



HAL
open science

Prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Nouvelle-Aquitaine, état des lieux et perspectives d'actions

Maxime Boiteaud

► To cite this version:

Maxime Boiteaud. Prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Nouvelle-Aquitaine, état des lieux et perspectives d'actions. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03351236

HAL Id: dumas-03351236

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03351236>

Submitted on 22 Sep 2021

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

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

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2021

N° 47

Thèse pour l'obtention du

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Maxime BOITEAUD
Né le 24/06/1996 à Bordeaux

Le 07/09/2021

Prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en
Nouvelle-Aquitaine, état des lieux et perspectives d'actions

Sous la direction de Claudine KHOURY

Membres du Jury

Président	Professeur	BERTRAND Caroline	Professeur des Universités
Directeur	Docteur	KHOURY Claudine	Assistant Hospitalo-Universitaire
Rapporteur	Docteur	FALLA Cédric	Ancien assistant Hospitalo-Universitaire
Assesseur	Docteur	KEROUREDAN Olivia	Maitre des Conférences des Universités
Invitée	Docteur	ARRIVE Elise	Maitre des Conférences des Universités

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ

03/03/2020

Président	M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé	M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie	M. DELBOS Yves	56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. CATROS Sylvain	57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M.SEDARAT Cyril	57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01

M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-013
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-François	PELI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

M.	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Camille	BOULÉ	Odontologie pédiatrique	56-01
Mlle	Anaïs	CAVARE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie Légale	56-02
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Severine	DESCAZEAX	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01

Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale	57-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
M	Antoine	PEPELUT	Parodontologie	57-01
M.	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

Remerciements

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Caroline BERTRAND

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse Dentaire 58-01

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse.

Je tiens aussi à vous remercier pour vos cours magistraux et pour vos enseignements cliniques, je suis fier d'avoir pu rendre un sourire à autant de patients avec votre aide pendant ces deux années avec vous à Xavier-Arnozan.

Merci enfin pour votre disponibilité, votre écoute et vos qualités humaines. Je suis très honoré d'avoir pu travailler avec vous sur tant de sujets. Et s'il ne faut pas comparer nos 16 UFRs d'odontologie alors je ne peux que souhaiter que le bureau des autres doyens est aussi accessible que le vôtre pour les étudiants.

Veillez trouver ici l'expression de mes vifs remerciements et de ma profonde gratitude.

A notre directrice de thèse

Madame le Docteur Claudine KHOURY

Assistante des Hôpitaux de Bordeaux – Praticien hospitalier

Sous-section Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-02

Je vous remercie d’avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre rigueur, votre réactivité et votre patience face à mon avancée en dent de scie.

A notre rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Cédric FALLA

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-02

Je suis très honoré de vous compter parmi les membres de ce jury.

Au-delà de ça, vous êtes sans aucun doute l’enseignant qui m’a le plus apporté au cours de mon cursus, que ce soit en clinique à Xavier-Arnozan, par le biais de vos enseignements ou par la confiance que vous m’avez témoigné. J’essaie de prendre ma vie professionnelle comme personnelle avec « fallatitude » et j’espère pouvoir rendre un jour la disponibilité et la pédagogie dont vous avez fait preuve.

Quel dommage que notre train ait eu du retard, j’aurais souhaité pouvoir vous remercier comme il se doit devant les instances ordinales.

En espérant vous recroiser vous ou votre jumeau au détour d’un gala.

A notre assesseur

Madame le Docteur Olivia KEROUREDAN

Maitre des Conférences des Universités

Section Odontologie Conservatrice – Endodontie 58-01

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci également pour la gentillesse et la pédagogie dont vous avez toujours fait preuve lors de l'encadrement clinique à Xavier-Arnozan.

Je vous prie de croire à ma sincère reconnaissance.

A notre invitée

Madame le Docteur Elise ARRIVE

Maitre des Conférences des Universités

Sous-section Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-02

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. J'espère avoir fait bon usage de vos enseignements de LCA et avoir l'occasion de continuer à l'avenir.

Je vous prie de croire à ma sincère reconnaissance.

A l'équipe du CH de Périgueux et au Dr Agnès BERILLON, merci pour cette année riche en expériences. Vous m'avez apporté énormément en pratique clinique et en confiance en moi et vous m'avez fourni le cadre idéal pour quitter sereinement le cocon du cursus. Je n'ai qu'un regret c'est de ne pas avoir eu l'occasion de finir la formation du Dr HEIN pour dompter le sommeil.

A Laetitia Darrieutort, merci beaucoup de votre aide lors de ce travail, et de manière générale merci pour votre engagement professionnel au sein de notre région, cette enquête n'aurait sans doute pas pu voir le jour sans vous.

Au Docteur Laura BRU, merci de ton accueil occitan et de ta gentillesse. Tu m'as montré que cet exercice était bel et bien possible et que ce travail pouvait vraiment avoir une portée plus grande pour nos aînés.

A mes amis :

A Stéphane, avec qui on a tout traversé ensemble du début à la fin, merci d'avoir été là. Les études, les matins Guronsan, le 23 mars 2018, le bestiaire mystique de Dordogne, je n'aurais pas pu rêver d'un meilleur binôme pour affronter tout ça.

A Claire, merci pour ta confiance et cette opportunité que tu m'as offerte sur cette terrasse à Nice, tu n'imagines pas tout ce que ça m'aura apporté.

Aux copains de la GED, et particulièrement au noyau dur qui m'a accompagné pendant mon mandat, merci pour tous ces moments, je suis très fier de tout ce qu'on a construit et vécu ensemble et du boulot des petits hippos qui sont passés après. J'espère de tout cœur qu'on continuera à se voir, à profiter et à s'entraider dans tous pleins de projets et d'évènements.

Aux amis du Natio et de l'UNECD, je garde de ces quatre ans dans le Réseau des souvenirs inoubliables dans des lieux où je n'aurais jamais pensé aller, des découvertes incroyables sur le monde dentaire et sur moi-même mais surtout des amitiés formidables dans toute la France ! Vous serez toujours les bienvenus pour faire la chouille à la maison.

Aux copains de la promo, aux « anciens » de celle du dessus qui m'ont accueilli et aux « ptits jeunes » de celle d'en dessous, on aura quand même bien rigolé, que ce soit à l'hôpital, en rallye, ou place de la Victoire. J'espère que vous pourrez être là pour l'après et qu'on se rappellera longtemps ces souvenirs.

