusions de dépliants, soit 2500 dépliants diffusés dans l'ensemble de la région, aux familles, des trousseaux d'hygiène bucco-dentaire comme support matériel au message préventif. Ces trousseaux, au nombre de 2880, n'ont pas été remis comme cela. Elles ont été accompagnées par les professionnels, ce qui est très important.

OÙ EN EST-ON AUJOURD'HUI ?

Le programme est réalisé ou en cours de réalisation dans les deux tiers des établissements mutualistes. Tous les établissements sont sollicités et sont engagés dans le programme. Les niveaux de finalités dans les établissements ne sont pas les mêmes.

Six des établissements ont entièrement réalisé le protocole d'action. Les équipes ont été accompagnées. Il existe une traçabilité des soins d'hygiène et de l'accompagnement au niveau des toilettes.

Un diagnostic est maintenant réalisé à l'entrée des EHPAD.

Autres points importants, les soins bucco-dentaires et la toilette bucco-dentaire sont intégrés dans le dossier informatisé, soit 2 soins par jour. De plus, les visites chez le dentiste sont planifiées et suivies.

Six établissements suivent ce protocole d'action, mais ne l'ont pas encore finalisé. Nous avons beaucoup travaillé dans ces établissements sur la traçabilité et sur l'état des lieux. Mais, nous sommes encore sur des outils papiers, le dossier informatisé est à venir.

Dans six établissements, les personnels ont été formés. Mais, il n'y a pas encore eu de lancement d'action dans ces établissements, dont deux, du fait d'un manque de management, cité par un membre du groupe de pilotage.

Frédérique CHATELAIN

Du côté des professionnels, des entretiens de groupe dans quatre établissements différents ont été effectués. En premier lieu il apparaît qu'une vraie prise de conscience s'est faite de la part des soignants face à l'importance de la santé bucco-dentaire.

Dans les établissements, on peut observer des outils individualisés, parfois informatisés pour le suivi bucco-dentaire. Concrètement, il s'agit d'une fiche où sont recensées des informations sur l'état de santé bucco-dentaire des résidents, sur l'appareillage complet ou partiel, sur les besoins en termes d'aide pour la toilette, ou si un dentiste de référence est attribué à la personne et si des rendez-vous sont pris chez le dentiste. On note une organisation variable selon les établissements. Il faut dire que la formation a eu lieu dans des établissements en 2006, alors que pour d'autre elle s'est faite en début d'année. Il faut aussi peut-être le temps pour que les rôles de chacun se définissent.

Sur les quatre établissements, une personne référente en matière bucco-dentaire a été nommée, soit une aide soignante soit une infirmière, qui gère les équipes par rapport à la santé bucco-dentaire. A noter que sur un établissement, l'absence de direction et d'infirmières pendant quelques temps a retardé le processus.

Un établissement a engagé une communication complète sur la santé bucco-dentaire, en convoquant les familles et les résidents. Ont été retranscrits les grands axes de la formation que les soignants ont suivie. Très peu de familles se sont déplacées. Cependant, les soignants ont remarqué que beaucoup de résidents demandaient à prendre rendez-vous chez le dentiste.

Les professionnels indiquent que les objectifs de l'action sont traduits de façon individualisée auprès des personnes âgées en fonction de leurs comportements et de leur état de santé globale.

Par exemple, pour les personnes en fin de vie, peu de soins de bouche étaient réalisés avant. Or on peut noter aujourd'hui l'utilisation de nouveaux moyens tels que les bâtonnets glycélinés, les compresses humidifiées pour nettoyer et hydrater la bouche, l'utilisation de dentifrice pour enfant pour les personnes ayant du mal à recracher. Ce sont autant de pratiques qui n'existaient pas avant.

Selon les comportements de chacun, notamment pour les personnes dont la toilette est difficile, les soignants peuvent se contenter d'un bain de bouche par jour. En s'ajustant aux réticences de la personne, il faut noter aussi une intention particulière des soignants au moment des repas de vérifier si la personne mange correctement. Dans le cas contraire, cela pourrait signaler la présence d'une mycose ou d'un problème de gencive.

Les soignants indiquent des freins encore difficiles à lever par rapport au suivi chez les dentistes. Sachant que les personnes âgées ont peu de suivi ou ne sont pas allées au dentiste depuis plusieurs années (difficultés de transport pour emmener ces personnes en ambulance ou en taxi qui peut coûter cher), et sachant que tous les aides soignants et les infirmières sont aussi conscients de la limite de leurs compétences par rapport à la bouche, les soignants aimeraient avoir un dentiste qui se déplace dans les résidences pour faire les évaluations.

Les autres freins sont les habitudes ancrées chez les personnes âgées. Certaines personnes n'ont pas une bonne hygiène, elles ne se lavent les dents qu'une fois par jour voire moins, ou ne vont jamais chez le dentiste, et il y a aussi le cas particulier des personnes pour lesquelles il est difficile d'enlever et de remettre un dentier. Comme le disent les soignants "on ne peut pas forcer les résidents". Il y a aussi le problème avec les familles ne voyant pas la nécessité d'engager des soins dentaires pour une personne à un certain âge, cela a été cité dans deux établissements. Voilà ce qui ressort chez les professionnels.

Tony FOGLIA

Pour les professionnels des services mutualistes, c'est une enquête quantitative.

Nous avons essayé de mesurer la satisfaction sur l'amélioration des compétences. Les scores de satisfaction sont élevés, avec un score en moyenne de 5. On note une satisfaction assez importante sur la motivation à intervenir, sur le sentiment d'être plus compétent pour intervenir auprès de ces personnes et plus apte à dépister des comportements problématiques. Ils sont ensuite plus armés pour accompagner ces personnes. Outre l'amélioration des compétences et des connaissances citées par les personnes, qui est un point que l'on recueille systématiquement lors de chaque formation, ce qui est le plus intéressant à mesurer, ce sont les modifications des habitudes de travail. Plus de 65 % déclarent avoir modifié leurs habitudes de travail ce qui est un point important pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire.

Plus de 7 personnes sur 10 déclarent réutiliser les connaissances de la formation dans leur action. Ils citent les outils transmis par la Mutualité comme support à l'action, ce qui est assez intéressant.

Frédérique CHATELAIN

Résultat auprès des personnes âgées résidentes en EHPAD.

Il y a des habitudes éducatives face à la santé bucco-dentaire qui persistent au cours de la vie. D'un côté, des personnes ont un très bon suivi et se lavent donc correctement les dents, de par un suivi préventif au cours de leur vie. Mais d'un autre, il y a des personnes qui vont peu - voire pas du tout - chez le dentiste et ont donc une moins bonne hygiène bucco-dentaire.

On peut noter l'exemple d'une dame qui n'est pas allée chez le dentiste depuis 1948 à peu près, selon ses estimations, et qui s'arrache les dents toute seule si elle a besoin. Et celui d'une autre dame ayant des problèmes de gencives et qui apparemment souffre un peu. Les aides-soignants ont engendré des soins et pris des rendez-vous chez le dentiste. Mais la dame refuse, prétextant qu'elle n'a pas mal aux dents et annule les rendez-vous. Ce sont aussi des freins pour les soignants.

Une représentation des coûts très élevés des soins bucco-dentaires indépendants des ressources disponibles, n'est pas forcément reconnue par la personne âgée. La plupart des personnes rencontrées délaissent un peu le côté administratif, financier et la gestion à leurs enfants ou à des tuteurs qui ne sont pas forcément au courant. La représentation du soin dentaire est l'importance du coût. L'élément déclenchant pour une consultation chez un chirurgien dentiste est la douleur pour les personnes n'ayant pas de suivi régulier. Une dame précise que le jour où elle aura véritablement "très, très mal", elle ira chez le dentiste. Les aides-soignants, infirmières ou personnel soignant essaient un peu de les inciter, mais une aide-soignante explique que les personnes à qui elle a dit d'aller chez le dentiste une fois par an lui "rient au nez".

Selon le degré d'autonomie des personnes âgées ou pour les personnes ne faisant pas leur toilette bucco-dentaire et ayant recours aux soignants, l'approche est différente. Certaines pratiques qui n'existaient pas avant ont été mises en œuvre comme la toilette le matin et le soir, les appareils dentaires, l'utilisation d'eau bicarbonatée, les bâtonnets glycélinés, et les bains de bouche, de plus les appareils dentaires sont laissés à sec. On ressent peu l'impact des actions pour les personnes autonomes. Il n'y a pas de problèmes pour les personnes qui se lavent les dents matin, midi et soir, contrairement aux personnes qui ne le font pas et qui avouent ne pas le faire. On peut noter aussi l'exemple d'un monsieur se lavant les dents uniquement le matin. Il me disait que les aides soignants lui disaient de le faire régulièrement le matin et le soir. Or il m'a dit clairement dit qu'il n'avait pas l'habitude de le faire le soir et il rajoutait "je fais comme ça et je ne change pas". Les soignants expliquent que l'on ne peut pas forcer ces personnes à leur mettre une brosse à dent dans la bouche. Cela est un peu délicat.

Il faut noter que les résidents interrogés, auxquels des troussees ont été distribuées, sont très satisfaits.



Ces éléments montrent que les besoins de suivis de santé bucco-dentaire ne sont pas toujours identifiés comme tels par les personnes âgées. On peut voir aussi que pour les personnes comme pour les professionnels, la présence d'un dentiste au sein de l'établissement pourrait faciliter un suivi. Sachant que le transport chez le praticien, l'absence de dentiste traitant ou le manque d'information sont évoqués par certaines personnes. Elles disent ne pas savoir où s'adresser ou ne pas savoir quel médecin appeler, de plus la perception du coût financier est élevée. Tout ceci peut être un frein au suivi annuel ou au moins tous les 2 ans chez le dentiste.

Tony FOGLIA

Peu de personnes, vivant à domicile, déclarent un problème bucco-dentaire, seulement 3 sur 10, et 45 % déclarent des consultations régulières chez le dentiste. Ce qui peut paraître surréaliste.

On note quand même une réticence à parler de ce problème, des problèmes de fatalités ou d'âge trop élevé. 7 personnes sur 10 déclarent avoir des difficultés d'alimentation. Cela pose de réels problèmes notamment pour 4 personnes sur 10. On observe aussi un problème de déni et de fatalisme par rapport à ces difficultés. Cependant, lorsqu'on leur propose des accompagnements, des dépliants, des outils, une grande majorité les trouvent utiles. Plus de 3/4 des personnes trouvent les dépliants et les trousseaux utiles pour la santé bucco-dentaire.

En conclusion, les conditions nécessaires sont réunies pour la réussite du programme à long terme. On note une très forte implication des professionnels formés. Ce qui est un point très positif. L'impact sur les personnes âgées ne peut être mesuré à court terme. On observera donc un premier résultat notamment dans les changements de comportement des personnes âgées, que dans 2-3 ans voire 5 ans. On note tout de même des conditions nécessaires remplies pour la réussite du projet.

Un autre élément nécessaire à prendre en compte, plus en termes de propositions, est celui des familles. On voit que cela est encore un frein à l'accès aux soins, à la prévention, à l'hygiène, à la toilette. Il s'agit cependant d'un élément clé.

Lorsqu'on travaille sur la promotion pour l'éducation à la santé, il est important de ne pas lever le pied. Cette action doit être ravivée régulièrement dans une réelle dynamique en termes de santé bucco-dentaire dans les établissements et les services. Le projet fait des petits et va s'ouvrir vers d'autres populations fragilisées, ce qui est d'autant plus intéressant.

Nous vous remercions pour votre attention.

DEBAT AVEC LA SALLE SUR CETTE CAMPAGNE

Brigitte RAGOT, infirmière d'équipe mobile en soins palliatifs dans le nord Châtillonnais et Centre Hospitalier de Châtillon-sur-Seine et Montbard

J'ai une question par rapport aux familles. Pourquoi note-t-on une faible participation des familles ? Vous dites, par exemple, qu'un établissement a essayé de les informer, or peu de personnes étaient présentes.

Frédérique CHATELAIN

Pourquoi ces personnes se sont peu déplacées ? Il ressort que dans certains établissements, peu de communication avec les familles est mise en place. Les soignants se retrouvent dans une salle où les familles ne passent pas à proximité, il y a donc peu d'échanges ou alors ils y vont mais uniquement en cas de besoin. Pour des soins dentaires, les soignants prennent forcément en compte les familles, notamment pour les coûts à engager. Il y a par exemple, des difficultés par rapport aux coûts des vêtements qu'il faut acheter. Les familles se demandent quel est l'intérêt pour une personne de 95 ans. Cela est arrivé sur certaines familles. Mais je tiens à préciser que tout de même loin d'être la majorité.

Tony FOGLIA

Lorsqu'on interroge les professionnels, ils nous déclarent que les familles évoquent une sorte de fatalisme, et ont envie de dire que c'est trop tard et que ce n'est plus la peine. Cela est aussi un élément à prendre en compte. C'est justement un levier d'action sur lequel il faudrait travailler.

Madame BOCCARD, Directrice EHPAD Châtillon-sur-Seine

Par rapport aux familles, je rejoins les remarques qui viennent d'être faites. Mais nous avons en même temps un rôle à tenir dès l'entrée et même avant l'entrée en institution d'une personne âgée. On doit notamment prendre le temps d'expliquer les choses, quitte à s'attarder sur des points litigieux comme l'hygiène bucco-dentaire. On vient de mettre en place une direction par rapport à la gestion des fournitures pour permettre l'hygiène bucco-dentaire. On initie et on travaille également avec les tuteurs car nous avons une grande proportion de résidents sous protection juridique. On essaye donc d'associer les familles et les tuteurs mais avant l'entrée en institution. Il faut soutenir cette action tout au long du processus de la vie dans la maison de la personne.

Madame HENNEQUIN, Faculté de chirurgie dentaire à Clermont-Ferrand et responsable d'une équipe de recherche sur le handicap de la santé orale

Je voudrais dire que cette action est très intéressante car elle cible un des points difficile à évoquer sur la formation, de la sensibilisation des soignants et surtout de la société à travers des soignants. On note bien que les obstacles par rapport aux familles sont réels. Pour aller dans le sens de l'intervention précédente, je voudrais savoir si vous aviez recueilli des informations sur le transfert du dossier patient. De nombreux résidents des EHPAD changent souvent de domicile, de région et leurs praticiens sont en rupture, alors parfois dans les établissements un chirurgien dentiste est appelé. Le transfert se fait principalement de manière informelle Il y a souvent une rupture entre ses patients. Surtout, s'il y a un début de démence, qui est souvent le cas pour ces patients. Dans le cas de la grande dépendance, cela contribue beaucoup à la désorientation du patient. Il y a souvent un transfert du dossier médical mais pas toujours du dossier bucco-dentaire même quand les patients ont une faculté d'intervention et de propre décision. Nous ne sommes plus dans le renoncement car ils n'ont aucune information et pas suffisamment de notions pour retranscrire ce qu'il en est de leur santé bucco-dentaire et de demander justement à l'entrée de l'établissement le transfert du dossier. Cela permettrait une sensibilisation de tout le monde.

Frédérique CHATELAIN

Pas de réponse à apporter mais elle signale qu'il faut voir avec les établissements.

Madame Natacha MONNOT, Directrice du pôle personnes âgées à la Mutualité Française Côte d'Or-Yonne

Pour répondre au Docteur HENNEQUIN, il est vrai qu'aujourd'hui dans les établissements mutualistes, nous ne sommes pas encore avec le transfert des dossiers. On va dire que le problème "dentiste" pour nos personnes âgées hébergées a déjà été franchi et c'est déjà une belle chose sur quasiment l'ensemble de nos établissements d'être informatisés au niveau du dossier de soins. On inclut une fiche d'évaluation de bilan bucco-dentaire. Comme on le fait pour un dossier médical, il faudra penser à rajouter ces éléments dans le dossier.

Docteur Anthony STAVELEY, Chirurgien dentiste en libéral à Dijon

Pendant quelques années j'ai eu l'occasion de travailler avec des résidents des Ophéliades, une maison de retraite située pas loin d'ici. Je voudrais juste souligner que la question des coûts, pour soulager la douleur, est normalement prise en charge par la Sécurité sociale et la mutuelle. Il est important de le dire aux soignants et aide soignants ou à la famille. Effectivement, pour soulager la douleur il ne faut pas hésiter à aller voir un dentiste mais ce qui est coûteux, c'est la prothèse dentaire ainsi que le traitement.

Frédérique CHATELAIN

Le transport est un coût qui s'ajoute également. Quand les familles ne peuvent pas emmener une personne, il faut payer une ambulance ou un taxi. Après, c'est la perception des personnes âgées pour le coût élevé des appareillages. Pour les gens n'ayant pas forcément une bonne mutuelle, cela peut coûter cher. C'est peut-être une explication lorsqu'ils disent "on attend le dernier moment pour y aller" car même si pour cela coûte cher, ils disent clairement que s'ils ont mal, ils auront des soins et donc se déplaceront chez le dentiste.

Docteur Patrick EZERZER, Dentiste à Auxerre

Avez-vous fait des tranches d'âge 70, 80, 90 et 100 ans pour les personnes âgées dans votre étude d'évaluation ? Car nous sommes tous des personnes âgées en devenir.

Tony FOGLIA

Effectivement, je ne l'ai pas présenté mais les trois quarts des personnes ont entre 75 et 85 ans et puis 45% ont entre 80 et 85 ans dans les services d'aides à domicile.

Frédérique CHATELAIN

Dans les établissements, la moyenne d'âge doit être de 80 ans. La personne la plus jeune avait 65 ans et la plus âgée, 95 ans. La moyenne était de 80 à 90 ans.

Animateur

*Pourquoi cette dame s'est-elle arrêtée d'aller chez le dentiste en 1948 ?
Et quand passe-t-on à l'extension de ce modèle mutualiste dans tous les établissements ?*

Frédérique CHATELAIN

Je ne sais pas (pour les deux questions).

10h30

UN MAUVAIS ÉTAT BUCCO-DENTAIRE : UNE DES PREMIÈRES CAUSE DE DÉNUTRITION DES PERSONNES ÂGÉES

Par le Docteur Michel DUCLOS Médecin gériatre CHI Châtillon-sur-Seine/
Montbard (Côte-d'Or)

Bonjour, je suis gériatre au CHI de Châtillon-sur-Seine/Montbard. À l'occasion de cette grande action de santé publique de la Mutualité, il m'a été demandé de sensibiliser les personnels soignants notamment sur la dénutrition de la personne âgée comme étant directement liée à des problèmes de bouche. Ceci n'est cependant pas évident pour tout le monde.

La population âgée va continuer de s'agrandir.

Le nombre des plus de 75 ans sera multiplié par 2,5 entre 2000 et 2050. On estime actuellement, qu'en 2050, 1,2 million de personnes seront dépendantes. La dépendance est une notion présente chez le type de population accueillie dans nos établissements. De plus, les populations accueillies dans nos établissements rentrent de plus en plus âgées. Sur 270 résidents de notre établissement, l'âge moyen doit être de 83-84 ans. Plus on est dépendant, plus on rentre âgé, les deux vont de paire.