A ma famille :

A mes grands-parents, je vous dois en grande partie le sujet de cette thèse ainsi que la validation de beaucoup d'examens avec nos cours dans le salon. Vous avez tous les deux toujours été présents pour moi et je sais la chance que j'ai de pouvoir profiter de vous aussi souvent.

A mes parents, désolé pour les montées de cortisol pendant ces deux années de PACES. De manière général je me rends compte que ça n'a pas été facile tous les jours pour m'emmener à devenir qui je suis aujourd'hui. On entend souvent dire qu'il n'y a pas de bons parents mais des gens qui font de leur mieux, moi je pense que vous avez été des parents géniaux et je vous dis simplement merci.

A Julie, tu es la personne qui a le plus impacté ma vie ces presque six dernières années et je n'en regrette pas une seconde. Merci d'être là à chaque chapitre. Mais le livre est loin d'être fini et je sais que tu te souviens de nos plans en rentrant pieds nus sous la pluie du gala au Negresco : il nous reste du boulot, alors viens on continue.

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Etat actuel des connaissances	1
1.1.1	La personne âgée en France : démographie et perte d'autonomie	1
1.1.2	Etat bucco-dentaire du senior dépendant.....	6
1.1.3	Hébergement et prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante en France.....	12
1.2	Justification de l'étude	25
1.3	Objectifs de l'étude	25
2	Méthodes	26
2.1	Schéma d'étude	26
2.2	Population d'étude	26
2.3	Critère de sélection	26
2.4	Variables recueillies	26
2.5	Recueil des données	29
2.6	Analyse statistique	29
3	Résultats	30
3.1	Résultats question par question	30
3.2	Tri par taille d'EHPAD	39
3.3	Tri par nature d'EHPAD	42
4	Discussion	45
4.1	Synthèse des résultats	45
4.2	Limites de l'étude	46
4.3	Mise en perspective des résultats	47
4.4	Perspectives de prise en charge	50
4.4.1	Envoie en cabinet	51
4.4.2	Vacations au fauteuil dans l'établissement	52
4.4.3	Soins mobiles en établissement.....	54
4.4.4	Solutions aux freins soulevés	57
5	Conclusion	60
6	Références	61
7	Annexes	69
7.1	Annexe 1 : Questionnaire	69
7.2	Annexe 2 : tarifs conventionnels de transports par ambulances et par VSL.	72

Tables des sigles et abréviations

AFCDAD : Association Française des Chirugiens-Dentistes A Domicile

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

ALD : Affection Longue Durée

ALS : Allocation de Logement Sociale

AOSIS : Association Odontologique de Suivi Itinérant de Soins

APA : Aide Personnalisée d'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DHP : Dépendance Handicap Précarité

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

GIR : Groupes Iso-Ressources

GOHAI : Geriatric Oral Health Assessment Index

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ONCD : Ordre National des Chirugiens-Dentistes

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Table des figures

Figure 1 : Grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources), d'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (5).....	2
Figure 2 : Répartition en pourcentage des Equivalents Temps Plein salariés et extérieurs par fonction principale exercée en 2017, d'après la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (38).	13
Figure 3 : Proportion des EHPAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement selon le type d'habilitation (en %), situation au 31/12/2015 (38).....	14
Figure 4 : Coût moyen des soins financés sur l'enveloppe "soin de ville par place" installée en hébergement permanent et en hébergement temporaire en 2017 (38).	15
Figure 5. Photographie du Bus des landes.	20
Figure 6. Photographie de l'intérieur du bus des Landes.	22
Figure 7 : Présence d'une personne chargée de la santé bucco-dentaire, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.	30
Figure 8: Raisons de l'absence de personne chargée de la santé bucco-dentaire, Enquête EHPAD, n=148, Nouvelle-Aquitaine, 2020.	31
Figure 9. Présence d'une action de dépistage, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217,2020.	32
Figure 10. Formation du personnel à l'hygiène bucco-dentaire, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.	32
Figure 11. Capacité des EHPAD, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.....	33
Figure 12. Douleurs bucco-dentaires rapportées par les résidents, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, 2020.	33

Figure 13. Proportion de résidents ayant consulté un chirurgien-dentaire au cours des 12 derniers mois, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.....	34
Figure 14. Freins à la prise en charge curative des résidents, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.....	36
Figure 15. Mise en place de vacances de chirurgiens-dentistes sans contrainte financière, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.	36
Figure 16. Mise en place de vacances de chirurgiens-dentistes avec contrainte financière, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.	37
Figure 17. Mise à disposition de locaux avec aide financière et technique, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.....	37
Figure 18. Nature des établissements interrogés, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.....	38
Figure 19. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPAD de moins de 60 places, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=46, 2020.	40
Figure 20. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPAD comprenant entre 60 et 100 place, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=134, 2020.	40
Figure 21. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPAD de plus de 100 places, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=31 2020.	41
Figure 22. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPAD privé à but lucratif, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=64, 2020.	43
Figure 23. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPAD privé à but non lucratif, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=72, 2020.....	43
Figure 24. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPAD publics, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=81, 2020.....	44

Table des tableaux

Tableau 1: Allocation Personnalisée d'Autonomie en fonction du GIR en 2019, d'après la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (4).	3
Tableau 2: Communes visitées par le bus des Landes.....	21
Tableau 3 : Pourcentage d'acceptabilité des solutions de prise en charge bucco-dentaire selon la taille des EHPAD, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.....	41
Tableau 4 : Pourcentage d'acceptabilité des solutions de prise en charge bucco-dentaire selon la nature sociale des EHPAD, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, 2020.....	44
Tableau 5 : Synthèse des avantages et inconvénients des solutions de prise en charge curative bucco-dentaire en EHPAD.	57

1 Introduction

1.1 Etat actuel des connaissances

1.1.1 La personne âgée en France : démographie et perte d'autonomie

1.1.1.1 Démographie

La part des 65 ans et plus en France était de 19,6% en 2018, et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) recensait en 2017 environ 1,2 millions de personnes âgées dépendantes (1).

Le vieillissement de la population française, couplé à l'augmentation de celle-ci avec le baby-boom, est un paramètre important à prendre en compte pour la santé publique de demain. En effet, selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), d'ici 2050, 29% de la population aura plus de 65 ans. Et si l'on considère les plus de 80 ans, cette augmentation sera de 94% par rapport à l'année 2018 (2).

De plus, le nombre de personnes dépendantes devrait atteindre 2,3 millions d'ici 2060, soit une augmentation de près de 50% par rapport à l'année 2018 (1,2).

Ainsi, en conservant le même ratio de place en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par rapport à la population des séniors, il faudrait créer plus d'un demi-million de lits d'ici 2040 d'après Cap Retraite. Ces évolutions démographiques risquent d'aggraver les problématiques liées au grand âge et à la perte d'autonomie, entre autres, leur répercussion sur la santé bucco-dentaire, que nous allons décrire (3).

1.1.1.2 Perte d'autonomie

Que ce soit pour une étude épidémiologique ou pour mesurer le degré de perte d'autonomie à la suite d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), il est nécessaire de classer les populations selon une méthode standardisée. En France, on se base pour

cette classification sur la grille AGGIR pour autonomie gérontologique groupes iso-ressources (4,5), présentée en **Figure 1**.

LA GRILLE AGGIR	
La grille AGGIR classe les personnes en 6 niveaux de dépendance	
GIR 1	Le groupe iso-ressources 1 : comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
GIR 2	Le groupe iso-ressources 2 : concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leur capacité à se déplacer.
GIR 3	Le groupe iso-ressources 3 : réunit les personnes âgées ayant conservées leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui ont besoin plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
GIR 4	Le groupe iso-ressources 4 : intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leur transfert mais qui, une fois levée, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de trouble locomoteur mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
GIR 5	Le groupe iso-ressources 5 : comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Le groupe iso-ressources 6 : réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Figure 1 : Grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources), d'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (5).

Le GIR (groupe iso-ressource) correspond à la perte d'autonomie et est évalué soit par le médecin coordonnateur de l'EHPAD avant une admission en établissement soit par le groupe médico-social du département qui se rend au domicile de la personne âgée (4).

Seules les personnes appartenant au GIR 1 à 4 inclus peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Le montant de cette dernière dépendra du GIR comme présenté dans le **Tableau 1**.

Tableau 1: Allocation Personnalisée d'Autonomie en fonction du GIR en 2019, d'après la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (4).

GIR	Montant 2019 (à domicile)
1	1 737,14 €
2	1 394,86 €
3	1 007,83 €
4	672,26 €

Outre la classification de la grille AGGIR, il est également possible de déterminer de façon plus souple quatre profils de personnes âgées (6) :

- Bonne santé apparente : Les personnes âgées en « Bonne santé apparente » se caractérisent par des capacités d'adaptation, intellectuelles et physiques satisfaisantes qui permettent une vie en totale autonomie. Seules les variations physiologiques liées à l'âge différencient finalement le sujet d'une personne plus jeune.
- Fragile : Il s'agit d'une personne âgée qui, malgré des difficultés somatiques (telles que des troubles sensoriels, une dénutrition, des pathologies locomotrices, de l'arthrose) ou des difficultés de la sphère psychosociale (comme un isolement, de l'anxiété, des tendances dépressives, un repli sur soi, peu de revenus etc..) conservera finalement son autonomie pour la plupart des actes de la vie quotidienne. Cependant, une personne fragile manquera d'efficacité pour réagir aux perturbations du milieu de vie. C'est-à-dire qu'un stress considéré par la majorité des individus comme mineur, pourra conduire à une décompensation fonctionnelle, une perte d'autonomie et, in fine, à une mise en institution.

Cet état de fragilité plus ou moins avancé sera aggravé notamment par les facteurs suivants :

- L'âge ;
 - La sédentarité ;
 - Une mauvaise alimentation ;
 - La polypathologie ;
 - La polymédication ;
 - L'isolement social.
- En perte d'autonomie : La perte d'autonomie peut toucher autant la personne âgée vivant à domicile qu'en institution et se définit par une incapacité à réaliser des actes nécessaires à la vie quotidienne, obligeant ainsi au recours d'une tierce personne. Elle se caractérise par une évolution dans le temps qui n'est cependant pas toujours négative selon les thérapeutiques utilisées. C'est-à-dire qu'avec le bon accompagnement (de la rééducation par exemple) et le bon environnement de vie, une personne en perte d'autonomie peut finalement « redevenir » une personne autonome mais fragile. On peut citer comme étiologies :
- Les pathologies cardio-vasculaires et respiratoires : responsables d'une perte d'autonomie physique ;
 - Les troubles psychiques et neuropsychiatriques : dépression, démence, névrose, etc. ;
 - Les atteintes du système locomoteur : Accident vasculaire cérébral (AVC), maladie de Parkinson, fracture du col du fémur, arthrose, etc.

Mais cette perte d'autonomie sera majoritairement multi factorielle et toujours aggravée par l'isolement social (7).

- Dépendante : Nous considérerons qu'une personne est dépendante quand son degré de perte d'autonomie est tel qu'elle ne peut vivre sans assistance. Certaines pathologies aggravent la perte d'autonomie. Nous citerons notamment :
- La Maladie d'Alzheimer : C'est sans doute la plus connue des affections dégénératives du système nerveux central. Elle consiste en une démence

progressive et dégénérative qui atteindrait 1 personne sur 5 à 85 ans, ce qui en fait une des pathologies les plus fréquentes du grand âge. On constate principalement des troubles de la mémoire et du comportement qui finissent par contre-indiquer la vie en autonomie.

Du point de vue odontologique, on observera des difficultés de manipulation de certains objets tels que la brosse à dents ou les prothèses amovibles ainsi que des difficultés lors de l'interrogatoire clinique (8,9).

- La maladie de Parkinson : Elle se caractérise par une perte des neurones dopaminergiques qui va entraîner d'importantes altérations des fonctions motrices.

On peut citer notamment :

- Un tremblement de repos ;
- Une rigidité ;
- Une akinésie ;
- Une perte des réflexes posturaux ;
- Des dyskinésies bucco-linguo-faciales.

Selon le stade de la maladie, le patient atteint aura besoin d'aide pour son hygiène bucco-dentaire. Les soins sont également plus difficiles et le port de prothèses amovibles parfois limité (10,11).