On note tout de même que l'espérance de vie augmente. Il n'existe cependant pas de parité, les femmes sont en surnombre. L'espérance de vie pour une femme est actuellement de 85 ans et de 78 ans pour un homme. C'est une bonne nouvelle pour l'espérance de vie en elle-même mais le mieux, c'est effectivement l'espérance de vie sans incapacité. On vit donc de plus en plus âgé en ayant de moins en moins de handicap. On note une bonne parité entre les hommes et les femmes sur ce point mais jusqu'à un certain nombre.

La dénutrition est une notion extrêmement importante en gériatrie connue depuis une quarantaine d'années. On commence maintenant à voir aboutir certains efforts.

Chez la personne âgée, on parle de dénutrition protéino énergétique ; les deux mots ont de l'importance. C'est un déficit à la fois en protéine et en énergie. Il ne suffirait donc pas de donner uniquement des protéines, il faut aussi apporter des calories.

C'est une définition de la Haute Autorité de Santé. Pour bien vous faire comprendre que c'est une cause publique, la Haute Autorité de Santé a édité des recommandations en 2007 concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées. Cette dénutrition se caractérise par des pertes tissulaires donc essentiellement des muscles. Nous ne sommes pas dans le régime d'amaigrissement, c'est une perte involontaire. Là aussi, c'est un paradoxe, en effet, un milliard de personnes sur la planète meurent de faim et une autre partie essaie de ne pas trop manger pour ne pas prendre de poids.

La prévalence est parfois difficile à vérifier, c'est notamment compliqué à domicile. Les études suggèrent une prévalence de 4% avant 75 ans et 10 % après 80 ans. Cependant en observant les personnes âgées à l'entrée d'un court séjour, on note que 50 à 60 % de personnes âgées sont dénutries. Il a bien dû se passer quelque chose à l'hôpital et en soins de suite. On estime qu'entre 30 et 50 % des 75 ans et plus sont dénutris. Une étude réalisée il y a 2 ans au sein de la PHP, a chiffré à 60 %, toutes populations confondues, des patients dénutris sortant des hôpitaux parisiens. On sort de l'hôpital éventuellement encore plus dénutris qu'avant l'entrée en institution. Ces chiffres sont un peu plus vérifiables. Actuellement, sur l'ensemble des deux sites, soit 260 lits, plus de 60 % des personnes âgées sont dénutries et les gens sont vraiment en très grande dépendance.



Manger qu'est-ce que c'est ?

C'est tout d'abord assurer un besoin physiologique vital pour permettre à l'organisme de fonctionner. Il faut un minimum d'apports sinon la dénutrition s'installe et retentit sur les fonctions de l'organisme. C'est une notion innée, remarquée chez toutes les espèces. Dans toutes les espèces, on mange chacun à son propre niveau. En général, nous avons intégré le fait que si l'on ne mangeait pas on ne tiendrait pas longtemps. C'est donc assumer un besoin physiologique.

Auquel cas, on aboutit à des choses comme cela, certes un peu accentuées volontairement mais à peine forcées. La première fois que j'ai montré cela, on s'inquiétait davantage pour le chien que pour le reste.

Cependant chez l'homme, c'est avant tout un besoin physiologique mais aussi un plaisir. L'image de l'alimentation renvoie à une image culturelle, sociale, affective et sociétale et pas uniquement à un besoin. Certaines personnes sont obligées de manger ce qu'elles n'aiment pas car elles n'ont rien d'autres. On peut donc aussi se poser des questions, car en général, c'est une expérience de plaisir qui est renouvelable. On aime se faire plaisir en mangeant donc autant manger tous les jours et même plusieurs fois par jour. Sauf accident, ce plaisir irait jusqu'à la fin de la vie. Pour nos personnes âgées en institutions, c'est le seul plaisir qu'il leur reste. Les journées sont rythmées par les horaires des repas.

De nombreuses situations dans l'imaginaire sont en relation avec le repas. C'est "en avoir plein la bouche", ou on parlera "entre le fromage et le dessert", "être mignonne à croquer", même si à notre époque, ce genre de remarque est mal vu. Elle existe cependant depuis longtemps. Ces quelques exemples vous montrent bien que l'imaginaire et tout ce qui tourne autour de l'alimentation est quelque chose d'important : "manger à tous les râteliers", "ne pas s'en mordre les doigts"... Tous ces exemples, pour vous montrer que dans notre culture ou dans certaines cultures, l'alimentation occupe une grande place.

L'alimentation occupe une place importante également sur le plan social. Si je reçois M^{sr} l'Archevêque, je ne vais pas lui proposer un hamburger et une salade verte, alors que si je reçois mes copains motards, ce sera tout autre. Cela veut dire que pour la table et pour la façon de recevoir, on s'adaptera aux habitudes de la personne que l'on va recevoir et même aux circonstances. Bien souvent, on fait un lien avec un événement ; "la mariée était bien belle, tout était beau, mais le repas n'était pas très bon, ce mariage on va s'en souvenir". "Et puis, l'enterrement du Paul c'était sympa parce qu'on a bien bouffé, après on a bien rigolé, bien que Paul soit mort". C'est pour vous montrer que le repas va au-delà de la notion de physiologique.

Autour du lien social, il y a l'avant, le pendant et l'après repas. Il est vrai qu'en institution, il n'y a que le pendant repas. Nous arrivons à associer dans certaines circonstances les personnes âgées à l'avant repas, ou éventuellement dans certains programmes, nous arrivons à leur faire faire 2-3 courses, à participer à faire une tarte ou encore à éplucher des pommes. On se rend bien compte que les personnes prennent un grand plaisir et le repas est un moment important. L'avant et l'après repas, ce n'est pas uniquement l'action de manger. Cela fait faire de l'exercice, travailler la mémoire, ouvre l'appétit, tout ceci appartient au lien social. Une personne âgée restée une dizaine d'années sans faire la cuisine, qui rentre en institution, et à qui on propose de faire une tarte ; elle est capable de ressortir une recette sans rouvrir les calepins. Il y a des choses qui restent très longtemps comme le plaisir de faire la cuisine. Tout ceci s'est un peu perdu mais tend cependant à revenir, puisque les américains apprennent à faire la cuisine. Ils ont l'impression de découvrir l'Amérique. C'est le monde à l'envers.

Un de nos établissements a essayé de proposer aux résidents les anciens légumes. Nous avons voulu représenter ce que les gens avaient mangé pendant la guerre, mais ils ont précisé "avoir connu cela une fois, on ne va pas recommencer à manger des saloperies". C'est simplement pour vous dire qu'en matière de personnes âgées et aussi d'alimentation, il faut tenir compte des goûts et des habitudes. Actuellement, une dame à qui vous proposez du maïs, avec lequel on gavait les oies, refuse d'en manger.

Ce sont des notions qui font que parfois l'alimentation ne se fait pas comme on le souhaiterait.

Le moment de se mettre à table est important aussi. En effet, si c'est une belle table, l'envie de manger sera au rendez-vous. Parfois la table est plus jolie que ce qu'on a dans l'assiette. Mais au moins c'est agréable. On mange avec les sens, les yeux, le nez, la bouche, et même avec les oreilles. Si vous entrez dans un restaurant et que vous commencez à sentir les odeurs des toilettes, à mon avis l'appétit ne viendra pas. Le problème de la dénutrition chez la personne âgée est complexe, il n'y a pas qu'un seul facteur qui entre en compte. Mais tout un ensemble d'éléments conduisant à cette dénutrition, et la solution n'est pas simple.

Un autre point important, c'est le maintien de son autonomie et de son identité. Pour une personne âgée, bien souvent au bord du gouffre, l'alimentation est la seule façon d'exprimer son autonomie. En matière de gériatrie, l'autonomie c'est le fait de décider ce qui est bon pour moi. L'autonomie n'est pas dépendance. Si je suis en fauteuil roulant, que je décide d'aller me promener, que j'ai un fauteuil électrique, que je ne suis pas au troisième étage, qu'il y a un ascenseur, j'y arriverai. Par contre, si je suis au 3^{ème} étage sans

fauteuil électrique et sans ascenseur, et que je décide de sortir et bien je n'y arriverai pas, car rien n'est adapté. L'autonomie, c'est cette capacité de décider ce qui est bon pour moi. Parfois, pour certaines personnes, la seule façon d'exprimer encore un semblant d'autonomie c'est de dire "moi je ne mange pas ou je ne mange pas cela, je ne veux pas manger à cette heure-là, ce que vous me donnez à manger ne me plait pas". A l'extrémité, le refus alimentaire est considéré comme une sorte de suicide.

Certaines personnes n'ont rien d'autre pour se faire comprendre, donc refuse totalement de manger. En général, quand une personne âgée refuse complètement de manger, on commence à lui prêter attention, si ce n'est pas fait avant. Mais dans cette éventualité, il vaut mieux intervenir avant.

Pourquoi ne peut-on pas manger ce que l'on veut en institution, ou pourquoi n'a-t-on pas le droit de trop manger, ou de ne pas assez manger, voire de ne pas manger ou remanger avec qui on veut...

C'est ce que l'on veut qui est important, et certains points commencent à changer. Il y a donc différentes façons de sensibiliser les personnes. On peut sensibiliser les gens en douceur ou de manière plus brutale. Les besoins nutritionnels de la personne âgée sont en général identiques, voire, parfois supérieures dans certaines situations. Sur une ration alimentaire quotidienne, il y a des dépenses dites incompressibles. Même dans un état végétatif, l'organisme aura des dépenses de repos. Cela est identique pour tout le monde. Cette dépense de repos représente 60 % de notre ration alimentaire quotidienne. Si les dépenses liées à l'activité physique sont limitées pour les gens en institution ou même au domicile, on pourrait penser qu'ils devraient manger moins. Cependant, le rendement du moteur est moins bon. A exercice égal chez la personne âgée, il lui faudra davantage de calories. Un moteur de 300 000 km consommera davantage pour faire seulement 100 km. Si votre voiture est neuve, elle consommera certainement un peu moins. Pour une personne âgée qui ne présente pas de problème de santé majeure, on estime ses besoins à au moins 35 kilocalories par kg et par jour. En général cela ne devrait pas descendre en dessous de 2000 calories jour, ce qui fait tout de même beaucoup. Une petite étude menée en fin d'année dans notre établissement, chez nos individus les plus dénutris a mis en évidence que certains d'entre eux consommaient moins de 500 calories par jour. Les besoins nutritionnels en calories sont de 35 kilocalories par kg et par jour. Pour une personne âgée présentant éventuellement une escarre, ses besoins pourront monter jusqu'à 35-40 kilocalories selon le stade. On peut arriver jusqu'à 50 kilocalories par kg et par jour donc pour quelqu'un de 60 kg, il lui faut 3000 calories par jour. Je vous assure que pour faire avaler une telle quantité à une personne âgée, il faut se lever de bonne heure.

On a vu que la dénutrition protéino énergétique est un déficit en énergie et en protéine. On estime actuellement que les recommandations en protéines sont de 1g/kg par jour. "Je suis âgé, j'ai 80 ans, je fais 60 kg, je dois avoir 60g de protéines par jour". Cela fait beaucoup. J'ai des escarres, je dois multiplier les besoins par 2, "à faire passer par la bouche", vous excuserez mon langage, cela est très compliqué.

Il faut savoir qu'en matière de dénutrition, l'âge n'est pas responsable de la dénutrition, (certes l'âge favorise quelques petites choses) mais en général, si une personne âgée maigrit, ce n'est pas dû à son âge mais c'est parce qu'elle ne va pas bien.

Il faut savoir aussi, qu'avec l'âge, l'appétit diminue. Lorsqu'il y a des horaires de repas, les personnes âgées sont plus rapidement rassasiées et pour un temps plus long. Elles terminent le repas à 13h, on les remet à table à 17h, et s'il y a une collation l'après-midi, un des trois repas sera forcément sauté. Les personnes âgées sont incapables d'ajuster leur appétit. Une personne âgée qui va rester une semaine sans manger à cause d'une infection ou d'une maladie quelconque, ne sera pas capable spontanément de rattraper le retard. Contrairement aux personnes plus jeunes qui, si elles restent une semaine sans manger à cause d'une grippe, seront en mesure de rattraper le retard une fois rétablies. La personne âgée n'en est pas capable et a contrario, une personne âgée qui a l'habitude de toujours manger ne sera pas capable de se freiner spontanément si le besoin se fait sentir.

Au cours du vieillissement, on note aussi des modifications de goût. Toutes ces modifications liées à l'âge n'entraînent pas de dénutrition à elles seules. D'autres facteurs s'ajoutent. Pour que certaines saveurs soient ressenties, le produit doit être un peu plus concentré.

La notion de régime chez la personne âgée est un danger. A long terme, le régime les tue. Il y a certainement plus de gens qui meurent de dénutrition car ils suivent des régimes X ou Y, même pour des régimes justifiés pendant une période de leur vie. Mais à partir d'un certain âge, ces régimes sont à rediscuter, car arrivé à un certain âge on peut être diabétique, ne plus trop aimer la viande, avoir de l'insuffisance

cardiaque, ne plus manger ni protéines, ni sucre, c'est-à-dire plus rien. Si en plus, votre médecin traitant vous a dit pendant 40 ans que vous aviez trop de cholestérol, alors vous ne mangez plus de graisse. Que reste-t-il à manger au final ?

De plus, on ne peut manger que si on a un nez qui fonctionne correctement. Or l'odorat de la personne âgée se trouve également modifié.

L'appareil bucco-dentaire qui se trouve être le thème de la journée est essentiel. Effectivement, si on n'a plus de dents ou un appareil qui bouge, on ne pourra rien manger. La bouche doit être en bon état.

A choisir entre les pieds ou la bouche, je préfère que l'on s'occupe d'une bouche.

Au final les troubles bucco-dentaire débouchent sur :

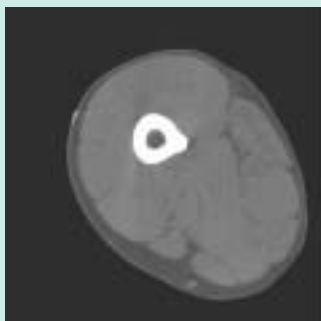
- des infections à distance
- une baisse d'appétit, et donc une sélection des aliments que l'on aime bien manger. En général, on diminue les apports et chez la personne âgée cela entraîne un déséquilibre alimentaire.

De façon générale, la personne âgée va diminuer ses quantités absorbées mais va privilégier celles vis-à-vis des sucres et des graisses avec au final, une diminution des protéines.

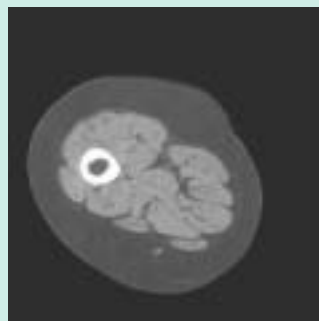
On aboutira à ce qu'on appelle, la dénutrition protéino énergétique. Un cercle vicieux s'enclenche, car la dénutrition entraîne des phénomènes d'infections à distance, par le biais de l'immunosuppression. En cas d'infection, on observe une baisse d'appétit. Au final, la mortalité chez les personnes âgées en dénutrition est extrêmement élevée. Elle peut être multipliée par 2 à 8 selon certaines circonstances.

On peut noter aussi une modification du tube digestif. Il faut savoir que, quel que soit le niveau de toutes ces modifications, elles n'entraînent pas à elles seules des phénomènes de dénutrition chez les personnes âgées. D'autres facteurs sont toujours associés.

MODIFICATION DU MÉTABOLISME



JEUNE ACTIF



VIEUX SÉDENTAIRE

On peut voir à gauche, la coupe d'une cuisse d'un jeune actif et à droite la coupe d'une cuisse d'un vieux sédentaire. Les masses grasses augmentent spontanément avec l'âge. Ce n'est pas une personne en phase de dénutrition mais c'est l'âge qui induit cela. Avec l'âge, notre masse grasse augmente et notre masse maigre diminue. Ceci est un peu plus marqué chez les femmes. Les hormones rendent les femmes peut-être plus sensibles à ce genre de modifications. Si on essaie de faire maigrir une personne âgée, elle perdra un peu de graisse mais elle va perdre en priorité du muscle. Quand une personne n'a déjà plus beaucoup de muscles, si vous la faites maigrir, ou que vous êtes obligés de lui faire porter une prothèse ou autre chose pour faire de la rééducation, le peu de muscle qu'elle a ne lui permettra pas de se relever. S'il y a du poids à perdre, il faut le faire avant un certain âge, au-delà il est trop tard.

LE PROBLÈME HYDRIQUE

On sait qu'en prenant de l'âge, le secteur hydrique se modifie et tend plutôt à la baisse ; ce problème de déshydratation est favorisé par certaines circonstances. On a vu en 2003, ce que cela pouvait donner avec l'association de certains médicaments. On sait que sur le plan glucide-diabète cela a des interférences sur la difficulté à rééquilibrer le diabète.

MODIFICATION LIPIDIQUE

Sur une grande partie de notre vie, un excès de cholestérol n'est pas bon pour la santé. Passé un certain âge, c'est le contraire. Actuellement, chez des personnes âgées à âge égal, une personne qui a un taux de cholestérol vraiment très bas, on pense qu'il va mourir plus vite que celle qui a 3g de cholestérol.

En matière de cholestérol, et passé un certain âge, vous pouvez leur laisser deux plaquettes de 10g de beurre le matin, ce n'est pas cela qui leur bouchera les artères. Si à 90 ans cela n'a pas été fait, laissez-les tranquilles.

On est bien d'accord, ce phénomène physiologique lié à l'âge, n'entraîne pas de dénutrition. D'autres causes sont impliquées. Le vieillissement est un facteur favorisant mais pas un facteur déclenchant comme l'environnement, les maladies, les médicaments et les régimes. Il existe tout un tas d'autres causes qui font que l'on pense toujours qu'à partir d'un certain âge, nous sommes obligés de moins manger. "Ce n'est pas utile de manger de la viande", cette idée est souvent véhiculée par le monde soignant au sens large.

En institution, c'est essentiel d'accorder du temps aux personnes âgées qui ont besoin d'être aidées au moment du repas. Dans certains établissements, le moment du repas effectif dure moins d'une demi-heure. Si vous avez quelqu'un qui a besoin d'être aidé ce sera très compliqué d'arriver à l'aider pendant ce laps de temps. Bien souvent, les aides-soignants ont 2-3-4-5 voire 10 personnes à aider en même temps. C'est donc très compliqué. L'épuisement des aidants est aussi à prendre en compte. Il faut reconnaître que parfois, dans certaines circonstances, ils sont dans des situations pas toujours faciles. A partir du moment où quelque chose ne va pas, il y a une répercussion sur le plan alimentaire. Bien entendu pour tout ce qui est séquelle, dépendance physique ou psychique, le problème se complique encore plus. De même, si la personne âgée présente en plus des problèmes primitifs ou des problèmes démentiels comme on peut le voir de plus en plus actuellement.

Une notion importante à prendre en compte en gériatrie, c'est le fait "fécalome".

Parfois les gens ne veulent pas manger car de l'autre côté du tuyau ça ne veut pas sortir non plus. Il faut y penser pour les soignants, c'est important. Les traitements médicamenteux sont susceptibles de modifier l'alimentation, c'est de la responsabilité du médecin. C'est à nous de nous organiser pour qu'il y en ait le moins possible et pour que ce que l'on donne soit vraiment indispensable. Les régimes obstructifs au long terme tuent les personnes âgées. Lorsque l'on est sans dent, le côté relationnel est un peu difficile. Parfois en institutions, les personnes sont aussi sans sel, sans graisse, sans alcool, sans tabac, sans sexualité et toujours sans, que leur reste-t-il ? C'est parfois avec nos condoléances.

Ces points commencent à s'arranger mais beaucoup d'établissements fonctionnent encore sous ce régime. Une autre grande notion à avoir à l'esprit est le fait que les personnes âgées en institution sont dans un lieu de vie, et non pas dans un "goulag". Encore que parfois, ils étaient mieux traités. Parfois, j'ai dit, mais je suis volontairement un peu acerbe, parce qu'effectivement c'est insidieux. Ce n'est pas aussi marqué mais insidieusement on arrive à de telles situations.

Les conséquences de la dénutrition retentissent sur l'ensemble de l'état général. Sur le plan immunologique, on parle de sida de la personne âgée. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a plus de défenses immunitaires. Les durées d'hospitalisation sont multipliées par 2. Les anglais ont estimé que les conséquences directes ou indirectes de la dénutrition étaient à peu près de 10 milliards d'euros par an. Quand on voit le plan de relance de la France, on se dit que si on pouvait se mettre cela de côté on pourrait en avoir plus. C'est surtout que le taux de mortalité est multiplié par 2 à 8, donc ça c'est important.

Le dépistage va se faire le plus tôt possible afin d'éviter cette fameuse spirale. Cela commence par des insuffisances d'apports, puis tout doucement des épisodes pathologiques apparaissent. A partir d'un certain stade, ce n'est plus réversible et on commence à noter des choses qui ne nous plaisent pas.

Si on veut faire du dépistage en matière de dénutrition, il faut le faire le plus tôt possible et ne pas attendre d'être dans le dernier virage. Il faut s'y prendre le plus tôt possible.

COMMENT ON FAIT UN DÉPISTAGE ?

Ce n'est pas compliqué. Toute personne âgée a un risque de dénutrition. Pourquoi ? Car tout problème bucco-dentaire et troubles de la déglutition peuvent conduire à d'autres maladies. Il n'existe pas beaucoup de personnes âgées qui n'aient vraiment aucune maladie et plus de 5 médicaments par jour. Le plus souvent tout débute par des régimes et on revient aux 2 repas par jour. Quand on dit repas, ce n'est pas uniquement un bol de café et une biscotte. Sur le plan alimentaire, une journée comprend 3 repas : matin, midi et soir. Le veuvage, la constipation et les revenus insuffisants sont des signaux d'alerte.

Le taux d'albumine, juge arbitre, est un excellent moyen de déceler une dénutrition. Actuellement, on ne dispose pas d'autre moyen que l'albuminémie.

Un autre moyen pour dépister une dénutrition est la pesée une première fois pour avoir un poids de référence. On s'adapte ensuite à la situation. Les critères sont établis par la charte de la Haute Autorité de Santé de mars 2007. L'Indice de Masse Corporelle et le taux de l'albumine sont des marqueurs de dénutrition, dans certaines circonstances. Il existe un grand test en matière de dépistage de dénutrition, c'est le MNA (Mini Nutritional Assessment).

En matière de gériatrie, c'est un élément extrêmement fiable. Pour les équipes, le mini MNA peut être fait en 3-4 minutes. Cela ne demande pas une demi-journée.

La dénutrition est une perte de poids. Un taux d'albumine normal est compris entre 30 et 35 g/L. Un des derniers résidents arrivés chez nous avait une albuminémie de 13g/L. On l'a gardé une journée. On se demandait pourquoi cette personne avait été admise chez nous. Il venait d'un long circuit hospitalier depuis des mois, c'est là que réside le problème.

En conclusion, l'alimentation doit rester un plaisir surtout chez la personne âgée. La dénutrition est une pathologie majeure chez celle-ci mais le dépistage doit être systématique. Il ne faut pas attendre d'être dans des situations catastrophiques. Cela commence par un bon état bucco-dentaire. La disparition de tout régime n'est pas si compliqué à mettre en place, il reste juste les médecins à convaincre. On y arrive toujours et c'est un bon début pour la prévenir.

"Le docteur m'a dit que maintenant je pouvais fumer, picoler, manger gras, sucré, ça y'est !! Chuis vieux !!"

Merci

DEBAT AVEC LA SALLE

Chirurgien dentiste libéral et en institution

Toutes mes félicitations, de la part de tout le monde.

Comment peut-on se procurer le texte de votre exposé ?

Réponse de l'Animateur

Merci beaucoup. Des actes du colloque seront disponibles dans quelques semaines. Vous y aurez accès.

Madame Béatrice TAVERNIER de Champmaillot depuis 30 ans

Je parle à toutes les personnes qui font des prothèses et qui sont dans la salle. Vous n'êtes pas sans savoir que toutes -ou presque- nos personnes âgées ont des problèmes cognitifs. On perd régulièrement des prothèses et on ne sait pas à qui elles appartiennent. Nous en avons une pièce pleine à Champmaillot. C'est très désagréable, car les personnes n'ont plus leurs dents et ne peuvent plus manger.

N'y aurait-il pas un moyen de les marquer pour savoir à qui appartiennent les prothèses ? De telle manière que la prothèse retrouve son propriétaire légitime. Cela arrive beaucoup aussi aux urgences. A l'accueil des urgences, on fait un paquet avec les habits et quand on cherche la prothèse en arrivant chez nous, elle n'y est pas.

Ce qui aboutit à ma deuxième question ou plutôt une remarque. Ne serait-il pas possible d'avoir des prothèses à usage unique ? Vous savez bien que cela coûte cher et que les familles n'en feront pas une deuxième.

Madame DANGE

Nous avons déjà expérimenté une action sur le marquage des prothèses et cela ne coûte pas très cher. On peut vous donner des références éventuellement. Je communiquerai à Madame Augé de manière à vous orienter pour ce genre de chose.

Chirurgien dentiste

Les prothèses dentaires en résine qui sont la plupart du temps posées sur les personnes âgées sont facilement marquables avec le nom et le prénom de la personne.



2^{ème} PARTIE
Ateliers thématiques

RESTITUTION DES ATELIERS

ATELIER 1

**LA TOILETTE BUCCO-DENTAIRE PROTHÉTIQUE :
LA PRÉVENTION GÉNÈRE DES SOINS. APPROCHE SYSTÉMIQUE**

ATELIER 2

**L'ODONTOLOGIE : UNE BOUCHE EN ÉTAT :
POUR MANGER, COMMUNIQUER, PRÉSERVER SON IMAGE
QUEL QUE SOIT SON ÂGE**

ATELIER 1

LA TOILETTE BUCCO-DENTAIRE PROTHÉTIQUE : LA PRÉVENTION GÉNÈRE DES SOINS. APPROCHE SYSTÉMIQUE



par **Martine BOUCHATON**, Responsable de l'activité de promotion de la Mutualité Française Bourgogne

Les 3 témoignages :

Christine BOCCARD, Directrice EHPAD à Châtillon-sur-Seine

Management des équipes, rôle des soignants, sécurisation de la personne aidée, acceptation de la toilette, bénéfice du confort, dédramatisation de la visite chez le dentiste, place des familles.

Gaby JACQUEMIN, Formatrice cadre de santé IFSI Dijon

Place du bucco-dentaire dans les contenus de formation initiale, le parcours d'un étudiant durant les trois années de formation : le lien entre la théorie et la pratique, transversalité du thème, promesse du nouveau diplôme.

Docteur Marie HAUTBOIS, Chirurgien Dentiste Conseil MSA

Nécessité de la prévention bucco-dentaire à tous les âges de la vie, les bénéfices d'une toilette quotidienne, la prévention meilleure alliée du vieillissement et des coûts.

L'idée est de faire une restitution concernant le premier atelier sur la toilette bucco-dentaire prothétique et particulièrement la prévention qui génère les soins autour d'une approche systémique.

C'est à partir de ces trois expériences que nous faisons un retour de cet atelier. Nous vous faisons part des différents échanges qui ont pu avoir lieu.

On commencera par les points forts de ces échanges.

Première chose importante qui est notamment de repenser à l'organisation du travail.

Premier élément clé, Madame BOCCARD nous a fait un retour de l'expérience qui a été menée à Châtillon. L'idée est vraiment de repenser l'organisation du travail, de voir comment on peut fonctionner ensemble. Organiser, c'est surtout réorganiser des choses qui ont été mises en place.

COMMENT S'Y PREND-ON ? QUELLE DÉMARCHE A ÉTÉ SUIVIE ?

Premier élément clé, la notion de binôme. Les soignants ont fait un retour de leur expérience. Il est vrai que travailler à deux est une démarche plus confortable, où l'on peut échanger, où l'on a l'impression de ne pas avancer seul, où l'on est valorisé, soutenu, et aidé.

Deuxième élément clé, l'application et la nomination de référent des personnes identifiées comme professionnel dans cette démarche bucco-dentaire. Cela a bien été mis en place à Châtillon. Nous avons eu une expérience qui marche extrêmement bien. Nous sommes aussi dans une démarche d'estime de soi, de montrer finalement que tout ce qui est fait au quotidien, toutes les démarches entreprises doivent être valorisées. De ce fait, la valorisation est un autre élément clé.

Enfin, il est indispensable de réexaminer ces pratiques par des temps qui y sont dédiés de façon régulière et pérenne. Ceci est très important.

COMMENT LE FAIT-ON ?

Notamment par des temps déterminés pour cela. Des temps où tous les professionnels pluridisciplinaires se rencontrent et échangent sur les pratiques qui peuvent être faites, sur les points clés, les points forts, les points faibles, et ceux pouvant poser problème mais aussi sur la manière dont on peut réorganiser les choses pour être plus efficace.

Troisième élément, le plus important dans nos échanges, c'est la notion d'approche individualisée. L'idée est de prendre en compte et de s'adapter à chaque personne que l'on accompagne. Chaque personne âgée est différente. L'importance est de s'appuyer sur chacune d'elles et de discuter, de l'interroger, de voir quelles sont ses habitudes de vie, et de repartir de la personne elle-même.

En fonction de cela, on s'adaptera. On utilise la démarche adaptée à l'état d'avancement de chaque personne, en fonction des représentations que peut avoir chaque personne âgée.

Ainsi on rentre dans une démarche de prévention. On l'a bien vu avec l'exemple de Madame HAUTBOIS travaillant sur une notion d'exemplarité. La prévention et surtout la prévention primaire est importante. Il faut démarrer dès le plus jeune âge.

Chez un petit enfant ou même un bébé, il ne faut pas attendre que les dents soient là pour lui montrer qu'on peut investir une bouche. Il s'agit d'intégrer cette notion dans une nécessité de soins et dans une pratique quotidienne. Il faut lui montrer que se rincer la bouche est essentiel.

Pour que cette notion d'exemplarité puisse se mettre en place et ainsi éviter l'exemple que l'on a eu ce matin, qui était de dire que Madame X n'est pas allée chez le dentiste depuis 43 ans, il faut faire en sorte que cela devienne une pratique la plus quotidienne possible. L'exemplarité est donc indispensable.

Autre point fort, celle des représentations des soignants et des personnes âgées. Ce qui est important, c'est que chaque soignant fasse évoluer ses représentations et qu'il puisse intégrer les soins pour lui-même avant de les intégrer chez la personne âgée. C'est toute une démarche à faire avant tout sur soi. Réfléchir à ce qu'est un soin de bouche et comment s'approprier un soin de bouche. Comment s'y prend-on? Comment réagissons-nous face à une bouche ? A un soin ? A une démarche ? Plus le soignant sera lui-même à l'aise avec cette démarche, plus il pourra être au clair avec les personnes qu'il encadre et qu'il soigne.

Cette intégration de soin est essentielle dans toute démarche. Un soin n'est possible qu'à partir d'une relation de confiance. On peut tout essayer, mais si la relation de confiance n'est pas là cela ne fonctionnera pas. Cela correspond vraiment à un élément clé. Investir une bouche, c'est une véritable intrusion. Ce n'est pas évident. Ce n'est pas anodin de mettre les doigts dans une bouche et de faire ouvrir une bouche. Ce n'est pas simple pour chacun d'entre nous, tout simplement.

Une première relation de confiance doit être instaurée avant d'entrer dans une deuxième étape. Une toilette buccale est une toilette intime. On a vu que la toilette intime ne posait pas de problème, et se faisait régulièrement dans les pratiques de tous les jours, alors qu'une toilette buccale est beaucoup moins évidente. Un des premiers leviers est donc la relation de confiance.

La valorisation d'une estime de soi aussi bien pour les soignants que pour la personne âgée est indispensable.

*Pourquoi est-ce aussi important ? Si cette toilette intime n'était pas faite, on pourrait très vite parler de négligences ou de maltraitance. Cela apparaît de façon moins récurrente pour les soins de bouche, mais est tout aussi important. Nous sommes dans une notion de **négligence**. On peut aller jusqu'à la notion de **maltraitance** mais il faudrait que cela soit intégré dans toutes nos pratiques.*

Les mots clés qui ont pu être évoqués :

- **Une première démarche de prévention**
- **Une notion d'exemplarité**
- **Une notion de progressivité.**

On ne va pas tout de suite dans un soin de bouche. On explique, on conforte, on échange et petit à petit on avance dans ce soin.

On envisage des soins avant d'agir et on n'avance pas tête baissée sur les soins. On réfléchit avant d'agir et on discute avec la personne. On adapte en fonction de chacune. Quand on est au sein de services à domicile ou en établissement il faut que la dynamique soit renforcée par la direction et par l'ensemble des équipes.

Tous les professionnels sont très bien formés mais ils peuvent eux aussi faire remonter des informations. Il faut vraiment que la direction soit partie prenante de la démarche pour qu'une vraie dynamique soit mise en place.

En plus de la direction, il faut que l'ensemble des équipes et l'ensemble des personnels soignants et non soignants dans les formations qui ont pu être données par la Mutualité Française Bourgogne soient impliqués. On a pu noter aussi d'autres professionnels comme des cuisiniers. Les équipes sont pluridisciplinaires.

Tous les professionnels doivent être, à un moment ou à un autre, impliqués car ils occupent une place dans cette démarche. Cette formation doit être la plus pluridisciplinaire possible.

Nous avons eu une expérience par rapport à cela. C'est pourquoi on évoque la formation initiale et sur la manière dont les choses s'organisent au niveau des instituts de formation en soins infirmiers et d'aide-soignant. On note 4200h de formation, 15 semaines de stage prévues notamment pour les infirmières, et des temps de pratique importants. Il y a beaucoup de théorie mais l'idée c'est de pouvoir augmenter encore le temps de pratique. Il faut aussi que les étudiants confrontent la pratique à la théorie ou la théorie à la pratique. Rentrer dans une vraie démarche de pratique est indispensable pour intégrer et s'approprier les soins pour ainsi faire évoluer leur propre représentation. La formation est pluridisciplinaire et intersectorielle.

L'idée est vraiment d'entrer dans une démarche la plus globale possible, une démarche systémique la plus large possible, et ne pas juste faire un soin de bouche. Il faut intégrer le soin de bouche dans une démarche plus large, une démarche de bien être et de confort d'échanges, de valorisation de soi et d'estime de soi.

D'autres mots clés :

- Une ouverture d'esprit et une **relation de confiance**
- **Une variabilité de la dimension du soin.** Il faut s'adapter à chaque personne, partir de la personne elle-même et non pas rentrer directement dans le soin de bouche. Si la personne est au stade des soins de bouche, il n'y aura pas de soucis. Par contre, pour certaines personnes, il existe d'autres démarches. Donner un verre d'eau, c'est aussi un soin de bouche. On peut améliorer le confort en passant une compresse. Il existe des degrés de progressivité. Il faut s'adapter à chaque personne et varier les soins en fonction de chacune.

Intervention de Madame X

On ne peut pas aboutir forcément rapidement à 3 toilettes buccales tous les jours. Il y aura frustration de part et d'autre.

Reprise de Martine BOUCHATON

- **Personnalisation de la relation.** L'idée est aussi de ne pas vouloir aller trop vite, sans vouloir rentrer directement et systématiquement dans un protocole de soin. Il faut s'adapter à chaque personne. Même si cela prend plus de temps, il faut repartir de la personne elle-même. De toutes façons, petit à petit on arrivera au protocole et il sera mis en place sans aucun souci. Il vaut mieux y aller petit à petit et être sûr qu'au fur et à mesure des séances et des démarches qui ont été suivies, on puisse appliquer plus particulièrement ce protocole.
- **Les temps réguliers accordés aux échanges.**

Intervention de Madame X

Cela est évoqué de façon récurrente dans les équipes, le manque de temps de transmission, de temps pour échanger et faire le point. On se rend compte que si le temps d'échange n'est pas pratiqué de façon régulière, les choses ne se feront pas ou se feront mal. Ce temps consacré en amont n'est pas du temps perdu. Il est vrai que c'est difficile de trouver dans une séquence de 3h, un temps pour parler des pratiques. Ceci est nécessaire et on ne doit pas le considérer comme du temps perdu. Même pour les soignants entre eux, il n'y a jamais assez de temps pour échanger sur leurs pratiques.

Reprise de Martine BOUCHATON

La prévention est, bien entendu, un vrai métier. Que ce soit la prévention primaire, secondaire ou tertiaire, nous sommes dans une démarche et un vrai métier valorisant. Il s'agit d'une démarche à part entière, transversale à tout ce qu'on a vu jusque là, et indispensable. Concernant le temps, malheureusement on en manque mais il faut essayer d'intégrer au mieux et de prendre le temps dans les transmissions ou dans d'autres réunions pour échanger au moins sur ces axes là.

Nous avons souhaité aussi aborder la notion d'**humanité des soignants** c'est-à-dire de garder un objectif le plus réalisable possible, sans vouloir aller trop vite et rester humble. Les personnes âgées sont toutes différentes. Chacun va à son rythme. On reste humble, mais on avance pour maintenir la fonction première de la bouche.

Concernant les perspectives et les recommandations, que peut-on mettre en avant ?

Mettre en place une démarche prévention dès le plus jeune âge et bien entendu qui soit pérenne.

Intervention de Madame X

On peut démarrer la prévention à tout âge, il n'y a pas de limite. On peut démarrer des soins de bouche, même si ce sont les premiers à 95 ans. Dans la mesure où l'on apporte immédiatement une sensation de confort. On peut faire de la prévention à tout âge.

Reprise de Martine BOUCHATON

Plus cette prévention est faite tôt, plus on évite les problèmes qui y sont liés. Pour reprendre le terme de Madame HAUTBOIS, il faut rendre les personnes bucco conscientes. Ce terme est très évocateur.