- L'arthrose : Il s'agit de la pathologie articulaire la plus répandue et elle peut concerner toutes les articulations. La dégénérescence du cartilage au cours du temps en cas d'arthrose, conduit à la formation d'excroissances osseuses qui vont réduire la mobilité et engendrer des douleurs principalement diurnes. L'arthrose des doigts est la deuxième localisation la plus fréquente, touchant 60% des 65- 75 ans (12).
- La polyarthrite rhumatoïde : C'est une maladie inflammatoire systémique, atteignant principalement les articulations. Elle est le plus souvent symétrique et bilatérale et se caractérise par une évolution par poussées. Elle entraîne une déformation puis une destruction des articulations. Ces pathologies articulaires affectent le déplacement et la praxie des personnes atteintes limitant leur

autonomie, et également leur capacité à effectuer un brossage dentaire correct (13,14).

- Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) : Plus fréquent avec l'âge du fait de la sénescence vasculaire et de l'hypertension artérielle, l'AVC consiste en un changement brutal du débit sanguin dans le cerveau. Il a pour conséquence un arrêt transitoire ou définitif de l'irrigation d'une zone cérébrale ce qui conduit à une altération voire une destruction des cellules cérébrales. Il en résulte des atteintes des fonctions motrices, cognitives, sensitives, ou psychologiques selon les aires cérébrales touchées. La gravité et l'évolution d'un AVC sont très variables d'un individu à l'autre mais, chez les personnes âgées, la mortalité et les séquelles sont importantes (15).

1.1.2 Etat bucco-dentaire du senior dépendant

1.1.2.1 Sénescence et santé orale

Avec l'âge, les tissus dentaires se modifient naturellement. La physiologie buccale d'un patient âgé n'est pas la même que celle d'un patient jeune et il est nécessaire de prendre en compte de nombreux facteurs pour une prise en charge efficace (16).

- Malnutrition

De manière générale, la personne âgée présente diverses carences souvent en vitamine A et C ainsi qu'en vitamine B chez les consommateurs d'alcool. Ces déficits qualitatifs sont aggravés par la consommation d'aliments très cuits, moins riches nutritionnellement (17).

Mais il existe également un déficit quantitatif en nourriture. En effet, la diminution du goût et de l'odorat réduit l'appétit du patient pouvant même parfois entraîner la perte complète de l'envie de s'alimenter (18,19). Ce phénomène est majoré en cas d'édentements non compensés en raison des difficultés masticatoires. De plus, la nourriture molle servie dans les EHPAD est souvent jugée comme moins appétissante (20).

Bien que les causes de la malnutrition soient multifactorielles, le rôle du chirurgien-dentiste sera de réhabiliter la fonction masticatoire du sujet autant que possible. En effet, l'efficacité masticatoire est étroitement liée à la qualité ainsi qu'au nombre des contacts des dents postérieures lors de l'engrènement des mâchoires (21).

- Détérioration de la muqueuse buccale

L'hyposialie et la diminution des taux d'immunologiques salivaires couplées à la fibrose des tissus fragilisent la muqueuse buccale et diminuent ses capacités de réparation (22).

La muqueuse buccale sera davantage susceptible aux blessures physiques notamment des prothèses iatrogènes mais aussi à d'autres pathologies, telles que :

- La stomatite sous prothétique ;
- Les candidoses ;
- Les leucoplasies ;
- Les carcinomes (23,24).

- Hyposialie

La sénescence des glandes salivaires consiste en une atrophie des acini, une réduction de leur nombre et l'augmentation des cellules adipeuses dans le parenchyme, qui induisent une diminution qualitative et quantitative de la salive. De plus, la diminution de la mastication et de l'appétit entraîne également une baisse de la salivation. Ceci résulte en une hyposialie qui peut être aggravée chez le patient dépendant par la polymédication, c'est ce que l'on appelle l'hyposialie médicamenteuse iatrogène (22).

Cette sécheresse buccale a de nombreuses conséquences néfastes pour le patient :

- Apparition de caries par perte de l'effet protecteur et de l'auto-nettoyage de la salive ;
- Co-responsabilité dans l'altération des muqueuses buccales ;
- Perte de rétention des prothèses amovibles et irritations ;
- Susceptibilité accrue aux candidoses (22,25).

- Atteintes parodontales

Avec le vieillissement, les tissus de soutien de la dent sont moins résistants aux agressions traumatiques et bactériennes. Cette réduction de l'efficacité du parodonte couplée à une insuffisance d'hygiène bucco-dentaire place le patient âgé en première ligne face à la maladie parodontale (26,27).

La maladie parodontale du sujet âgé progresse relativement lentement malgré différents facteurs défavorables :

- Le déficit immunitaire ;
- La modification de la flore bactérienne ;
- La xérostomie ;
- Les zones de rétention bactériennes dues aux malposition, pertes et versions dentaires ;
- Les prothèses inadaptées ;
- Les restaurations débordantes ;
- Une hygiène insuffisante (26).

Cependant, par le manque de suivi parodontal, on observera quasi systématiquement une exposition des surfaces radiculaires ainsi qu'une atrophie de la gencive des crêtes édentées accompagnée d'une perte d'élasticité de la muqueuse (19,26,27).

- Atteintes dentaires

Les dents de la personne âgée sont avant tout à risque d'usure mécanique ou chimique mais également de caries (28). Nous retrouverons principalement :

- De l'attrition : c'est une usure lente de l'émail puis de la dentine intéressant les surfaces de contact entre dents maxillaires et mandibulaires. Elle est fréquemment aggravée par les troubles occlusaux, les pertes de calage, les malpositions et les édentements (22).
- De l'abrasion : il s'agit de l'usure par interposition d'un corps abrasif, le plus souvent dû à des habitudes de brossage iatrogènes, entraînant des encoches caractéristiques au niveau cervical des dents (22,27).
- De l'érosion : les problèmes gastriques et les agressions acides exogènes répétées rendent l'émail plus fragile et susceptible aux fêlures et fractures (27).
- Des caries : on observe peu d'augmentation des caries coronaires après 40 ans mais beaucoup de caries radiculaires. Elles sont souvent peu symptomatiques mais difficiles à traiter quand elles s'étendent sous la gencive marginale. Ces caries radiculaires sont d'autant plus problématiques quand le patient est porteur de prothèses amovibles prenant appui sur les zones cariées (22,28,29).
- Des pathologies pulpaires : avec la rétractation pulpaire, l'accumulation de dentine tertiaire réactionnelle et la diminution de la vascularisation et de l'innervation pulpaire, la personne âgée présente peu de pulpite douloureuse mais davantage de nécrose (29).

1.1.2.2 Epidémiologie

- En France

De nombreuses études ont été réalisées, aussi bien au sein des Universités que par les Agence Régionale de Santé (ARS) ou des praticiens formés en Santé Publique, concernant la santé orale des résidents d'EHPAD sur différentes zones du territoire français (6,30,31). Les résultats y sont relativement homogènes.