Intervention de Madame X

C'est une manière pour elle de réinvestir la bouche qui leur sert quelque fois à parler. Il est cependant vrai que lorsqu'une personne n'a plus beaucoup de dents, elle n'aura pas envie de sourire et aura des difficultés pour manger. Il est vrai qu'être conscient de l'importance de sa bouche permet de réinvestir une dimension que les gens ont largement oublié.

Reprise de Martine BOUCHATON

Il faut donc considérer les soins de bouche comme un soin prioritaire.

La première étape consiste à retravailler sur ces propres représentations de chaque personne pour pouvoir, dans un second temps, avancer. Une importante incitation à une visite préalable à l'entrée de l'institution est également essentielle. Une première visite chez un dentiste permet d'avoir un premier état des lieux, indispensable pour la suite. Si cela est possible une pré-visite est recommandée.

Il faut inclure cette démarche de soin bucco-dentaire dans un projet individualisé. Il est aussi très important de faire ressortir ceci à plusieurs reprises dans les échanges pour être intégré dans le projet de vie de chaque personne pour que chacune puisse avancer à son rythme.

C'est important aussi, si on veut que la démarche soit systémique et la plus complète possible, d'impliquer les familles et les tuteurs. Ce qui a été fait à Châtillon.

Chacun à son niveau doit s'impliquer pour avancer tous dans le même sens. Comme vu dans la présentation de l'Observatoire Régional de la Santé, les freins peuvent être quelquefois les familles et ce pour diverses difficultés. Si on arrive à les intégrer, on aura davantage avancé de pratiques au sein des formations initiales. En effet, mettre plus en lien la pratique à l'issue de la théorie a été évoqué.

*Nous avons aussi abordé la notion d'**outil**.*

Beaucoup d'outils sont mis en place. L'important est de pouvoir soit créer soit réadapter et surtout s'approprier les outils qui pourront être utilisés au sein des différentes structures, des grilles de recueil ou autres. Il faut que les équipes soignantes s'approprient les outils ou les conçoivent elles-mêmes et analysent de façon régulière, leur pratique. Cela peut se faire à différents niveaux, notamment à travers la formation professionnelle.

C'est important de mettre en place une formation professionnelle, mais l'élément clé est surtout d'organiser des demi-journées ou des journées à distance. A l'issue des deux journées les personnes auront acquis de nombreuses informations et éléments de pratiques qu'elles pourront ensuite appliquer sur le terrain.

Dans un deuxième temps, il faut que les équipes encadrant les personnes âgées soient soutenues et il est important aussi d'organiser des rencontres régulières pour déterminer les éléments facilitant les freins et tout ce qui a pu être engendré depuis. Cela peut se faire aussi à travers des formations continues mais aussi via les formations initiales.

Il est important que les personnes soient formées de façon régulière et de pouvoir revenir de façon récurrente sur des formations plus ou moins courtes ou longues. Dans tous les cas, ces formations doivent être pérennes et les temps de transmission au cours de réunions d'équipes pour échanger entre professionnels sont importants. Il est essentiel de valoriser la prévention afin de montrer combien elle est indispensable.

*Nous avons aussi évoqué une notion de **dédramatisation des soins**. Finalement échanger avec la personne âgée, c'est aussi lui montrer qu'un soin peut être fait. Il faut commencer par lui expliquer que cela peut se faire petit à petit. Il est vrai que ce n'est pas dans nos pratiques. Aujourd'hui les personnes âgées n'ont pas l'habitude, mais avec un travail au quotidien, on peut dédramatiser ce soin et le rendre plus facile et plus acceptable.*

Intervention de Madame X

On a eu en formation l'expérience racontée d'un soignant d'un tel souvenir de sa visite chez le dentiste, qu'il ne pouvait pas encourager lui même les personnes âgées à y aller. En disant "que la dernière fois c'était tellement horrible que je ne veux plus y aller". Quand la personne âgée, qui n'est pas allée chez le dentiste depuis 15 ans ou 20 ans, entend ce discours, ce n'est évidemment pas incitatif. Il faut donc aussi que les soignants dédramatisent et fassent évoluer leurs représentations. Ils doivent être eux-mêmes un vecteur. Derrière une mauvaise expérience il faudra déployer beaucoup de moyens et d'énergie pour arriver à un climat de confiance.

Madame BOUCHATON

Le dernier point est le soulagement de la douleur. Apporter du confort est aussi un objectif par rapport à la dénutrition. Tout est extrêmement lié. Un soin de bouche est aussi un soin de confort qui permettra à chaque personne âgée de bien s'alimenter et de rester dans un bon objectif. Il est vraiment nécessaire de faire attention à cela vis-à-vis de la dénutrition et de l'alimentation.

Une dernière question nous a été posée, pour des personnes âgées et notamment des personnes dépendantes, avec l'idée de pouvoir intégrer les brosses à dent électriques.

Il est vrai que dans les trousse bucco-dentaire remises par la Mutualité Française Bourgogne, il n'y a pas de brosse à dent électrique. C'est une brosse à dent manuelle. C'est une question que l'on s'est posé. Est-ce que cela peut être une question à envisager pour des personnes âgées dépendantes ? C'est une piste ouverte.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Docteur CŒURIOT, Chirurgien dentiste CHU de Reims

La complexité de la toilette buccale et le souci par rapport avec la toilette intime sont des points souvent relevés au cours de cette journée.

On peut noter aussi l'implication d'un grand nombre de personnes et pour cela féliciter l'organisation.

L'important n'est pas seulement la formation initiale mais que la formation continue soit obligatoire.

Il faut que, du directeur à l'ensemble du personnel, tout le monde soit impliqué.

ATELIER 2

L'ODONTOLOGIE : UNE BOUCHE EN ÉTAT : POUR MANGER, COMMUNIQUER, PRÉSERVER SON IMAGE QUEL QUE SOIT SON ÂGE



par Henri MAZUE, Président MGEN section Côte-d'Or et Secrétaire Général de la Mutualité Française Bourgogne

Les 3 témoignages :

Docteur Michel DUCLOS, Gériatre Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

et Natacha MONNOT, Directrice Pôle Personnes âgées, Mutualité Française Côte d'Or-Yonne

Etat de santé corrélé à l'état de santé bucco-dentaire : la bouche comme reflet de la santé ; infections pulmonaires, cardiopathies, dysfonctions immunitaires

Docteur Marie-Pierre MAILLEFERT, chirurgien dentiste

et Docteur Jean-Michel BROTHIER, chirurgien dentiste Union Française de la Santé Bucco-Dentaire Bourgogne

Les aspects psychologiques liés à une mauvaise santé bucco-dentaire : symbolique de la bouche, troubles de l'élocution, image de soi, perte de l'estime de soi, approche spécifique du patient âgé.

Michel MARTIN, Président de la Mutualité Française Côte d'Or-Yonne et Président de la Mutuelle Releya

Le rôle de l'Assurance maladie dans la réponse aux besoins de santé : offre et prise en charge pour cette population dans le contexte actuel. Rôle important des complémentaires santé dans le domaine bucco-dentaire. La prévention, dépasser les intentions,... retour sur investissement pour les générations futures..

Le premier point que nous avons noté parmi les points forts c'est la notion de l'approche sociologique et du type de vieillissement. Il a semblé ce matin, à certains des intervenants, que nous étions tous d'accord sur l'idée qu'il était nécessaire d'avoir une approche positive et éthique du vieillissement. Cela doit impérativement nous conduire à accompagner le vieillissement et à traiter les questions relatives au vieillissement d'une certaine manière.

Nous avons également abordé l'aspect santé globale de la personne pour l'ensemble des personnes âgées à domicile et en établissement. Le thème de la journée concerne la santé bucco-dentaire et plus particulièrement la santé bucco-dentaire en institution.

Des remarques ont été faites ce matin notamment par le Président du Conseil de l'Ordre des Dentistes mais là aussi je pense que nous sommes d'accord pour dire que bien évidemment la santé bucco-dentaire contribue à la santé globale de la personne âgée.

Nous ne pouvons pas dissocier d'une part les questions spécifiques de santé bucco-dentaire au niveau des personnes âgées en établissement et celles qui ne le sont pas. Il s'agit d'un problème très général et quand on sait que 80 % des personnes âgées vivent à domicile, on voit aussi l'importance d'une réelle pré-occupation et de réelles conduites d'action d'aide dans ce domaine de santé bucco-dentaire pour les personnes qui sont à domicile.

Il est nécessaire de prendre en compte cet aspect plus général de la population et cela me permet d'insister sur un point particulier de la situation des personnes âgées en milieu rural, puisque les besoins de santé existent là aussi. Les possibilités de soins sont un peu plus difficiles. Peut être que l'approche des personnes âgées en milieu rural est légèrement différente, il ne doit pas y avoir pour autant de laisser aller sur leur état de santé bucco-dentaire.

Je crois qu'il faut être attentif pour permettre à toutes ces personnes âgées où qu'elles soient sur un territoire, de pouvoir accéder aux soins, de faire appel à des professionnels et de les accompagner.

Le troisième point, le mauvais état bucco-dentaire comme facteur de dénutrition. Je pense que cela ne nécessite pas de commentaires puisque ce matin le Docteur DUCLOS l'a largement évoqué. C'est un élément premier de dénutrition, mais peut être pas le premier facteur de dénutrition. C'est un élément important, mais ne résumons pas la dénutrition uniquement à une question bucco-dentaire.

Pluridisciplinarité : travailler ensemble et non à côté des autres. Le mot est sans doute impropre. Je crois qu'il faut que nous allions beaucoup plus loin dans cette analyse pluridisciplinaire. Cela concerne bien évidemment les soignants et les dirigeants des établissements et là nous pouvons parler de pluridisciplinarité. Mais cela concerne également les professionnels de santé au sens beaucoup plus large. Cela concerne aussi les familles des personnes âgées. Il est indispensable que l'ensemble des responsables de la société et des proches des personnes âgées soient concernés. Il s'agit donc vraiment d'une pluridisciplinarité à géométrie très élargie.

Toujours dans les points forts, les notions d'image de soi et de vieillissement.
On va s'arrêter un peu sur la notion d'image de soi, car nous l'avons traduite de façon un peu brève mais le constat peut être fait de natures diverses :

Premièrement l'image de soi, n'est peut-être pas très bonne chez les personnes de cette génération. Les gens n'étaient probablement pas aussi attentifs, tout du moins de manière assez inégale par rapport à aujourd'hui. Ce qui peut expliquer qu'il y ait eu et qu'il y a des états bucco-dentaires plus mauvais que ce que nous pouvons et pourrions observer. Actuellement et dans le futur néanmoins, si cette image de soi n'est pas totalement bonne elle sera totalement dégradée dès lors qu'il y aura un problème de bouche.

Cela provoque de nombreuses difficultés explicitées par les deux professionnels dentistes intervenus ce matin, comme la description des attitudes, des faiblesses, des phénomènes, des replis sur soi, ... Cette image de soi est dégradée et dès lors qu'il y a des soins et des travaux, elle peut être totalement modifiée. Nous avons entendu l'expression du Docteur MAILLEFERT traduisant la réaction et l'attitude d'une personne ayant subi une restauration totale de la bouche. Cette personne a été opérée et a totalement changé. Repliée sur elle-même, elle était mal à l'aise et très triste puis a eu tout d'un coup envie de vivre une nouvelle vie.

Tout ceci se place dans un contexte particulier où l'image a beaucoup d'importance. Il n'y a pas que l'image de soi mais aussi l'image en général, et nous y sommes de plus en plus attentifs.

Aucune divergence n'a été exprimée ce matin. On note une bonne compréhension des uns et des autres.

Cela a été mis sous forme de constat. Un mauvais état de santé bucco-dentaire est égal à un mauvais état de santé général. Cela peut paraître un peu basique. Ces éléments réaffirmés, se révèlent totalement exacts. La bouche n'est pas une préoccupation première. On a bien entendu ce matin, le fait que l'on s'occupait davantage des pieds que de la bouche et que les choses ne devraient pas se faire ainsi. Il faut être attentif aux soins bucco-dentaires tous les jours.

La bouche n'est pas une préoccupation première, peut-être est-on en train de le découvrir. Cela peut paraître comme un lieu commun or, ce n'en est sans doute pas un. Je crois que l'on doit tous se poser la question et surtout faire passer cette idée.

La restauration de l'état bucco-dentaire doit être perçue comme un facteur de redynamisation de la vie. Se donner les moyens d'agir est une formule très large qui peut paraître banale. Mais on voit bien que les diverses actions en cours dans les institutions -vous avez longtemps entendu ce matin le descriptif de ce qui est conduit dans les établissements de la Mutualité- est un exemple de moyen d'agir. Nous commençons à prendre en considération cette obligation d'agir dès l'instant que nous considérons qu'il y a un réel besoin. Nous devons agir collectivement et à tous les niveaux de responsabilités que chacun peut ou doit avoir mais aussi au sein même de sa famille. Nous devons nous donner les moyens de faire évoluer ce constat qui est véritablement préoccupant.

Les mots clés

- **Vision éthique**

Il s'agit probablement de tout un accompagnement aux aînés et de toute une approche de santé, y compris de notre propre santé.

- **Le sens collectif**

Une solidarité généralisée est nécessaire pour prendre en charge les besoins de santé et les personnes en situation de vieillissement. Les modalités de traitements ou de tels problèmes sont les mêmes qu'ils s'agissent du bucco-dentaire ou d'autres types de difficultés liées au vieillissement voire à d'autres types de difficultés. Nous devons tous être solidaires dans la conduite des actions à mener pour régler ces questions de santé, et plus spécialement les questions du bucco-dentaire.

Cela a été plus particulièrement illustré ce matin par la Directrice du Pôle Personnes Agées de la Mutualité Française Côte d'Or-Yonne qui nous a décrit la manière dont sont conduites les actions globales dans les établissements. Cela passe par le Directeur du Pôle Personnes Agées mais également par les directeurs d'établissements et par l'ensemble des équipes soignantes.

Pour se mettre en marche, il faut se mettre en coordination. Il faut commencer par se préoccuper du problème et ensuite mettre en œuvre des systèmes de fonctionnement et se donner les moyens, y compris de temps. C'est un exemple du sens collectif que nous devons avoir les uns et les autres. On peut prendre aussi d'autres exemples, encore une fois hors institutions, mais tout cela passe aussi par la formation et la coordination des acteurs. Ce n'est pas parce qu'on a de la bonne volonté que l'on va être performant, ce n'est pas non plus parce qu'on a l'intention de faire quelque chose que l'on va bien le faire. La prise de conscience est indispensable tout comme la volonté et la formation, de manière à comprendre les processus et les cheminements. Cette formation de l'ensemble des acteurs est indispensable et doit être continue et adaptée.

PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

Nous ne sommes pas en train de dire ce qu'il faut faire. Les perspectives et recommandations sont des idées que nous soumettons à la réflexion de chacun ; ce sont des éléments sur lesquels on doit se pencher. Il existe un certain nombre d'éléments, sans doute de nature diverse et inégale. Nous avons retenu les principaux.

Parmi les éléments souvent sortis ce matin, relatifs aux besoins des soins des personnes en institutions, on peut noter :

- **La question du transport**

Cette question est osée car les transports des personnes âgées dépendantes ne sont pas toujours faciles. Quand il s'agit d'une consultation, il n'y a pas de prise en charge. Tout cela est compliqué. Il est compliqué de trouver des solutions pour améliorer ce problème qui semble être un réel problème.

- **Sensibiliser les professionnels de santé à la prise en charge spécifique des personnes âgées.**

Pourquoi cette recommandation ? Le Docteur MAILLEFERT a insisté ce matin, notamment sur le fait qu'on ne traite pas une personne âgée comme une autre personne pour des diverses raisons. Il est important d'avoir une approche spécifique de la personne âgée qui, parfois, est en état de détérioration. Si depuis 43, 48 ou 52 ans, la personne n'est pas allée chez le dentiste, il y a sans doute des choses à expliquer avant d'intervenir. Cet exemple est extrême mais l'approche doit être tout de même particulière. Nous avons tous autour de nous des personnes âgées, et on observe bien, que ce soit pour les actes courants de la vie ou pour toutes autres démarches, que nous devons avoir une approche particulière et cela aussi dans le domaine du soin.

- **Mise en place d'une consultation bucco-dentaire en pré-admission en institution**

Cela a été souligné comme un besoin et une nécessité. On se préoccupe ainsi de la situation et on pourra donc mieux enclencher le soin.

- **Mise en place de l'unité mobile**

Il existe des problèmes lorsque les personnes âgées doivent se faire soigner de manière large, de même pour aller voir le dentiste. Il est utile que cette unité soit mise en place. Il existe d'ailleurs des buccobus de manière à améliorer la prise en charge et ainsi faciliter les soins.

- **La prévention en amont**

Très largement développé tout à l'heure par Martine BOCHATON, nous sommes tous d'accord sur cette idée, à condition d'en déterminer les contours et les contenus avec précision.

- **Travailler une approche spécifique à la personne âgée dans la santé bucco-dentaire.**
Dans la fameuse pluridisciplinarité, les acteurs de l'Assurance Maladie rentrent également en jeu qu'ils soient en régime obligatoire ou en régime complémentaire. La Mutualité a aussi un rôle important à jouer, ce qui est actuellement le cas dans un certain nombre de situations.

Je vous remercie de votre attention.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Monsieur Y

Effectivement à travers la prévention, doivent se faire la consultation bucco-dentaire et le dépistage. Il faut donc créer une demande mais la principale difficulté est de pouvoir faire face à cette demande. Contrairement à ce qui a été dit, les soins conservateurs sont pris en charge intégralement si l'on a une mutuelle. Ce n'est pas le problème.

Mais comment et où réaliser le soin ?

Le transport par exemple est un problème primordial pour faire face à cette demande. Sinon, il y aura une frustration. Dépister une carie et ne pas pouvoir la soigner, c'est tout de même dommage.

Madame V

Une personne qui maigrit et pour laquelle le dentier ne correspond plus à sa bouche, ne mangera plus. Le syndrome de glissement de la personne se met alors en place avec au final le décès. Il est très important de souligner que la dentition est importante tout comme les soins de bouche.

Il est vrai aussi qu'un dentiste se déplaçant dans les maisons de retraite est idéal, sans parler, du manque de matériel adéquat dans les maisons de retraite. Il serait également important que le dentiste parle aux familles car lorsque nous nous en chargeons, les familles se butent en précisant "ne pas avoir les moyens d'acheter un dentier". Il est important aussi de dire si la personne ne mange plus et se laisse aller.

Une personne qui n'a pas de dentier a un visage complètement déformé. Si elle ne s'apprécie pas en se regardant dans le miroir, elle baissera les bras, et n'aura plus envie de vivre. C'est aussi important que les ongles des pieds.

Monsieur Y

On a beaucoup parlé de la prévention chez la personne âgée, mais l'important aussi c'est la prévention dès le plus jeune âge. C'est par les enfants que l'on fera passer les bonnes habitudes. Cela ne se fera pas demain dans les EHPAD mais c'est la seule solution que l'on ait.

3^{ème} PARTIE

Reprise de la séance plénière

15 h

LA SANTÉ ORALE CHEZ LES JEUNES PATIENTS
EN SITUATION DE HANDICAP :
RÉALITÉS ET EXIGENCES D'UN SERVICE D'ODONTOLOGIE

Docteur BENOIT

Chirurgien dentiste en libéral et au CHU de Dijon Service Odontologie

Docteur ANDERSON

Chirurgien dentiste au CHU de Dijon Service Odontologie

15 h30

L'IMPACT DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DANS LA DÉPENDANCE
POINTS COMMUNS ET SPÉCIFICITÉS
ENTRE GÉRIATRIE ET JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP

Professeur Martine HENNEQUIN *de la faculté de chirurgie dentaire de
Clermont-Ferrand et directrice de l'équipe d'accueil du 3847 "Déficiência d'incapacité et des avantages en santé orale"*

LA SANTÉ ORALE CHEZ LES JEUNES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP : RÉALITÉS ET EXIGENCES D'UN SERVICE D'ODONTOLOGIE

**par le Docteur BENOIT, Chirurgien dentiste en libéral et au CHU de Dijon
Service Odontologie**

Il intervient dans le service du Docteur PERRIN depuis une dizaine d'années qui lui a demandé de se tourner plus particulièrement vers les personnes handicapées ce qui l'a été dans un premier temps avec les trisomiques et ensuite le Docteur PAPILLARD suivi du Docteur ANDERSON.

**et par le Docteur ANDERSON, Chirurgien dentiste au CHU de Dijon Service
Odontologie**

Docteur ANDERSON

Notre but aujourd'hui est de vous exposer le service d'odontologie par le biais du service de soins spécifiques.

Le service a été mis en place chez le Docteur PERRIN en 1999. Ce sont environ 14 000 consultations par an. Ce n'est pas négligeable. La consultation en soins spécifiques se fait par les Docteur PERRIN et PAPART et le Docteur BENOIT ici présent. Ils reçoivent environ 400 patients par an et c'est certainement en deçà de la demande réelle qui est croissante, du fait du service qui devient de plus en plus connu dans la région.

Nous avons des patients référés de la Haute-Marne, de la Nièvre, de l'Yonne, du Jura, et du département de la Saône-et-Loire. Nous avons donc de plus en plus de demandes.

Toutes les semaines, il y a une consultation le vendredi matin de praticiens attachés à l'hôpital général.

La grande majorité des patients est déjà passée soit par un médecin spécialisé de l'établissement, soit par un chirurgien dentiste, soit un médecin généraliste ou éventuellement un pédiatre. Les patients sont reçus sans distinction de patients anxio-phobiques, d'autistes, de trisomiques, des enfants opposants insoignables par d'autres moyens. Une personne tétraplégique issue du service neurologique peut aussi être soignée chez nous.

Cela nécessite des besoins. Les patients sont souvent définis principalement au cours de la première consultation via une fiche de dépistage. Ces éléments orientent les patients vers des besoins de soins d'anesthésie locale, ou uniquement des soins sous sédation consciente ou encore sous anesthésie générale. Nos fiches de dépistage sont assez complètes, on cerne la demande du patient dès son arrivée puis on prévoit un plan d'attaque globale.

En cas d'anesthésie générale ou de sédation consciente, les soins et l'anesthésie générale dépendent du forfait d'hospitalisation. Le fameux GHS qui change entièrement les choses. A l'heure actuelle, la sédation consciente n'a pas de véritable financement. De ce fait les patients sont invités à contribuer aux frais par le biais des dépassements d'honoraires. La politique de service est de ne pas demander des dépassements d'honoraires pour le patient handicapé.

On doit aussi tenir compte des besoins physiques, du transport comme mentionné ce matin. Il est nécessaire de recevoir les patients dans des locaux adaptés. Il faut recevoir des patients à la fois valides et des patients arrivant dans le service en fauteuil roulant. Il faut du matériel dentaire et des accès facilités au cabinet ainsi que d'importants besoins en personnel. Il s'agit d'une des plus grandes charges du service des infirmières.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

En cas de non possibilité de préparation de la part du patient ou un état de santé particulier, quelques actions bucco-dentaires nécessitent une anesthésie générale. Il est parfois difficile de soigner sans anesthésie générale. Cela nécessite une hospitalisation, une surveillance post opératoire, une visite préalable avec un médecin anesthésiste, un plateau technique et la présence de l'anesthésiste. On ne rentre pas dans le cadre de l'éducation du patient, il faut donc sortir des habitudes de pratiquer des anesthésies générales. On reste toujours dans un contexte réfractaire aux soins, ce qui change beaucoup de choses pour le service.

La sédation consciente entre dans un contexte de tarification. Ce n'est pas la même approche.

LA SÉDATION CONSCIENTE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est une technique d'utilisation d'un ou plusieurs médicaments, déprimant suffisamment le système nerveux central pour rendre l'exécution des soins possible, pendant laquelle la communication avec le patient est maintenue. Le patient peut répondre à une commande verbale.

On a la sédation consciente par inhalation du Méopa : c'est un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, le fameux gaz hilarant aussi connu sous le nom de kalinox. Il a une rapidité d'action d'environ 3 à 5 minutes avant que le patient redevienne plus calme et réversible en 3 à 4 minutes en respirant de l'air normal. On note une récupération très rapide et une élimination du corps en moins de 5 minutes. Le produit est tellement vite éliminé que l'on peut conduire une voiture après une séance de Kalinox. On note peu de contre-indications mais on peut observer tout de même des problèmes respiratoires graves. Il n'y a pas de transformation du produit contrairement à d'autres. La compétence du chirurgien dentiste formé est également un facteur à prendre en compte.

Cela nécessite du matériel comme des masques, des tubulures et des filtres individuels ainsi que la présence de deux assistants dentaires et d'un praticien.

Selon une étude récente, on estimait à 60 € l'intervention Kalinox. Pour vous donner une idée en 2008, il y a eu 153 interventions de Kalinox, 8 de ces actes étaient honorés et il y a eu 145 actes à la charge du service. Je dirai que cela représente 8700 € sans compter les frais de personnel. A côté de cela l'anesthésie générale est prise en charge par les CHS et la Sécurité sociale. En 2009, il y a eu 170 interventions, la demande est donc croissante. On peut aussi noter que le nombre d'enfants opérés handicapés ou non à l'hôpital des enfants est passé de 82 en 2008 à 94 en 2009.

En ce qui concerne la sédation consciente, il s'agit d'une injection par voie intra veineuse d'un produit, le Ménasolyne par titrations. L'objectif est de détendre le patient pour avoir davantage de coopération pour les soins qui sont, peut être, plus compliqués. Ce produit est complètement réversible et a une efficacité d'installation par perfusion.

La sédation est plus profonde que le Méopa et le coût est modéré en comparaison à l'anesthésie générale. On note une récupération dans la journée du fait d'une courte demi-vie c'est-à-dire une rapidité de transformation. On peut ensuite faire des séances plus longues, ce qui nécessite moins de déplacements pour le patient, moins de transport et moins de frais de personnel.

On a besoin de perfusion par voie intra veineuse, de plusieurs personnes pour accompagner, de monitoring pour la tension artérielle, pour le pouls et pour la saturation en oxygène ; on a besoin également d'une formation préalable mais aussi d'un accès à l'oxygène dans les services. Le matériel représente donc un certain budget mais il est favorable par rapport au Méopa et à l'anesthésie générale.

En ce qui concerne l'hygiène, on constate une hygiène orale déplorable chez les personnes ayant une déficience cognito-motrice placées en institutions. Il s'agit bien d'une situation de précarité nutritionnelle et morale. Il y a une réalité dans la non transmission des consignes de la toilette orale. Il n'y a actuellement aucun corps de métier s'occupant de cela pour nos jeunes patients en institution. C'est une véritable catastrophe de santé publique.

Il n'y a pas de statut d'hygiéniste dentaire en France mais il semblerait que les aides de vie ou les aides-soignantes soient sensibles à ce geste. Il s'agit déjà d'une grande avancée.

FILM

DÉBAT AVEC LA SALLE

Un dentiste

Dans le cadre de vos examens préliminaires pour les besoins spécifiques des patients, avez-vous d'autres sources d'informations en ce qui concerne leurs besoins et leur maladie ?

Docteur ANDERSON

Le dossier médical arrive avec la lettre de recommandations.

Le dentiste

Par qui ? Par le pédiatre ? Par le dentiste ?

Docteur ANDERSON

Oui

Le dentiste

Je reçois des patients en consultation ayant des maladies d'origines génétiques. Nous n'avons pas réussi à mettre de nom sur leur infection sachant qu'il y en a à peu près 3500. Or seulement 100 sont à peu près cadrées par les spécialistes. Je voudrais savoir si vous avez un service de dépistage des maladies génétiques autour de vous.

Docteur BENOIT

Ce n'est pas de notre ressort.

Le dentiste

C'est de notre ressort pour la trisomie ou des patients tétraplégiques, mais les atteintes spécifiques dentaires pour les maladies génétiques restent encore à définir.

Docteur BENOIT

Oui, oui

Docteur DUCLOS

J'interviens dans un autre établissement de la Mutualité prenant en charge des enfants dans un IME. La difficulté n'est pas dans le soin mais dans le fait de convaincre les parents de l'utilité de faire des soins dentaires et d'avoir une hygiène dentaire. Je suis totalement désarmé, la pédiatrie n'est pas de mon ressort, contrairement à la gériatrie. Il y a des difficultés à cette période de la vie alors la gestion doit être extrêmement délicate pour les parents dont les enfants de 3-4 ans ont des dents en mauvais état. Pour ce type de patient c'est effectivement le parcours du combattant. Il est parfois plus difficile compte tenu du contexte parental. Un gros effort de prise en charge de ces enfants doit se mettre en place, car ce ne sont pas uniquement les enfants qu'il faut prendre en charge mais toute une famille. C'est pire que pour la gériatrie.

Docteur Marie HAUBOIS de la Mutualité Sociale Agricole

Je tenais à vous remercier pour le travail que vous avez fait pour nous l'avoir présenté car depuis ce matin on débat beaucoup sur ce sujet ; vous avez mis des images sur nos mots. Je trouve formidable de voir votre quotidien.

Docteur ANDERSON

Merci beaucoup.

L'IMPACT DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DANS LA DÉPENDANCE POINTS COMMUNS ET SPÉCIFICITÉS ENTRE GÉRIATRIE ET JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP



par le Professeure Martine HENNEQUIN de la faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand et directrice de l'équipe d'accueil du 3847 "Déficience d'incapacité et des avantages en santé orale"

Je suis Professeure d'Université, j'ai donc un double statut pour l'hôpital. Je dirige un service au CHU de Clermont Ferrand ne recevant que des personnes en situation de handicap mais surtout des personnes à besoin spécifique c'est-à-dire ne pouvant pas être soignées dans le cadre de la pratique générale. Dans le cadre de notre région, tous les patients sont référés. On recense à peu près 1600 passages par an. C'est une toute petite équipe et ces mêmes personnes sont aussi impliquées dans une équipe d'accueil labélisée par le ministère et travaillant sur la notion de handicap dans le domaine de la santé orale. Nous avons développé de nombreuses études pour valider plus précisément les procédures de sédation consciente.

Tous les dispositifs permettant de favoriser les accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires concernant des personnes ne pouvant pas être soignées de la même manière que la population générale.

Cela nous conduit à la définition du handicap et en particulier du handicap en odontologie. Le handicap étant défini par l'OMS, je voudrais surtout préciser les choses en ce qui concerne l'odontologie.

On peut avoir deux niveaux en odontologie.

Le premier niveau des personnes en situation de handicap est représenté par des personnes ayant une déficience de régime bucco-dentaire. Le niveau de handicap de ces personnes est exploité lorsqu'on regarde dans quelle mesure cette pathologie bucco-dentaire interfère sur la vie quotidienne de ces personnes, notamment l'aspect social et dans leur activité.

Notre pays a tout de même la chance d'avoir le meilleur système de santé du monde. Il nous est envié par de très nombreux pays y compris des pays industrialisés. Nous avons en particulier un accès aux soins pour la population générale représenté en France essentiellement par de la pratique libérale privée.

Dans le cadre des cabinets dentaires, nous n'avons pas pensé qu'un certain nombre de patients ne pouvait pas accéder à ces cabinets dentaires. Tout le monde n'est pas capable de rester la bouche ouverte pendant 20 minutes, une demi-heure dans le meilleur des cas, et d'exprimer ces propres besoins : "j'ai mal", "j'ai froid", "Est-ce que la douleur dure ?", "Oui elle dure ou non elle ne dure pas". Cela aide beaucoup pour les diagnostics. Etre capable de se ventiler par le nez alors que la bouche est pleine d'eau, être capable de tout contrôler, tout le monde ne peut pas le faire. On ne peut pas le faire en cas de troubles neuro-moteurs. Donner un sens au fait qu'il y a quelqu'un qui soigne votre bouche, que cela vibre, qu'il y a des odeurs, que cela génère beaucoup de stimulations sensorielles, tout le monde n'a pas les capacités cognitives ou d'adaptation pour faire face à cette discipline. Le domaine dentaire n'est pas le seul, il y a beaucoup de soins externes, gynécologiques, ORL où l'on retrouve les mêmes difficultés. Plusieurs études suggèrent que le soin dentaire est particulièrement représentatif des difficultés pour adapter des soins externes pour tous les gens ayant des troubles neuro-moteurs ou cognitifs.

Le deuxième niveau de handicap est caractérisé par la présence d'une déficience ou d'une incapacité qui ne les autorise pas ou ne leur permet pas d'accéder au service des soins ordinaires et reste incompatible avec la mesure de prévention banale. L'obstacle est caractérisé par une maladie, un trouble neuro-moteur, une démence de l'évolution, une démence des troubles cognitifs associés. Tout ceci constituera un obstacle à l'accès au soin de la population générale.

On vient de voir à Dijon une solution puisque le service de soins est quand même orienté dans ce sens, même s'il s'agit d'une petite porte à l'échelle nationale. Très peu d'hôpitaux possèdent ces services. On note une ouverture maintenant sur le réseau de soins dans la région Rhône-Alpes, en PACA, dans le Nord, à Strasbourg, à Rennes. Ces réseaux se mettent progressivement en place et font le lien entre la ville et l'hôpital avec une assistance financière pour les praticiens libéraux qui y participent.

Généralement, on reste encore dans une grande difficulté d'accès pour ces patients. La spécificité de leur prise en charge n'est pas prise en compte, c'est bien là toute la difficulté.

On s'intéresse à ces patients caractérisés par un besoin spécifique. On pourrait les définir comme étant des personnes présentant une déficience d'ordre mental, médical ou physique pour laquelle elle implique des pathologies, des modalités de traitement ou des préventions différentes de la population générale. Il est intéressant de se placer dans cette situation car lorsque l'on va demander où mettre en œuvre des dispositifs particuliers, il faudra montrer que ces dispositifs vont dans le cadre d'une discrimination pour ainsi compenser une discrimination négative. C'est important.

Quand des décideurs mettent en place des actions, nous avons toujours une tranche de la population générale qui va dire oui mais c'est toujours pour les personnes âgées ou les handicapés et ce n'est jamais pour nous. Il est toujours important de redessiner la ligne de base pour intégrer tout le monde, et les aider à atteindre un niveau d'égalité correct. On dispose d'une loi précisant "égalité d'accès à la santé pour chacun", il faut donc rester dans ce cadre là.

Ce sont donc des populations bien identifiées. Il existe une association internationale faisant la promotion de la prise en charge de ces populations et étant très active. L'association organise son congrès en août prochain à Gand en Belgique.

Les critères de situation de handicap en santé bucco-dentaire ne sont pas liés à des critères diagnostics. Ce n'est pas parce qu'une personne est porteuse de trisomie 21 qu'elle aura des besoins spécifiques. Beaucoup de jeunes peuvent aller chez le dentiste de la même manière que mes enfants et même parfois davantage. Beaucoup de personnes âgées n'ont pas de démence et n'ont pas besoin de compensation ni de spécificités d'actions. Elles ne sont ni liées à des critères de diagnostics ni à des critères d'âge mais vraiment uniquement à des caractéristiques d'accès aux soins.

Il existe tout de même deux exceptions :

- **Des populations à besoins spécifiques**

Ce sont des personnes phobiques du soin dentaire et très spécifiques justement à la situation du soin dentaire puisqu'elles vont éviter le soin du fait du développement d'un trouble anxieux.

- **Les très jeunes enfants de moins de 6 ans**

Un petit enfant n'a pas les capacités d'adaptation suffisantes pour satisfaire à de séances multiples de soins. Au delà d'une seule séance de soin, il échappera aux soins.

On ne peut pas associer une maladie rare à un comportement. Cela n'existe pas et même une maladie rare a des pathologies bucco-dentaires associées. Il existe des grands syndromes associés, on le sait pour la trisomie 21 et pour les infirmes moteurs cérébraux.

Pour ces grands syndromes oraux faciaux associés à des maladies génétiques, il existe une telle variabilité interindividuelle que nous sommes obligés de recevoir la demande individuellement de la part de chacun des patients et d'évaluer leurs besoins tant en soin qu'en prévention et de les adapter au contexte dans lequel il vit, car nous devons prendre en compte aussi l'interaction des facteurs environnementaux et les facteurs individuels.

Pour un pays industrialisé, l'ensemble des populations, personnes âgées dépendantes et très jeunes enfants est caractérisé par l'accès au même moyen de prévention et de soins.

Globalement cela représente 10 à 15 % de la population d'un pays industrialisé.

Si l'on essaie de faire le tour des dispositifs mis en place en phase avec ces populations, alors celles-ci sont caractérisées par une prévalence augmentée aux pathologies bucco-dentaires. Elles ont cependant les mêmes pathologies que la population générale sauf qu'elles le sont de manière plus précoce, plus fréquente et plus intense.

Chez les jeunes patients ayant des besoins spécifiques, on s'aperçoit que les différences sont peu flagrantes notamment chez les petits qui commencent à s'affirmer très nettement et plus particulièrement pour les maladies infectieuses et les maladies fonctionnelles dès l'adolescence. Cela évolue beaucoup et avec une grande recrudescence chez les personnes âgées caractérisées par un état de dépendance.

Les pathologies infectieuses dont les maladies carieuses et les maladies parodontales relativement optionnelles dans la mesure où elles sont multifactorielles. Du moment où l'on gère la flore buccale et son renouvellement, on peut stabiliser les pathologies.

Une hygiène bucco-dentaire quotidienne peut suffire à stabiliser ces maladies infectieuses. Mais il existe un bémol dans le cadre des populations où la salive est particulièrement altérée.

Malheureusement, c'est le cas là des personnes âgées dépendantes. A partir du moment où elles ont plus de 4 médicaments, il y aura forcément un des médicaments qui va inhiber la production salivaire. Dans ce cas là, le développement de ces maladies infectieuses sera beaucoup plus facile et la lutte quotidienne contre le développement bactérien beaucoup plus difficile.