En effet, en 2006, Montal et al.(32) ont mené une étude à Montpellier sur 321 sujets en gériatrie ayant pour objectif de décrire l'état bucco-dentaire et le besoin en soins des seniors dépendants (32). L'âge moyen était de 81,1 ans (+/- 7,9) pour les hommes et de 83,8 (+/- 9,8) pour les femmes et l'on comptait 71,7% de femmes. Ils ont mis en évidence que 27% des sujets étaient édentés totaux, plus d'un tiers des prothèses était inadaptées et un brossage buccal et prothétique était satisfaisant dans environ 40% des cas. L'étude décrivait également les besoins en soins avec notamment :

- 45,1% de patients nécessitant une ou des extractions ;
- 52,9% ayant besoin d'une réfection de leur prothèse.

Également, en 2006, Cohen et al. ont mené une étude ayant inclus 756 résidents d'EHPAD du Limousin et du Poitou-Charentes, répartis sur 159 EHPAD (33). L'objectif de l'étude était de déterminer les besoins en soins bucco-dentaires des résidents. L'âge moyen était de 83 ans (+/- 9) avec 74,47% de femmes. Ils ont mis en évidence que 73% des résidents nécessitaient des soins dont :

- 53% nécessitant au moins une extraction ;
- 35% ayant besoin de soins conservateurs ;
- 56% ayant besoin de soins prothétiques.

En 2004, dans le Lot, Martinasso et al. ont mené une étude ayant inclus 158 résidents répartis sur 9 EHPAD. L'objectif était également de déterminer les besoins en soins bucco-dentaires des

résidents (34). L'âge médian était de 84 ans et l'échantillon comprenait 76% de femmes. Ils ont mis en évidence que :

- 53% des sujets avaient besoin d'au moins une extraction ;
- 41% avaient besoin de soins conservateurs ;
- 63% avaient besoin d'au moins une prothèse amovible.

D'autres études tendent à rapporter des résultats similaires (35,36). Ainsi, dans les différentes études publiées, entre la moitié et les trois quarts des résidents d'EHPAD présenteraient un besoin en soins bucco-dentaires.

- En Nouvelle Aquitaine

Nous nous baserons principalement ici sur les activités de dépistage menées par les étudiants de sixième année de l'UFR d'odontologie de Bordeaux depuis 2005. Ces stages ont notamment pour objectif d'évaluer l'état bucco-dentaire des résidents.

En 2015, la thèse d'exercice du Dr Trupiano nous renseignait déjà sur l'état dentaire et les besoins en soins de 1299 résidents issus de 30 EHPAD aquitains lors de l'année universitaire 2012/2013 (20). Avec une moyenne d'âge de 88 ans (+/-7,6) et malgré une féminisation plus faible que dans les autres études (65% de femmes), l'échantillon reste relativement proche des chiffres précédents et nous donne les résultats suivants :

- 30% des résidents avaient une hygiène bucco-dentaire satisfaisante alors que 69% des résidents estimaient être capables de s'occuper eux-mêmes de leur brossage ;
- 42% avaient besoin de soins parodontaux ;
- 43% avaient besoin d'au moins une extraction ;
- 40% avaient besoin de soins conservateurs ;
- 65% avaient besoin de soins prothétiques ;
- Le nombre de dents cariées, absentes, ou obturées pour cause de carie (indice CAOD) était de 16,7 (+/- 8,7) (20).

Plus récemment, en 2017 et en lien avec l'Association Dépendance Handicap Précarité Dentaire en Nouvelle-Aquitaine, ces dépistages ont fait l'objet d'un bilan (37). Ont été inclus 34 établissements de la région pour un total de 1489 résidents. L'âge moyen était de 87,9 ans (+/- 8,0) et 75,6% étaient des femmes. Ce bilan a fourni des chiffres concernant :

- La date de dernière consultation dentaire : 6% avaient vu un dentiste au cours des 12 derniers mois ;
- La présence de douleur buccale : 12,3% des résidents ;
- La présence de prothèses dentaires et la fonction : 46,8% possédaient au moins une prothèse amovible qui était jugée fonctionnelle dans 30% des cas au maxillaire et 74% des cas à la mandibule ;
- La proportion d'édentés totaux : 31,1% ;
- La présence de lésion muqueuse : 8,5% ;
- La présence de plaque et/ou tartre : 63% présentaient de la plaque dentaire et 50% du tartre ;
- L'indice CAOD : 25,6 (+/- 7,1) avec 76,5% du CAO dû à des dents absentes ;
- L'indice de saignement : 23,3% présentaient un saignement au cours du sondage parodontal.

1.1.3 Hébergement et prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante en France

1.1.3.1 Description et fonctionnement des Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Il s'agit de structures réparties selon trois statuts juridiques :

- Etablissements publics ;
- Etablissements privés à but lucratif ;
- Etablissement privé à but non lucratif.

Quelques que soit ce dernier, la majorité des EHPADs comportent entre 60 et 100 places (38).

Le but d'un EHPAD est d'offrir un lieu de vie comprenant tout le nécessaire pour l'épanouissement des résidents. Les établissements sont donc dotés d'une large équipe pluridisciplinaire parmi laquelle on trouve notamment :

- Des médecins coordonnateurs ;
- Des infirmiers ;
- Des aides-soignants ;
- Des agents de services et d'entretien.

Le taux d'encadrement correspond au nombre de personnels ayant une fonction d'encadrement par rapport au nombre total de salariés. En France, en équivalent temps plein (ETP) médian, ce taux est de 63,3 ETP pour 100 résidents ce qui peut sembler proche du taux de 65 ETP pour 100 résidents préconisé par le plan Solidarité-Grand âge de 2006. La répartition des ETP par discipline intervenant au sein d'un EHPAD est présentée dans la **Figure 2**.