C'est important de le prendre en compte, bien que l'on développe beaucoup d'énergie en gériatrie, dans le cas de la dépendance, nous ne sommes pas toujours aussi satisfaits que l'on voudrait.

Mais cela est normal et fait partie des difficultés dans la gestion de ces patients.

En cas de troubles neuro-moteurs, les personnes tombent plus souvent, elles sont manipulées par d'autres, elles passent du lit au fauteuil ou ont des crises d'épilepsie. Ces situations expliquent pourquoi on observe des traumatismes oraux faciaux touchant les muqueuses et les dents.

Les pathologies fonctionnelles vont s'exprimer soit par une conséquence de l'absence de dents ou d'une insuffisance d'éléments fonctionnels dentaires mais également par des troubles neuro-moteurs. Parfois les gens ont suffisamment de dents mais le schéma neuro-moteur permettant de faire fonctionner tout ça n'est pas présent.

La fonction linguale modifie au cours de la croissance l'état moyen de la face. On voit cela très bien non seulement :

- . chez les tout petits quand ils grandissent avec des troubles neuro-moteurs*
- . chez les jeunes adultes qui ont eu des accidents et dont le cerveau est lésé et pour lesquels la langue repart dans un mouvement archaïque*
- . chez des adultes qui pourtant ont eu une croissance faciale tout à fait normale*

Ce sont ces trois grands traits que l'on va cibler et qui caractérisent tous ces patients, que l'on soit en gériatrie ou en présence d'enfants ayant des troubles neuro-moteurs.

Les obstacles individuels à la santé orale sont également les points communs à toute cette population. Les troubles cognitifs sont responsables d'un manque de coopération aux soins mais également à un manque d'hygiène dans un établissement. On retrouvera cela en présence de personnes présentant des troubles cognitifs tel que l'autisme, qui peut également être associé à d'autres maladies.

Les troubles de la coopération sont aussi caractérisés par les troubles de la communication venant participer au fait que la personne ne comprendra pas ce que l'on attend elle, elle n'y verra pas d'intérêt et n'aura donc aucune raison de participer. Cette population est aussi caractérisée par la difficulté d'exprimer ses besoins.

Ce n'est donc pas uniquement du cognitif mais aussi du neuro-moteur. Dès que les muscles de la face ont un tonus altéré, tout ce qui est communication non verbale ne sera pas perçu chez les patients hypotoniques. Comme les patients porteurs de la trisomie 21, ils ont davantage de lenteur à la réponse effectrice et donc à l'expression. De ce fait, on passera à côté d'un clignement d'œil qui, chez un autre patient nous indiquerait qu'il y a un inconfort ou une douleur.

L'absence d'autonomie pour l'hygiène est aussi un point commun à tous ces patients. Il n'y a pas d'auto-détermination. Ils ne sont pas capables de penser qu'il faut aller se brosser les dents et l'absence de coordination neuromotrice -soit par défaut d'acquisition soit car la personne est en train de la perdre du fait de l'évolution de la pathologie neurologique- est une réelle difficulté à la mise en place d'hygiène autonome.

On retrouve chez ces patients les difficultés neuromotrices et cognitives caractérisant la dépendance. Ils seront soumis à la compétence des aidants, à leur motivation et à leur sensibilisation.

Je félicite au passage la Mutualité pour cette action. Il y a 20 ans, je n'aurai jamais pensé pouvoir assister un jour à une journée comme celle-ci, avec une aussi grande sensibilité et une aussi grande précision et spécificité des cibles vis-à-vis des actions de prévention.

Les grands points communs à toutes ces populations sont :

- . **La difficulté d'expression des besoins**
- . **La difficulté de coopération lors des soins et de l'hygiène dentaire**

Ces personnes vont très vite être confrontées à une réduction de l'accès aux soins.

En odontologie, la douleur et l'inconfort sont les premiers signes d'appel et toutes les sémiologies sont basées sur l'analyse de la douleur, sur sa fréquence et sur sa forme. Cela veut dire que les diagnostics sont rarement précis chez ces patients, et de ce fait, on attend une aggravation des pathologies bucco-dentaires.

Le problème c'est que les pathologies bucco-dentaires ont une commodité avec les troubles infectieux mais aussi avec les troubles dysphasiques.

Une altération des fonctions orales chez l'enfant apparaîtrait chronologiquement à la maturation dans ces fonctions relativement précoces. L'enfant de 4 ou 5 ans déglutit et mastique comme un adulte.

Pourquoi mastique t-il et déglutit-il comme un adulte ?

Un enfant a autant de dents qu'un adulte, il peut donc gérer une alimentation déjà texturée.

Ces troubles dysphasiques peuvent souvent être vus chez les enfants en développement ayant déjà des troubles neuro-moteurs. Ils apparaîtront en décroissant chez les personnes âgées qui auront des troubles neurologiques.

Tous les troubles démentiels liés au vieillissement et à l'apparition des troubles dysphasiques doivent être pour les dentistes un réel signe et un indicateur à travailler sur des questions et peut-être sur des prédictions.

Soit on continue à restaurer des dents afin de maintenir un peu de fonctions soit au contraire on reste uniquement dans l'accompagnement des personnes à renoncer à une fonction, qui de toute façon, sur le point neurologique, est perdue.

Nous sommes encore en amont par rapport à ces questions relativement épineuses. Ce sont des questions de terrain dont il faut discuter.

Les troubles dysphasiques sont corrélés à l'état de dénutrition, à la douleur du vécu des pathologies dentaires mais également des conséquences des pathologies dentaires.

La douleur est une maladie en soi. Elle augmente le stress, favorise l'inflammation et augmente les troubles comportementaux.

Nous avons régulièrement des jeunes. Je pense notamment à un jeune autiste traité pendant 2 mois avec des neuroleptiques pour des troubles comportementaux. Ceux-ci se sont résorbés lorsqu'on a extrait deux dents nécessitant une avulsion.

Cette situation est vraiment une confusion totale des genres. Traiter des troubles comportementaux car on les a attribués à la psychiatrie et car nous sommes dans le grand contexte des maladies mentales, alors que derrière cela nous avons des pathologies infectieuses.

L'halitose ou la mauvaise haleine a des répercussions sociales sur la personne elle-même, mais aussi sur ses proches et par conséquent sur l'accès aux relations sociales. Imaginer les orthophonistes travaillant avec des enfants dont la bouche sent mauvais et pour lesquels ils hésitent à mettre les mains dans la bouche.

De plus, un édentement n'aide pas à la mastication. Après la mastication, il y a la déglutition.

Les dents servent surtout à stabiliser la mandibule pour permettre la remontée du larynx lors de la déglutition.

Et là aussi on a des questions à se poser.

"Faut-il garder des dents et lesquelles ?" - "Quand ?" - "Comment ?" - "Quel est l'objectif à atteindre ?"

“Est-on sûr qu'en proposant le traitement, prothèse, extraction ou pas, on pourra maintenir le meilleur état espéré pour le patient ou au contraire ne risque-t-on d'aggraver la situation ?” - “Et quelles sont les alternatives ?”

Pour illustrer mes propos, j'ai rapproché des résultats obtenus au cours de mon intervention sur deux études avec l'Assurance maladie.

Cette étude concernait un échantillon des résidents des EHPAD de l'URCAM de Charente-Poitou-Limousin réalisée en 2004. Dans un échantillon représentatif des 152 établissements de la région, on comptait 756 résidents. Pour caractériser l'état de dépendance de ces résidents, nous avons appliqué une grille GIR.

31 % des résidents étaient en GIR 1 et 2 c'est-à-dire dans une grande dépendance. Je pense qu'un niveau de 3-4 de l'autonomie d'hygiène bucco-dentaire peut déjà se discuter.

Une seconde étude portait sur le programme national inter-régime de l'Assurance maladie. Au passage, cette étude est la seule au monde contrôlée et ayant porté sur un échantillon aussi représentatif et aussi large d'enfants et d'adolescents présentant des troubles neuro-moteurs. Cette étude a permis l'observation de 2487 enfants de 7 à 10 ans scolarisés en milieu spécialisé et de 4772 adolescents de 13 à 20 ans scolarisés en milieu spécialisé également.

Pour avoir un témoin, nous avons également participé à un programme régional géré par l'Institut de Formation des Maîtres d'Auvergne ayant observé 1641 enfants ordinaires scolarisés en milieu ordinaire.

C'est une étude pour laquelle on cherchait à avoir le meilleur indicateur de santé soit la santé bucco-dentaire. Un enfant peut être en très bonne santé tout en présentant des pathologies infectieuses sévères avec parfois de la fièvre. Il peut quand même être à l'école, c'est donc un très bon indicateur de santé. Je n'ai pas trouvé de meilleur indicateur.

On peut caractériser les enfants avec le diagnostic retenu par la CES pour l'orientation de leur scolarisation en milieu spécialisé. 45 % des enfants et adolescents étaient présents pour une déficience mentale non diagnostiquée de manière spécifique telle que l'autisme, les troubles du comportement, la schizophrénie, les troubles de la personnalité, la trisomie 21 ou encore une anomalie chromosomique et vivaient dans un milieu familial et social défavorable.

Alors voilà ce qui est intéressant c'est de reprendre les caractéristiques communes à ces populations.

On a des enfants ordinaires de 6 à 12 ans. Ce sont les enfants de la population ordinaire qui commencent à se brosser les dents et à être relativement autonomes. A 12 ans, les enfants commencent à être auto-déterminés. Pour les 6-12 ans sans troubles moteurs, 10,5 % ne sont pas coopérants pour l'examen, les soins ou l'hygiène contre 26% pour les 6-12 ans présentant des troubles neuro-moteurs.

On apprend progressivement que les 13-20 ans présentant des troubles neuro-moteurs arrivent à s'adapter. Certains vont d'ailleurs mieux que d'autres.

Pour les enfants de 6-12 ans ne présentant pas de trouble, les indicateurs d'hygiène dentaire sont la plaque dentaire (2,6%), le tartre (1,5%) et la gingivite (10,4 %). Ces indicateurs augmentent, en particulier avec les nombreuses conséquences infectieuses comme la gingivite, pour les enfants de 6-12 ans placés en IME. On note davantage d'augmentation de gingivite que de plaque dentaire. C'est vraiment l'impact de leur trouble systémique.

Certains enfants n'ont pas la même capacité ni les mêmes défenses immunitaires que d'autres. Ils ont donc sujets à davantage de plaque dentaire et de conséquences infectieuses.

Tout cela augmente pour les adolescents. A 13-20 ans, 50 % des adolescents ont déjà une gingivite alors que tartre et plaque dentaire sont beaucoup moins graves ou du moins, moins prévalents que chez les résidents des EHPAD.

Cependant chez les résidents en EHPAD, la gingivite est moins importante que pour les adolescents des IME. Les prévalences sont différentes mais nous sommes bien au-delà des taux de la population générale sur des compétences neuro-motrices relativement comparables.

Les conséquences de l'absence d'hygiène dentaire chez les enfants ordinaires sont l'halitose à 7%, une lésion carieuse ouverte pour 2% des cas, une lésion des muqueuses pour 2% des cas et un foyer infectieux dentaire pour 3% des cas.

Chez les enfants des IME, tout cela est augmenté. Il n'y a pas de différence pour l'halitose mais une nette augmentation pour les lésions carieuses ouvertes. Cela est lié à l'absence de recours aux soins. Le reste globalement ne bouge pas pour les adolescents et les enfants du milieu spécialisé. Cependant pour les EHPAD, les taux sont beaucoup plus importants.

On note tout de même beaucoup de spécificités à chacun de ses groupes. Globalement pour les enfants, selon l'étude du CLIR déjà restituée, on observe 4 fois plus de risques de présenter un mauvais état de santé bucco-dentaire chez un enfant présentant des troubles neuro-moteurs. On note également 2 fois plus de besoins pour les soins et 5 fois plus de besoins en action de prévention et d'éducation à la santé.

Si on compare les 6-12 ans du milieu spécialisé avec ceux du milieu ordinaire et les adolescents par rapport aux enfants du milieu spécialisé, les adolescents ont 3,5 fois plus de risques de présenter un mauvais état de santé bucco-dentaire. Ils ont 1,5 fois plus de besoin en soins et 1,5 fois plus de besoin en actions de prévention et d'éducation à la santé.

Les projets de la Mutualité orientés vers cette population sont totalement pertinents au vu de cette étude. Les outils commencent à se développer.

La méthodologie et les intérêts trouvent aussi toutes leurs significations au travers de ces analyses.

Quelles sont les spécificités entre ces populations ?

C'est parfois un peu moins subtil mais il y a tout de même au niveau salivaire une vraie problématique pour les personnes âgées. Ces modifications salivaires ont des conséquences tant sur le développement des maladies infectieuses que sur la difficulté à maintenir l'hygiène, bien que des éléments soient utilisés quotidiennement et précisément.

Cela a également des impacts très importants sur la mastication et la déglutition. La salive sert à lubrifier le bol lorsqu'elle passe dans le carrefour aérodigestif. Si le bol n'est pas suffisamment lubrifié, il n'est pas assez cohésif et pas assez plastique pour passer en toute sécurité.

Soit les patients ont suffisamment d'informations sensorielles pour les informer que le bol ne peut pas être dégluti correctement soit ils vont recracher ou refuser l'aliment. A partir du moment où ils vont le refuser, il ne faudra pas penser à enrichir leur alimentation. Ils sélectionneront selon un choix qui leur est propre sur le plan socioculturel, les aliments qu'ils pourront déglutir.

Leur alimentation va toujours se faire selon un tri sélectif et jamais par enrichissement. Ce n'est pas la peine d'aller proposer des carottes crues à quelqu'un qui n'en a jamais mangé. Si une personne a mangé du couscous au cours de sa vie, elle continuera à en manger, à l'inverse, si la personne n'en mangeait pas alors elle n'en voudra pas sauf si elle possède un caractère aventureux.

L'adaptation et la nouveauté ne sont pas propres aux personnes âgées donc cette absence salivaire est un vrai problème en gériatrie que l'on ne va pas retrouver dans la population des enfants et des adolescents ayant des troubles moteurs et cognitifs.

Les conséquences infectieuses vont être favorisées dans le temps pour la population en gériatrie.

Quand bien même on aura vraiment un processus évolutif lié à la présence des dents, il y a un moment en gériatrie où la question de l'intérêt de conserver les dents va se poser.

Découragement des soignants

Face à ce contexte, les soignants peuvent être découragés or il faut les encourager. Même si on n'a effectivement pas toujours un grand succès, on diminue tout de même la charge bactérienne et on limite ainsi les conséquences broncho-pulmonaires.

Plusieurs études suggèrent, par exemple en gériatrie et en soins palliatifs, que si une hygiène bucco-dentaire est faite quotidiennement, on diminue d'un tiers le séjour en réanimation des patients intubés. Pour d'autres études, dont l'indicateur est l'utilisation des antibiotiques, on observe en gériatrie notamment, une diminution de la consommation d'antibiotiques lorsqu'une hygiène quotidienne est effectuée. Le recours au soin dépend aussi des tiers de la personne et de la représentation du dentiste.

On note une grande variabilité des choix et parfois de la volonté de ne plus faire des choix pour la personne elle-même.

La présence des prothèses de reconstitution aggrave la difficulté d'hygiène. Les implants qui demandent parfois de très grands soins particuliers commencent à compliquer un peu la prise en charge des personnes dépendantes.

Par contre c'est une difficulté spécifique à cette population. L'individu est en développement, ses références corticales, sa représentation motrice et sensitive au niveau cortical sont en construction. Tout ce qui va se faire fera partie de la représentation qu'il aura de son corps. Plus on interviendra tôt plus ce sera facile.

D'un autre côté, on ne pourra faire reculer le réflexe nauséux d'un enfant présentant des troubles neuro-moteurs et pour lequel on ne sera pas intervenu. On aura vite à faire à des enfants opposés et à des procédures d'éducation cognitive motrice qui ne seront pas mises en place pour les personnes âgées.

Le rôle parental sera toujours nécessaire notamment au niveau de la rationalisation des propositions de prévention ou de soin que l'on va faire. On sera confronté au niveau d'éducation, au niveau de compréhension et aux différences socioculturelles davantage marquées quand les parents seront présents et encore plus en cas de séparation. Il faudrait travailler des deux côtés, on se retrouve alors avec des obtentions d'autorisation extrêmement compliquées.

Les enjeux ne sont pas les mêmes car les évolutions de ces pathologies et de ces états de dépendances sont totalement différents.

En gériatrie, on se place sur l'accompagnement de processus évolutifs dont on connaît la fin à plus ou moins long terme. Lorsqu'on travaille avec des enfants, ces derniers ont les mêmes fantasmes avec ou sans troubles neuro-moteurs. Les aspirations à la vie sont les mêmes. Un garçon de 14-15 ans a le fantasme d'avoir une moto rouge, d'aller sur l'autoroute et de faire des étincelles avec. On travaille donc avec des individus ayant des projets, des fantasmes qui vont rassembler toute l'énergie d'une vie.

Les actions envisagées émises à la fin de ces deux enquêtes-auxquelles j'ai participé au niveau méthodologique- sont la réalisation d'un bilan bucco-dentaire à l'admission en établissement spécialisé, la rédaction d'un protocole d'hygiène bucco-dentaire individualisé et la formation des aidants.

Pour essayer d'harmoniser dans l'absence d'initiatives universitaires et académiques permettant de formaliser et de cadrer cette formation, nous avons commencé à travailler avec la Direction Générale de la Santé ayant financé ce projet santé orale et autonomie car ce qui manque effectivement c'est l'interface professionnelle.

Le projet de la Mutualité a bien ciblé les soignants et les aidants et voit qu'il nous manque le coordonnateur de santé bucco-dentaire puisque très souvent il manque un avis de spécialiste sur les bilans à l'entrée.

Ce projet consiste à vérifier si le chirurgien dentiste libéral peut être coordonnateur promoteur d'un programme de prévention dans un établissement et si cela permettrait d'intervenir en complémentarité avec ce qui se fait ici.

Ce projet a deux volets :

- un volet ayant pour cible les **professionnels** incluant une quarantaine de praticiens libéraux. Ces derniers se sont engagés à se former en ligne et peuvent mettre en place leur action dans les établissements.
- nous sommes confrontés aux représentations de la **population générale**. Il est important de la cibler dans l'éducation à la santé car c'est par elle que les politiques seront sensibilisés. Plus un nombre important de personnes se seront rendues sur le site santé orale et autonomie plus elles seront sensibilisées à ces aspects et seront donc capables d'en parler et de le revendiquer.

Et en particulier quand les praticiens de ce projet vont dans les établissements.

Le projet se découpe de la manière suivante :

- 1• Les praticiens ont une convention avec un établissement EHPAD, IME, établissement pour les enfants polyhandicapés, où les personnes sont dépendantes.
- 2• Le directeur s'engage à mettre dans son projet d'établissement, l'amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents et tous les conseils qui s'y rattachent.
- 3• Le directeur organise une première réunion avec le dentiste qui fait une conférence, le forme et lui donne cette conférence clé en main.
- 4• Le chirurgien dentiste se déplace dans l'établissement, réalise des ateliers d'hygiène bucco-dentaire où il prend un référent et un résident, 2 par 2. Il fait le bilan des besoins de chaque résident et des besoins en soin mais aussi des besoins spécifiques en prévention.
Comment peut-on lui broser les dents ? où sont les obstacles du référent, du résident ?
- 5• Nous collectons les données. Les professionnels ayant participé à cette conférence peuvent retrouver les informations reçues en formation, sur ce site.