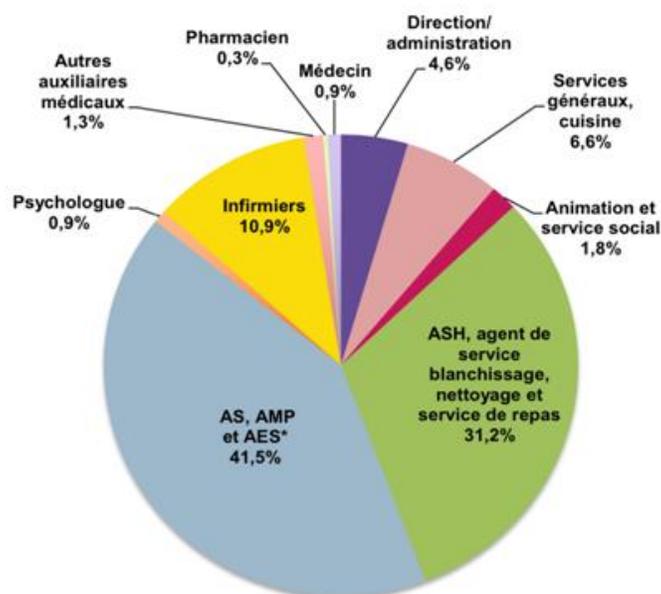


Figure 2 : Répartition en pourcentage des Equivalents Temps Plein salariés et extérieurs par fonction principale exercée en 2017, d'après la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

(38).

Ces établissements signent une convention tripartite avec le Conseil Départemental et l'ARS qui déterminent en partie leurs financements et leurs tarifs. Certaines places sont dites « habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement (ASH) » et sont réservées aux personnes qui ont demandé cette aide sociale départementale à l'hébergement (38).

Dans le secteur public la majorité des EHPAD (93%) possèdent une habilitation totale, c'est-à-dire que l'ensemble de leurs places sont habilitées à recevoir des résidents bénéficiant de l'ASH. En comparaison, ce n'est le cas que de 4% des EHPAD privés à but lucratif.

Cependant, malgré une tendance des EHPAD privés à but lucratif à être majoritairement non habilités, au total beaucoup d'établissements optent au moins pour une habilitation partielle, c'est-à-dire que seule une partie de leurs places sont habilitées à l'ASH, comme présenté dans la **Figure 3**.

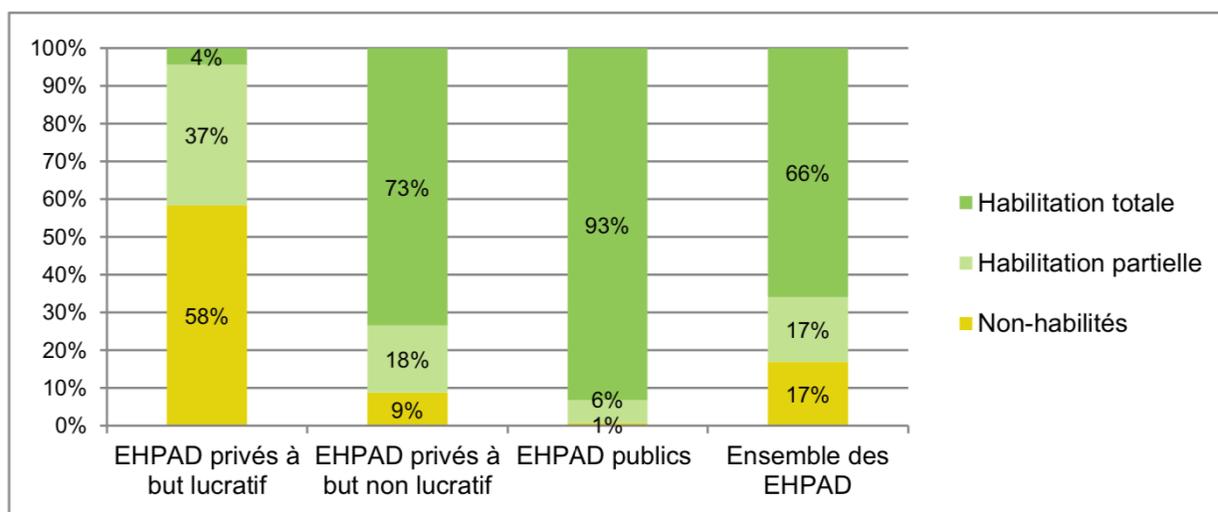


Figure 3 : Proportion des EHPAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement selon le type d'habilitation (en %), situation au 31/12/2015 (38).

Le coût de résidence d'une personne âgée dépendante dans un EHPAD se divise en trois forfaits : le forfait dépendance, le forfait hébergement et le forfait soin.

Les forfaits hébergement et dépendance sont à la charge du résident, mais des aides existent. Le forfait soin, quant à lui, est pris en charge par l'Assurance Maladie (39).

On estime à 2 720€ les dépenses médianes annuelles par résident en soin de ville et il sera intéressant pour la suite de notre exposé de garder en tête que l'enveloppe dentaire en représente moins de 5% (**Figure 4**) (38).

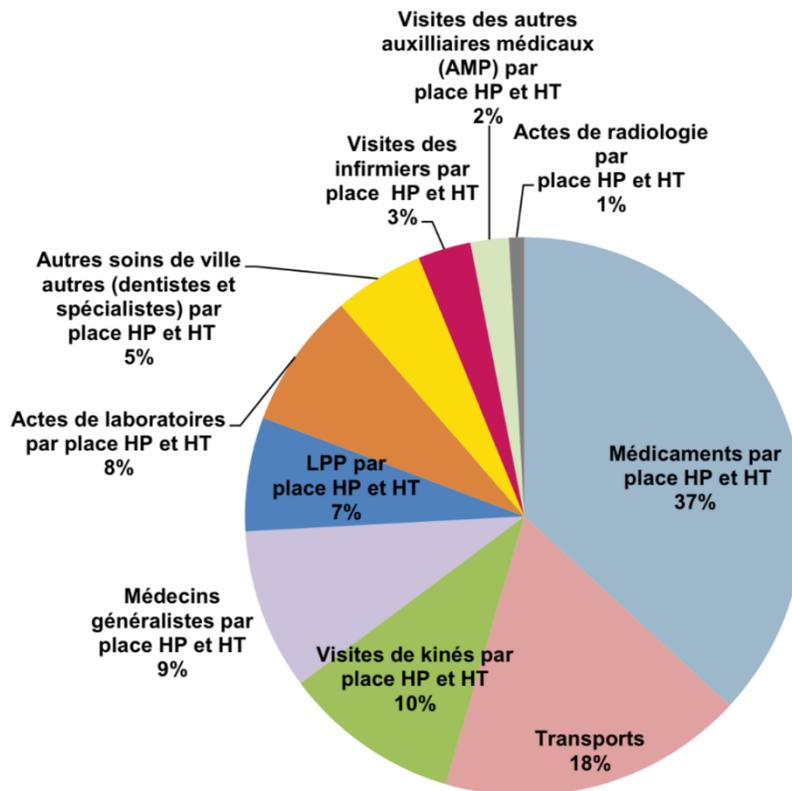


Figure 4 : Coût moyen des soins financés sur l'enveloppe "soin de ville par place" installée en hébergement permanent et en hébergement temporaire en 2017 (38).

Depuis de nombreuses années, la situation économique des EHPAD est problématique. Les dotations des instances publiques sont faibles au vu des coûts notamment pour les volets soins et dépendance. En 2017, 68% des EHPAD privés à but lucratif étaient d'ailleurs légèrement en déficit en ne prenant en compte que le soin et la dépendance et ne parvenaient à compenser

qu'avec le volet hébergement. De même, environ 42% des établissements publics et des établissements privés à but non lucratif étaient déficitaires (38,40).

A cela s'ajoute les difficultés de recrutement et le turn-over important du personnel. En effet, plus d'un tiers des établissements rencontrent des difficultés de recrutement et ce pourcentage monte à 50% pour les établissements privés. De même, un EHPAD sur deux emploie des intérimaires ou du personnel libéral (38). Tout ceci peut s'avérer problématique vis-à-vis de la formation sur la santé orale. En effet, cette dernière ne suit pas systématiquement le rythme du renouvellement des équipes.

1.1.3.2 Difficultés rencontrées pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents

La détérioration de la santé orale avec l'âge est souvent vue comme une fatalité, par les personnes âgées elles-mêmes mais aussi par leur entourage.

Une étude a été menée en 2004 chez des résidents d'EHPAD du Lot par Martinasso et al. Ils ont mis en évidence une distorsion entre le besoin de soin réel et ressenti par les résidents. En fait, soumis au questionnaire d'auto-évaluation Global Oral Health Assessment Index (GOHAI), seul 29% des sujets ont exprimé un besoin en soins bucco-dentaires, mais l'examen clinique a révélé que 78% d'entre eux nécessitaient une prise en charge curative (34).

Puis, une enquête de El Maazi, menée en 2005, a montré que 22% des résidents ne possèdent aucun matériel d'hygiène bucco-dentaire (41). Cependant, même s'il s'agit du rôle des aides-soignantes de réaliser la toilette bucco-dentaire, c'est la famille qui doit fournir le matériel d'hygiène bucco-dentaire.

Une autre étude menée au sein des EHPAD de Nancy, en 2010, par Midon, ayant inclus 7 médecins coordonnateurs et portant notamment sur le ressenti du personnel soignant vis-à-vis de la prise en charge bucco-dentaire, révèle que 43% des médecins coordonnateurs de l'échantillon

estiment que c'est au chirurgien-dentiste de fournir le matériel d'hygiène bucco-dentaire et 71% estiment que le chirurgien-dentiste doit réaliser les soins d'hygiène (6).

Puis en 2013, une étude a été menée pour l'ARS d'Aquitaine qui nous révèle que même si les familles sont sollicitées dans 92% des cas pour la fourniture ainsi que le remplacement du matériel d'hygiène bucco-dentaire, au sein des EHPAD aquitains, cette mise à disposition n'est effective que dans 30% des cas (42).

Ce même rapport a aussi mis en évidence que 59% des EHPAD n'avaient pas de protocole pour l'hygiène bucco-dentaire alors même que cette dernière était réalisée quotidiennement dans 78% d'entre eux. Cela peut s'expliquer par la quasi-absence de référent en santé orale (seulement 10% des EHPAD avaient un référent) et par le fait que moins de la moitié du personnel a suivi une formation sur les pratiques d'hygiène bucco-dentaire (42).

On observe donc bien un flou au niveau de l'hygiène bucco-dentaire des seniors en institution.

Concernant le dépistage, les bonnes pratiques recommandent la réalisation systématique d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée du résident dans l'EHPAD. Cependant, en 2004 en Poitou Charente et Limousin, d'après une étude menée par Cohen et al., seul 1,3% des résidents d'EHPAD avaient bénéficiés d'un bilan bucco-dentaire à leur entrée en institution. A l'échelon régional en 2013 en Aquitaine, toujours d'après l'étude menée par Laetitia Darrieutort et l'ARS, 84% des EHPAD ne demandaient pas systématiquement le bilan bucco-dentaire d'entrée et c'est un total de 71% qui ne le réalisaient pas non plus dans les semaines qui suivent (33,42,43).

1.1.3.3 Prévention et dépistage en Nouvelle-Aquitaine

- L'Association Dépendance-Handicap-Précarité (DHP) Dentaire en Nouvelle-Aquitaine (44,45) :

Il s'agit d'une association loi 1901 fondée sous la houlette de l'Ordre Nationale des Chirurgiens-Dentistes, qui regroupe différents acteurs régionaux de la santé dentaire, à savoir :

- Le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes ;
- L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des chirurgiens-dentistes ;
- L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) ;
- L'UFR d'odontologie de Bordeaux.

Les associations d'Aide Odontologique Suivi Itinérant de Soins (AOSIS) située dans la Vienne ainsi que EHPADent dans le Limousin, dont nous évoquerons les actions, ont adhéré à l'association DHP en Nouvelle-Aquitaine.

Le but de cette association DHP est de mettre en place une véritable coordination locale entre les différents acteurs - professionnels de santé médicale, paramédicale, médico-sociale et humanitaire - afin de créer et pérenniser des projets pour répondre aux besoins bucco-dentaires des personnes les plus vulnérables.

Une concertation avec l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a abouti à la création d'un plan d'action régional en faveur de l'accès à la Santé Bucco-Dentaire des personnes en situation de vulnérabilité. Ce plan d'action a pour objectif d'améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de dépendance, de handicap ou de précarité, en institution ou non.

- L'Association Aide Odontologique Suivi Itinérant de Soins (AOSIS) :

Le Dr Pierre Fronty, président de l'association AOSIS considère la naissance de l'association comme une collaboration entre les directions d'EHPAD en milieu urbain et en milieu rural, à la suite du constat il y a une dizaine d'années des problèmes d'accès aux soins bucco-dentaires

« quasiment insurmontables ». Le but de l'association est donc d'évaluer l'état dentaire des résidents et de les aider à accéder aux soins.