Il y a aussi beaucoup d'informations mais qui, pour l'instant sont relativement neutres. Nous avons un film d'animation traduit en anglais et en espagnol, en effet nous disposons de beaucoup plus de demandes provenant de l'étranger que de la France.

Ce film d'animation cible l'ensemble des populations en situation de dépendance. On retrouve donc les personnes atteintes de troubles neuro-moteurs, la gériatrie, les déficiences mentales. Les types de supports sont des diaporamas et des croquis, des vidéos et quelques fiches cliniques.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Madame X, Chirurgien dentiste

Comment fait-on lorsqu'on est chirurgien dentiste et que l'on veut participer à ce projet ?

Madame HENNEQUIN

Plusieurs annonces ont été diffusées dans la presse professionnelle. On a eu relativement peu de réponses, il a même fallu relancer certaines personnes dont on connaissait les intérêts. En principe, à ce jour, le projet est fermé. En effet, tant que ce projet est pilote, nous sommes censés redonner les résultats et en particulier le coût de l'intérêt. Il nous faut pouvoir calculer le coût de ces actions pour que des établissements ou des régions, qui en feraient la demande, puissent ensuite s'approprier l'outil. On ne va donc pas intégrer de nouveaux praticiens.

Animateur

Dans le dossier distribué ce matin, vous avez un questionnaire de satisfaction sur l'intérêt de cette journée. On vous demandera de le remplir car cela nous aidera à préparer les journées qui vont suivre sur un sujet identique ou autre. Il nous est important de connaître votre appréciation de la journée.

4^{ème} PARTIE
Clôture de la Journée

16 h 15

Etienne CANIARD
*Membre du collège de la Haute Autorité de Santé
ayant participé à une audition publique sur l'accès courant
des soins des personnes handicapées*



Etienne CANIARD, Membre du collège de la Haute Autorité de Santé ayant participé à une audition publique sur l'accès courant des soins des personnes handicapées.

Je souhaite remercier les organisateurs pour m'avoir convoié à cette journée. Il est malheureusement rare d'avoir le temps de passer une journée entière à écouter des interventions passionnantes et des expériences de terrain.

Lorsqu'on a la chance de siéger à la Haute Autorité de Santé, comme je le fais depuis quelques années, on essaie de faire progresser et de contribuer à l'amélioration et à la qualité de notre système.

Plusieurs réalisations ont été citées aujourd'hui. Martine HENNEQUIN a parlé d'audition publique sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, le Docteur DUCLOS a parlé de la recommandation faite en 2007 sur le repérage des problèmes de dénutrition et leur prise en charge.

Ce qu'il manque, c'est le lien avec le terrain et l'appréhension au delà de la littérature dont on nous abreuve des difficultés concrètes que l'on peut rencontrer pour l'appropriation d'un certain nombre d'orientations. Je suis absolument certain d'avoir beaucoup plus appris aujourd'hui que la majorité d'entre vous et évidemment d'avoir beaucoup plus appris que ce que je pourrais vous dire en quelques mots maintenant.

Tout d'abord la présence d'un membre du collège de la Haute Autorité de Santé à une journée comme celle-là, en dehors de ma proximité avec un certain nombre d'acteurs de proximité de la Mutualité est justifié par des raisons assez profondes.

La Haute Autorité de Santé est une Autorité administrative indépendante mise en place à la fin de l'année 2004. Elle est une Autorité Administrative indépendante à caractère scientifique ayant pris la suite de la chambre nationale de crédits et d'évaluation de santé. Elle a pour vocation première d'établir des recommandations pour essayer de faire en sorte que les pratiques soient le plus proche possible des données actuelles de la science et le plus en phase avec ce qu'il est possible de rendre comme service à la population.

Cette vision scientifique a marqué les premiers mois et les premières années de l'HAS. Il y a eu un virage 2 ans après sa création, au cours du dernier semestre 2007, où nous avons réfléchi pour essayer de donner une définition de ce que devait être la qualité aux yeux d'une autorité comme l'HAS. Nous nous sommes rendu compte que la définition classique de la qualité d'un acte, pris isolément, n'avait aucun sens si on ne la rattachait pas aux questions d'accès et d'organisation. Les questions d'accès ne sont pas caractérisées seulement par l'accès financier mais aussi par les questions d'organisation du système et les questions d'information. Vous retrouverez d'ailleurs des thèmes évoqués toute la journée par les uns et les autres. Ce sont notamment des questions d'organisation, mais surtout des questions de perception des situations aussi bien d'ailleurs par les intéressés que par les soignants.

J'étais à la Mutualité avant d'être nommé à la Haute Autorité de Santé. J'ai été l'un des initiateurs de ce projet d'audition publique sur l'accès aux soins des personnes handicapées avec le comité d'entente, un comité d'associations de patients avec l'AP-PH et avec la Fédération Hospitalière de France.

Le constat de ces difficultés décrites aujourd'hui est fait par tous les praticiens et davantage encore par la population confrontée à ces difficultés. C'est un constat assez peu étudié et assez peu démontré même s'il y a de plus en plus d'études. Les plus récentes sont d'ailleurs très mal perçues et très mal intégrées à la fois par le reste de la population mais aussi, et c'est le plus grave encore, par les décideurs de notre pays en matière de santé.

Je ne vous cache pas que le débat a été assez long et assez compliqué au sein de la Haute Autorité de Santé pour se convaincre que c'était notre mission de promouvoir une audition publique de ce type.

C'est pour moi une des réalisations majeure de la Haute Autorité de Santé car l'objectif de cette audition publique est certes, peut-être moins noble scientifiquement que d'autres travaux de l'HAS mais c'est absolument essentiel pour changer les comportements, révéler les difficultés, les analyser et les comprendre pour essayer par la suite de proposer un certain nombre de solutions. Ce travail a été accompli.

L'important aujourd'hui est de voir la manière dont on peut faire vivre ce projet et la manière dont on peut le transformer en action.

Là encore, l'initiative de la Mutualité, ce que fait Martine HENNEQUIN à Clermont-Ferrand, l'expérience qui nous a été montrée d'accueil spécifique en soins d'odontologique à Dijon montrent bien qu'il existe des praticiens qui essaient de mettre en place des solutions qui ne sont pas toujours simples à imaginer.

Les conclusions de cette audition publique sont affligeantes de simplicité. On voit bien qu'il faut mettre en œuvre une logique de mobilisation autour de la personne. C'est une évidence lorsqu'on est face à des populations ayant des besoins spécifiques. Il faut bien leur faire comprendre que malgré leur handicap, elles peuvent être acteur de leur santé. Cela nécessite beaucoup plus d'efforts d'information et d'orientation. Ceci est répété en permanence dans tous les ateliers d'accompagnement.

Un accompagnement doit évidemment se faire par des professionnels mieux formés et mieux impliqués. L'implication ne suffit pas. Il est indispensable qu'une formation soit mise en place mais une prise de conscience de la part des professionnels est avant tout nécessaire. Nous avons aujourd'hui des témoignages à la fois d'acteurs dans ce domaine et de professionnels libéraux sensibilisés à cette question.

L'objectivité nous oblige tout de même à constater qu'il y a encore un important manque de sensibilisation des professionnels sur ces questions.

On voit bien dans ce domaine qu'un des éléments majeur est la coordination.

Ce sont les moyens permettant un accompagnement individuel des personnes en situation de handicap. Ce qui nécessite beaucoup de changements dans l'organisation mais aussi dans la création de nouveaux métiers.

La conclusion de l'audition publique est extrêmement simple. Cette audition permettant tout d'abord de remarquer qu'il pouvait être un peu paradoxal de constater l'exigence en matière de soins pour des situations de handicap. Les besoins spécifiques ne passent pas forcément par l'organisation d'une prise en charge qui leur est totalement dédiée. Le comité d'organisation a beaucoup insisté pour ne pas systématiser les dispositifs spécifiques sans pour autant les écarter. Il existe beaucoup de situations où un seul dispositif spécifique répond au besoin mais il ne faut pas non plus céder au réflexe de facilité qui conduirait à inventer systématiquement des dispositifs spécifiques pour un certain nombre de raisons.

Evidemment, ces conclusions, un peu générales, présentent de très grandes similitudes avec les conclusions et débats que l'on a eus aujourd'hui et ce pour une raison extrêmement simple. Le bucco-dentaire est très représentatif, c'est d'ailleurs le domaine dans lequel il y a le plus d'études sur les difficultés d'accès aux soins. Le bucco-dentaire est représentatif de l'ensemble de ces questions.

Je ne repasserai pas en détail sur les ateliers mais peut-être rebondir sur un ou deux points en particulier.

En première remarque, ce qui me paraît effectivement très important c'est de repenser à l'organisation du travail et notamment l'organisation des métiers évoquée avec la mise en place des coordinateurs bucco-dentaire. Il reste des métiers à inventer et nous restons trop souvent figés sur les modes d'organisation classiques auxquels nous sommes habitués dans le milieu sanitaire ou médico-social.

Je voudrais citer un point pour lequel nous avons collectivement une chance à saisir. Un des articles de la loi Hôpital Patient Santé Territoire relatif aux coopérations professionnelles rend extrêmement facile les expérimentations de coopérations professionnelles et d'inventions de nouveaux métiers dès l'instant qu'un projet est déposé par un groupe de soignants, quelle que soit sa constitution, auprès des Agences Régionales de Santé.

Ces projets seront suivis et évalués par la Haute Autorité de Santé. Ils pourront peut-être ensuite être généralisés sans passer par des questions très lourdes de décrets de compétences qui, très souvent, gênent la fongibilité entre les métiers et la coopération professionnelle. C'est un point qui n'est pas suffisamment connu.

Une deuxième et dernière remarque sur l'atelier 1 sur laquelle je souhaiterais revenir, touche l'approche individualisée. J'ai participé récemment au débat au Centre clinique de Cochin qui a la particularité d'essayer d'être un lieu de résolution de conflits à partir de cas réels. Le Centre clinique de Cochin est saisi soit par les malades, soit par les familles de malades, ou encore par des équipes soignantes pour essayer d'apporter des réponses à des situations.

C'est ce que j'appelle de façon un peu excessive, la dictature de la santé publique. Notamment lorsque certaines études certes incontestables, mais qui négligent complètement l'individu et spécifiquement les contextes dans lesquels on vit, suggèrent la manière dont on devrait se conduire. Cette démarche déplace un peu le curseur des exigences de la santé publique vers les spécificités notamment d'attentes et de choix.

C'est un des éléments majeurs particulièrement vrai quand on parle de population en besoins spécifiques. Ces spécificités doivent aussi se traduire à travers la possibilité d'avoir des éléments un peu plus adaptés.

Nous sommes vraiment dans un domaine où nous avons tendance encore aujourd'hui, à installer dans une sorte de renoncement de culpabilisation, des gens en situation de handicap. C'est une chose très difficile à admettre.

Je partage l'avis souligné par Monsieur DUCLOS. Le nombre de plus de 75 ans devraient être multiplié par 2,5 d'ici à 2050 et parallèlement le nombre de personnes en situation de dépendance passerait de 800 000 à 1,2 millions.

Si nous appliquons aux personnes en situation de dépendance le même multiplicateur que celui de l'augmentation de la personne âgée on multiplie 800 000 par 2,5 ce qui représente 2 millions.

Nous sommes dans un système où malgré le vieillissement, nous sommes de moins en moins dépendants.

Il faut donc souligner cet élément d'optimisme.

Il faut redonner un peu, à toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, qu'elles soient en fin de vie ou non, l'envie de revendiquer leurs droits et d'essayer de vivre pleinement les moments qu'il leur reste à vivre.

Au cours d'un colloque sur le vieillissement, une expression a été citée, un peu provocatrice cependant "ce n'est pas parce qu'on a un pied dans la tombe qu'il faut se laisser marcher sur l'autre".

Il faut prendre l'habitude de revendiquer ces droits quelle que soit la situation dans laquelle on se trouve.

Les quatre points principaux que je tire des débats entendus dans les ateliers sont l'organisation du travail, le rôle et l'importance des proches - cela revenait en permanence dans les représentations du handicap et du vieillissement- ainsi que la pluridisciplinarité et l'organisation de l'arrêt.

En réfléchissant un peu à la politique de santé, l'essentiel n'est pas de se réfugier derrière les moyennes. Nous avons un système, probablement un des meilleurs au monde, fonctionnant très bien.

Cependant, c'est un système qui oublie parfois un peu les individus. Derrière des moyennes apparaissent des poches d'exclusions auxquelles on ne sait plus répondre. Michel MARTIN a évoqué ce point en parlant du dépistage du cancer. C'est évidemment le cas pour les sujets qui nous ont occupés aujourd'hui.

Les inégalités sont beaucoup plus fortes en matière de prévention qu'en matière curative et pour beaucoup de raisons :

- . difficultés d'organisation*
- . représentation de l'avenir*

C'est extrêmement difficile d'avoir une représentation d'estime de soi, permettant d'avoir des comportements préventifs lorsque l'on est "désinséré" ou en situation de handicap.

On peut dire que les soins courants des personnes atteintes de handicap ou des personnes vieillissantes sont aux soins spécifiques de leur situation un peu ce qu'est la prévention curative pour le reste de la population. Nous observons ce même décalage qu'il faut essayer de surmonter et de combler si on veut répondre un peu aux besoins de la population. Je reste persuadé que ce n'est pas au niveau national que l'on inventera des solutions. On peut donc espérer que la nouvelle organisation qui devra se mettre en place avec les ARS permettra de mettre davantage de fongibilités entre les acteurs. Les ARS permettront d'y répondre si les acteurs savent mettre en évidence, évaluer leurs résultats et mesurer l'impact de tout ce qui peut se faire. Il est vrai que tout ce qu'on a entendu et vu au cours de cette journée ne peut incontestablement que nous inciter à l'optimisme.

Un grand merci pour m'avoir fait partager ces moments avec vous.

Animateur

Au nom de la Mutualité Française Bourgogne, je voulais donc remercier Monsieur CANIARD ainsi que tous les intervenants et vous tous pour la qualité des contributions.

Cela aura été vraiment très intéressant et très fourni. La Mutualité Française utilisera toute cette matière pour compléter, enrichir et faire évoluer encore le dispositif de prévention et en profitera également pour enrichir celui en cours de lancement, qu'est la prévention envers des publics plus jeunes.

Je vous remercie infiniment et vous dis peut-être à la prochaine fois.

Au revoir.

Annexes

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BOURGOGNE

OUVRAGES

- Anonyme** : Etude qualitative des réticences des soignants à effectuer les soins d'hygiène bucco-dentaires chez les personnes âgées
Etude IDAS 2 : Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie (ORIG)
- Anonyme** : L'hygiène bucco-dentaire prothétique chez le sujet âgé
Ressource documentaire RESCLIN Champagne Ardennes
<http://www.resclin.fr/documentation/http-2009-01-05>
- Anonyme** : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles
HAS, avril 2007
- Bernard M.F.** : Projet clinique en soins infirmiers: réhabilitation des soins de bouche
Objectifs soins 2003/04
- Grimaud O.** : Introduction à la santé publique
Cours de l'EHESP- Rennes, 2008
- Hescot P.** : La santé des personnes âgées : état des lieux et perspectives. Les enseignements à en tirer dans le domaine de la santé bucco-dentaire
Colloque National de Santé Publique Jeudi 14 octobre 2004
Hôpital Européen Georges Pompidou – Paris.
Organisé par l'UFSBD, membre collaborateur OMS
- Laupie J.** : Personnes âgées dépendantes et santé bucco-dentaire
Actes du Congrès de l'Association Dentaire Française,
Palais des Congrès PARIS, novembre 2008
- Laupie M.** : Conséquences de l'état de santé buccodentaire sur la santé des personnes
Thèse d'exercice, Faculté d'Odontologie de Nice, France, 2004
- Lavigne S.E.** : L'état de la santé bucco-dentaire dans les résidences pour personnes âgées : une question de santé publique ?
JADC Décembre 2008/Janvier 2009, Vol. 74, N° 10
- Martinasso A.** : Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire et de l'accès aux soins des personnes hébergées en établissements dans le Lot
Mémoire pour le Diplôme Universitaire d'Evaluation de la Qualité en Médecine
25 Juin 2004
- Nadine Costéja** : Soins de bouche aux personnes âgées : réflexion sur un vécu de soignants
Psychologue clinicienne au Centre de Gérontologie Clinique Antonin Balmès
CHU de Montpellier
- Pouyssegur V.** : Les conséquences psychologiques de la mauvaise santé bucco-dentaire 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
- Prigent H., MCU-PH et Benedetti N.** : Protocole d'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante

ARTICLES

- Antoun J.S, Adsett L.A, Goldsmith SM, Thomson WM.** :
The oral health of older people: general dental practitioner's beliefs and treatment experience
Spec Care Dentist. 2008 Jan-Feb; 28(1):2-7
- 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
- Bodineau-Mobarak A., Radoï L., Folliguet M.** : Approche odontologique du patient âgé
La revue francophone de gériatrie et de gérontologie, n° 150, 556-562, décembre 2008
- Borreani E., Wright D, Scambler S, Gallagher JE.** : Minimising barriers to dental care in older people
BMC Oral Health. 2008 Mar 26; 8:7
- 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
- Christolhomme M.** : Un sujet négligé, la santé bucco-dentaire des personnes âgées
Gérontologie, 138, 2^{ème} trimestre 2006

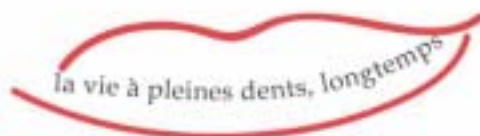
- Chen C.C., Bai YY, Huang GH, Tang S.T. : Revisiting the concept of malnutrition in older people
J Clin Nurs. 2007 Nov;1-(11):2015-26. Epub 2007 Apr 5
- Cougnaud-Petit A., Gaubert M.L., Barré J., Hommet C., Constant T., Beauchet O., Berrut G. :
Facteurs de risque de chute chez le sujet âgé : quelle prévalence en court séjour gériatrique
Revue de gériatrie, 33, (4), juin 2008
- 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
- 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
- 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
- Dormenval V., Budtz-Jorgensen E., Mojon P., Bruyère A., Rapin C.H. : Associations between mal-
nutrition, poor general health and oral dryness in hospitalized elderly patients
Age Ageing. 1998 Mar;27(2):123-8
- 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
- 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
- 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
- Folliguet M., Bodineau A., Veille Finet A., Tavernier J.C. :
Toilette buccale et prévention : un duo indissociable *Revue gériatrie*, 32, (9) décembre 2007
- 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
- Harford J. : Population ageing and dental care
Community Dent Oral Epidemiol. 2009 Apr;37(2):97-103
- Hausen H. : Oral health promotion reduces plaque and gingival bleeding in the short term
Evid Based Dent. 2005;6(2):31
- 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
- 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
- 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
- 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
- MacEntee M.I : Quality of life as an indicator of oral health in older people
J Am Dent Assoc. 2007 Sep;138 Suppl:475-525
Erratum in: J Am Dent Assoc. 2008 Mar;139(3):252-3
- Madléna M., Farago R., Lukacs P. : Various aspects of dental prevention in the elderly
Fogorv Sz. 2007 Dec;100(6):289-93
- Madléna M., Hermann P., Jahn 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
- Niessen L.C., Fedele D.J. : Older adults-implications for private dental practitioners
J Calif Dent Assoc. 2005 Sep;33(9):695-703

- 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
- 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
- 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
- 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:75-145
- 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
- Tamisier J., Benedetti N., Sallou J.P., Descamps C., Peter C. :
Etat de santé buccodentaire des résidents en établissements pour personnes âgées en Bretagne
Revue Gériatrie, 32, (9), décembre 2007
- Tramini P., Montal S., Valcarel J. : Tooth loss and associated factors in long term institutionalised
elderly patients *Gerodontology.* 2007 Dec;24(4):196-203
- 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
- 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
- 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
- Waldman H.B., Perlman S.P. : Another perspective on individuals with disabilities: an editorial
Spec Care Dentist. 2008 May-Jun;28(3):81-4
- 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
- Dossier de presse de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie , n° 16, septembre 2006
www.paca.assurance-maladie.fr
- Information dentaire
Le vieillissement de la population : un défi majeur pour les chirurgiens dentistes
N° 21, 23 mai 2001
- Journal de l'Ordre des dentistes du Québec :
Portrait de la santé bucco-dentaire des personnes âgées de 65 ans et plus hébergées en Centre
d'hébergement de soins de longue durée en Montérégie, à Montréal et au Québec
Volume 44, Mars 2007
- Le chirurgien dentiste de France : Le bucco-bus : une réponse adaptée N° 1196, 27 janvier 2005
Ordre National des Chirurgiens-Dentistes :
Personnes âgées dépendantes : une sous- médicalisation bucco-dentaire
Dossier, 2004 ; 27 : 23-31
- Revue médicale Suisse : Interventions bucco-dentaires chez les personnes âgées N° 586
Soins dentaires des seniors : le bucco-bus va à leur rencontre
Février 2005 • www.senioractu.com
- AUTRES**
CD-ROM sur "l'hygiène bucco-dentaire des seniors" www.annuairesante.com

ÉVALUATION DU PROGRAMME

«LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES MUTUALISTES»

décembre 2009



Diverses études ont mis en évidence une insuffisance de prise en compte des problèmes bucco dentaire chez les personnes âgées. Les complications qui en découlent ont des conséquences physiques et psychologiques.

La Mutualité Française Bourgogne composée de la Mutualité Française Côte d'Or-Yonne, de la Mutualité Française Saône-et-Loire et de la Mutualité Française Nièvre occupe une place prépondérante dans le domaine de la gérontologie (notamment 18 établissements d'accueil, 3 services de soins à domicile, 4 services prestataires et 3 services mandataires à domicile, soit 1600 salariés pour plus 10 000 personnes âgées accompagnées).

L'objectif général de ce programme est d'améliorer le suivi bucco-dentaire des personnes âgées accueillies dans les établissements et services mutualistes, en proposant une

dynamique de suivi des toilettes au quotidien en prolongement des dispositifs de prévention et de soins.

Pour ce faire, la Mutualité Française Bourgogne a proposé de former les personnels et de sensibiliser les familles à la problématique de la santé bucco-dentaire. Enfin, vis-à-vis des personnes âgées, les objectifs étaient de travailler à l'élaboration d'un protocole individualisé tant sur la prévention que les soins lors de l'admission dans l'établissement, de sensibiliser les résidents et de réaliser et diffuser des trousse de prévention bucco-dentaire pour les personnes aidées.

En 2009, dans le cadre de la territorialisation, le programme a été proposé à des établissements non mutualistes, notamment dans le département de la Nièvre.

Le programme a été financé par le Groupement Régional de Santé Publique, l'Assurance Maladie, la fondation Paul Benetot et la Mutualité Française.

Les promoteurs ont souhaité faire un bilan de ce programme de prévention après 3 ans de fonctionnement.

Évaluation des processus

■ Une mise en œuvre basée sur l'expérimentation et une généralisation à l'ensemble des établissements et services mutualistes à destination des personnes âgées

Les objectifs ont été construits par un groupe de travail représentatif des différents acteurs du secteur (représentant des familles, médecin coordonnateur, soignants et non soignants...). Trois établissements pilotes

ont été choisis pour bénéficier de la formation-action en direction des professionnels. Au vu de cette expérimentation, la formation, adaptée a été généralisée à l'ensemble des établissements et services mutualistes.

■ 365 professionnels bourguignons formés et des formations plébiscitées

Le programme a permis de former 365 professionnels relais depuis 2006 dans la région (17 établissements sur 18 et l'ensemble des SIAD et services prestataires). Outre, le

niveau de satisfaction important, près des deux tiers des professionnels ont déclaré que la formation a eu une influence sur leurs pratiques professionnelles.

Statistiques de réalisation des formations

	Nb sessions	Nb participants	Nb établissements	Nb services SIAD et aide à dom.	Satisfaction
2006	3	34	3		86%
2007	5	78	7		90,5%
2008	8	107	3	2 SIAD et 3 aide à dom.	88%
2009	10	146	4	1 SIAD	-nc-
TOTAL	26	365	17/18	6/6	>85%

■ Une communication importante et des trousse d'hygiène bucco-dentaire comme support matériel aux messages préventifs

Un dépliant de sensibilisation en direction des personnes âgées et leur famille a été diffusé à 2 500 exemplaires et 2 880 trousse de soins (brosse à dents, dentifrice, brosse et boîte à prothèses) ont été remises aux personnes aidées par les professionnels.



■ Le programme réalisé ou en cours dans 2 des établissements sur 3

Tous les établissements sollicités sont engagés dans le programme. Parmi eux, 6 ont mis en place le protocole (kits remis, traçabilité, diagnostic, dossier informatisé : soit 2 soins/jour, visites chez le dentiste suivies). 6 ont lancé le

processus d'action (traçabilité, état des lieux, outils papiers). 6 établissements ont des personnels formés mais n'ont pas encore lancé l'action, dont 2 notamment du fait « d'une insuffisance de management ».

Évaluation des résultats

Point de vue des professionnels

des établissements

Les différentes équipes soignantes rencontrées témoignent d'une motivation importante pour optimiser l'hygiène et le suivi bucco-dentaire des personnes âgées qu'elles prennent en charge. Cette motivation fait suite à une prise de conscience opérée lors de la formation que ces équipes ont suivie. Différentes actions ont été instaurées depuis : mise en place de protocoles recensant les informations sur la

santé bucco-dentaire, révision des pratiques pour la toilette bucco-dentaire et actions d'informations auprès des personnes âgées. Les professionnels signalent également des points qui peuvent être améliorés, notamment pour les personnes qui ne requièrent pas l'aide d'un soignant pour leur toilette.

des services mutualistes

La moitié des personnes interrogées a répondu au questionnaire (43 personnes sur 86). Ce taux de réponse est satisfaisant pour une enquête « à froid » d'évaluation de formation par voie postale.



Les niveaux moyens de satisfaction par rapport à la formation, mesurés à froid, sont très satisfaisants. La satisfaction moyenne globale est de 3,9 sur 5. Le score le plus élevé ont été attribué à la motivation à intervenir sur les problèmes de santé bucco-dentaires des personnes et ainsi qu'à l'amélioration des compétences pour intervenir.

Satisfaction sur l'amélioration des compétences

	Nb de réponses	Satisfaction moyenne
Plus motivé(e) à intervenir auprès des PA ayant des problèmes bucco-dentaires	43	4,3
Plus compétent(e) à intervenir auprès de ces personnes	43	4,0
Plus apte à dépister les comportements problématiques sur ces thématiques	41	3,9
Plus outillé(e) pour comprendre ces comportements	42	3,8
Plus armé(e) pour accompagner ces personnes	42	3,8

La connaissance acquise la plus souvent citée est l'importance de l'hygiène bucco-dentaire.

La compétence la plus souvent citée est l'appropriation de méthodes pour faire les soins buccodentaires, suivie de la vigilance par rapport au dépistage et l'aptitude au conseil.

Types de connaissances acquises

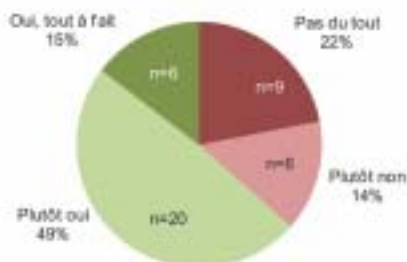


Types de compétences développées



Près de 65% des professionnels interrogés déclarent avoir déjà modifié leurs habitudes de travail sur la thématique. Quand cela est réalisé, ces personnes déclarent que l'hygiène bucco-dentaire fait désormais partie intégrante

Modifications des habitudes de travail



Les trois quart des professionnels accompagnent des personnes âgées confrontées à des difficultés de santé bucco-dentaire. 70% déclarent avoir utilisé des connaissances acquises au cours de la formation pour y

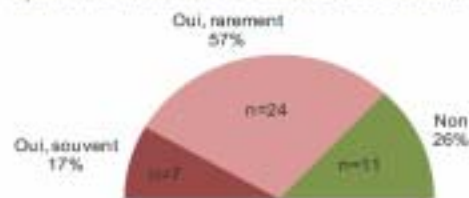
des soins à la personne. Elles déclarent également inciter plus souvent les personnes âgées à aller consulter un dentiste, ou plus simplement faire plus attention à cette problématique dans leur pratique quotidienne.

Les trousse bucco-dentaires mises à disposition sont citées spontanément par 4 personnes sur 10 comme outils aidant l'accompagnement des soins bucco-dentaires. Quand ils les utilisent, 8 professionnels sur 10 sont satisfaits de ces outils.

Outils proposés	Effectifs	%
Trousse bucco-dentaire	17	36,0
Dépliants	5	10,5
Support de formation	5	10,5
Non réponses	20	42,0
Total	47	100,0

faire face (brossage des dents, incitations aux consultations chez le dentiste, soins et hygiène bucco-dentaire, entretien prothèses).

Professionnels confrontés à des personnes ayant des difficultés de santé bucco-dentaire



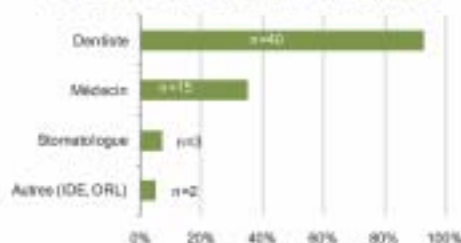
Des professionnels éprouvent encore des difficultés pour améliorer le suivi bucco-dentaire, notamment pour la mise en pratique : déplacements, remboursements, disponibilité des dentistes (pour 5 personnes) et des réticences des personnes âgées liées à ce sujet considéré comme "tabou" (pour 14 personnes).

Impact sur les personnes âgées

Dans les établissements

Des personnes âgées signalent des changements d'habitude pour leur toilette bucco-dentaire : utilisation d'eau bicarbonatée, prothèses laissées à sec la nuit ; mais d'autres ne se lavent les dents qu'une fois par jour et ce malgré la sollicitation des aides-soignantes. Les soins et le suivi bucco-dentaires n'ont pas la même valeur suivant les

Types d'orientations proposées si un problème de santé bucco-dentaire est détecté



Interrogées sur la transmission des informations acquises lors des formations, près de 90% des personnes indiquent avoir discuté de la formation (au moins brièvement) avec leurs collègues ou supérieurs hiérarchiques.

À domicile

Cent neuf personnes âgées ont répondu au questionnaire. Leur âge moyen est de 81 ans.

personnes interrogées et semblent relever d'habitudes de vie ancrées et difficilement modifiables. Par exemple, les consultations chez un chirurgien-dentiste sont motivées essentiellement par la douleur, le suivi préventif au cours de la vie ayant été rare dans la population interrogée.

Huit sur dix sont des femmes. 6 sur 10 vivent seules.

Difficultés et soins bucco-dentaires

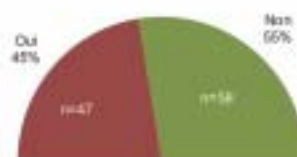
Seules 3 personnes sur 10 déclarent un problème de santé bucco-dentaire (quand elles le citent, il s'agit d'un problème lié à l'appareillage). Et, seulement 45% des

personnes vont régulièrement chez le dentiste. Les raisons de non consultation sont liées soit aux difficultés d'accès, soit à la méconnaissance de l'intérêt de ces soins.

Problèmes de santé bucco-dentaires déclarés



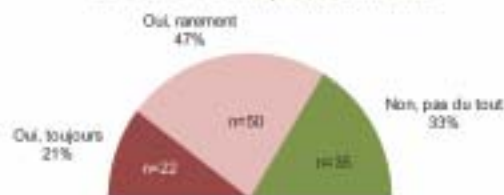
Visites régulières chez le dentiste



L'alimentation

Près de 7 personnes sur 10 déclarent avoir des problèmes pour consommer certains aliments du fait d'une incapacité à mâcher correctement (rarement ou toujours). Cela pose problème pour seulement 42% d'entre elles. Cet écart entre difficulté et plainte est à prendre en compte pour les suites de l'action.

Personnes ne pouvant pas consommer tel ou tel aliment du fait d'une incapacité à mâcher



La toilette bucco-dentaire et les aides proposées

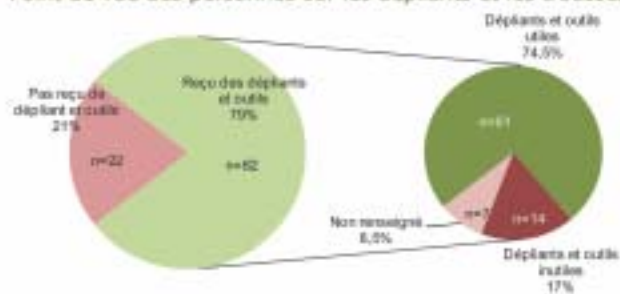
La moitié des personnes âgées reçoivent une aide pour la toilette bucco-dentaire. La quasi-totalité d'entre elles sont satisfaites de ces aides.

Seulement 13% déclarent avoir des difficultés non prises en compte, il s'agit essentiellement de difficultés de déplacements.

De plus, les rares personnes qui expriment des besoins citent la vue et leurs difficultés pour laver « les dents qui restent ».

Les outils ont été reçus par la plupart des personnes qui en sont pour les trois quarts d'entre-elles satisfaites.

Point de vue des personnes sur les dépliants et les trousse



Des conditions nécessaires réunies pour la réussite à long terme du projet

L'évaluation du programme de prévention de la santé bucco-dentaire des personnes âgées présente un bilan très positif concernant les professionnels des établissements et des services mutualistes. Le bilan pour les personnes âgées bien que donnant des éléments de satisfaction sur les actions menées laisse apparaître encore des blocages et des représentations fatalistes sur le sujet.

Les modifications de comportements attendues ne pourront être mesurées qu'à plus long terme, car elles sont le fruit d'un travail constant et continu de la part des aidants. La prise de conscience du problème, l'acquisition de connaissances et de compétences par les professionnels permettent d'être optimiste sur les conséquences à long terme sur l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Propositions et perspectives

La nécessaire prise en compte des familles

Les membres du comité de pilotage, promoteurs et professionnels locaux ont évoqué des pistes d'amélioration du programme, notamment une meilleure communication auprès

des familles des personnes âgées et des dentistes de famille, leviers indispensables à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

La poursuite des actions auprès des personnes âgées à domicile et en établissement

Le déni ou les représentations fatalistes des personnes âgées présentant des niveaux de dépendance faibles à domicile et en établissement observés dans cette étude se doivent d'être pris en compte. Une approche communautaire et participative intégrant la population concernée lors de la construction du

projet et de son élaboration du projet semble des leviers favorables à la réussite du projet. Le travail en cours dans les établissements et services moteurs pourraient intégrer cette démarche de projet.

Une ouverture vers d'autres populations

La Mutualité Française Bourgogne désire adapter cette action auprès d'autres publics fragilisés accompagnés par leurs

services, notamment les personnes adultes et jeunes handicapées.

Matériels et méthodes

L'évaluation adopte une approche systémique, en croisant des approches qualitatives et quantitatives.

- Une phase diagnostique : état des lieux "avant". Il s'agit d'identifier les demandes et les besoins d'interventions de la population et des professionnels. Deux sources de données sont utilisées : une analyse des informations recueillies lors des formations auprès des professionnels et des constats nationaux.
- L'évaluation du processus permet d'identifier les facteurs facilitants, les freins, les points forts et les points faibles du dispositif, les difficultés et succès rencontrés dans la mise en œuvre. Deux sources de données sont utilisées : analyse des comptes-rendus des réunions des groupes de travail, interrogation de leurs membres et des directeurs des pôles pour recueillir leurs points de vue sur l'organisation et l'impact de l'ensemble du programme.
- L'évaluation des résultats mesure le degré d'atteinte des objectifs opérationnels du projet. Les populations à partir desquelles l'évaluation a été réalisée sont les personnes âgées résidentes en EHPAD et les personnes âgées bénéficiant d'aides à domicile mutualistes ainsi que les professionnels intervenant auprès des personnes âgées en établissements ou aidées à domicile.

Étude réalisée à la demande de la Mutualité Française Bourgogne

Pilotage de l'étude

D. BALLAUD (Administrateur et membre de la commission personnes âgées Mutualité Française Côte d'Or-Yonne), L. BARD (Directrice pôle santé MFCOY), N. BOUKHEROUFA (Responsable de projets prévention MFB21), A. CHOPINET (Responsable de projets prévention MFB71), Docteur MP. FAVOULET (Conseil Général Côte d'Or), G. GARDIN (Directeur Mutualité Française Bourgogne), Docteur V. JEANDROZ (Direction régionale service médical Assurance Maladie 71), N. MONNOT (Directrice Pôle personnes âgées MFCOY).

Mise en œuvre

Observatoires régionaux de la santé de Bourgogne et de Franche-Comté : Tony FOGLIA, Frédérique CHATELAIN, Bernadette LEMERY, Benoît NAVILLON, Caroline BONNET, Christine FIET.

Avec nos remerciements aux personnes âgées et professionnels ayant participé aux différentes enquêtes



Observatoire régional de la santé de Bourgogne

34 rue des Planchettes 21000 DIJON ☎ 03 80 65 08 10 📠 Fax 03 80 65 08 18 📧 Ors.Brg@wanadoo.fr

ACTES DU COLLOQUE

PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE FACTEUR DE SANTÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

la vie à pleines dents, longtemps



Avec le soutien de l'Assurance maladie, la MSA Bourgogne, le Groupement Régional de Santé Publique, les établissements et services mutualistes en Bourgogne.