AOSIS agit dans 3 axes : le Handicap, la Précarité et la Dépendance. Concernant la partie dépendance qui nous intéresse ici, il s'agit de vacations de dépistages organisées dans les EHPAD dans des conditions les plus proches possibles d'un cabinet : avec un fauteuil de chirurgien-dentiste, un scialytique et du matériel jetable. A la suite de ce bilan bucco-dentaire, réalisé par des confrères en activité ou en retraite, les résidents qui présentent un besoin en soin sont orientés vers des confrères en cabinet de ville avec un bon de transport. Cela permet de débloquent la situation pour des résidents en souffrance grâce à la discussion de confrère à confrère, ou avec l'aide du référent Handicap Département, le Dr Didier Grivelet, dans la Vienne.

La principale limite rencontrée par cette association est le nombre réduit de praticiens volontaires ainsi que parfois des réticences de certains directeurs d'EHPAD.

- L'association EHPADent (46) :

Créée à Limoges en 2008, cette association a pour vocation de prévenir la perte des prothèses amovibles pour les personnes âgées dépendantes.

Les EHPAD qui ont signé une convention de partenariat, reçoivent la visite de praticiens afin de faire un bilan de l'état bucco-dentaire des résidents puis proposer une orientation de la prise en charge soit en milieu hospitalier, soit en cabinet de ville, suivant les besoins.

Ces derniers forment également le personnel à l'hygiène bucco-dentaire et proposent grâce à l'aide d'un prothésiste retraité bénévole, un marquage des prothèses sur place dont les frais sont pris en charge par l'association.

Un entretien téléphonique avec l'association nous a permis de connaître la principale limite de ce réseau, à savoir, le manque de praticiens volontaires.

1.1.3.4 Initiatives curatives locales

- Le bus des Landes (47) :

Le projet du bus des Landes (**Figures 5 et 6**) est né en 2015 à l'initiative de la Mutualité Française des Landes, à la suite du départ en retraite du dernier praticien du Pays d'Albret sans succession.

En mai 2015, le coût de mise en place du projet a été de 410 000€ avec une participation de :

- La Mutualité Française pour 155 000€ ;
- L'Agence Régionale de Santé (ARS) pour 100 000€ ;
- Le département des Landes pour 70 000€.



Figure 5. Photographie du Bus des Landes.

On estime entre 350 000 et 400 000€ les frais annuels de fonctionnement de l'initiative. Heureusement, de nombreux partenaires se sont joints à la Mutualité Française dans cette entreprise :

- L'Agence Régionale de Santé (ARS) ;
- L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) ;
- L'Union Départementale des Associations familiales (UDAF) ;

- Les Centres Hospitaliers de Mont de Marsan et de Dax ;
- L'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) ;
- La MACIF.

L'objectif principal du projet est la prise en charge bucco-dentaire des résidents d'EHPAD afin d'améliorer leur qualité de vie. Ce n'est qu'en réaction à la faible densité de praticien sur le territoire que le projet s'est élargi à la population générale de certaines communes (**Tableau 5**).

Tableau 2: Communes visitées par le bus des Landes

EHPAD des communes bénéficiant de l'unité mobile	Commune avec accès pour la population générale
Biscarosse	Luxey
Le Muret	Labrit
Labrit	Sabres
Mimizan	Sore
Onesse et Laharie	
Parentis en Born	
Morcenx	

L'unité mobile assure uniquement les consultations sur rendez-vous (par téléphone ou via le site internet unite-mobile.mutualite-landes.fr). L'équipe, composé de deux chirurgiens-dentistes, une assistante et un chauffeur, assure des vacations de 4 heures et dispose d'un agenda complet sur 3 semaines. Le fonctionnement est le même que dans un cabinet de ville avec une facturation à l'acte directement dans l'unité mobile, qui pratique toutefois le tiers-payant.



Figure 6. Photographie de l'intérieur du bus des Landes.

L'intérêt d'un tel dispositif a été mis en avant en 2014 par le « Prix Agirc et Arcco » visant à récompenser les initiatives pour favoriser l'accès aux soins des personnes handicapées.

A cause de la crise de la Covid-19, le Conseil d'administration de la Mutualité Française Landes a décidé d'arrêter le dispositif. Il n'y a à ce jour pas d'informations quant à la reprise ou non du projet.

- Le fauteuil de l'établissement de Créon (48) :

Le Docteur Elizena Barbosa-Rogier a effectué sa thèse sur les patients à besoin spécifiques et a travaillé pendant 2 ans en tant qu'Assistante Hospitalo-universitaire de la sous-section de pédodontie à Rennes auprès des patients à besoins spécifiques, avant d'exercer exclusivement en libéral. À la suite d'une rencontre avec l'ancienne directrice de l'EHPAD le Hameau de la Pélou à Créon puis son successeur Mme Maryse Pichon, elles décident de monter un projet de soin qui se devait pérenne et prédictible. Leur projet d'un fauteuil dentaire au sein de l'EHPAD fut retenu à la suite d'un appel à projet de l'ARS. Ainsi, l'EHPAD a reçu 150 000€ pour une période triennale reconductible, dont 20 000€ devaient servir à la création du cabinet au sein de l'établissement.

Le bénévolat et la générosité des confrères et des industriels ont permis de mener à bien le projet - malgré le faible montant accordé par rapport aux charges du gros matériel (16 000€ pour le kart).

L'ensemble de l'équipe de l'EHPAD a été formé et sensibilisé à la santé bucco-dentaire avec succès : la bouche fait désormais partie intégrante des transmissions de l'équipe soignante, une attention est portée sur le confort oral des résidents au quotidien.

Les subventions de l'ARS ont aussi permis à Mme Pichon d'embaucher une personne référente pour la santé orale qui s'occupe notamment de fournir aux dentistes la liste des patients qui se sont plaints de leur état bucco-dentaire ainsi que la nature de ces plaintes, de prévoir les bilans bucco-dentaires à l'entrée en institution et de contacter les familles pour recueillir le consentement.

Les quatre à cinq dentistes volontaires qui participent au projet effectuent depuis avril 2015 environ une vacation par semaine dans cet établissement d'une petite centaine de places dans le but d'assurer 4 vacations par mois. Le rythme est tout à fait compatible avec une activité libérale et permet ainsi de garder les praticiens engagés dans le projet. Chaque vacation fait l'objet d'un contrat avec l'EHPAD, transmis au Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. La rémunération est de 250€ par vacation et le praticien facture également les actes effectués.

Concernant les perspectives d'évolution, le Dr Barbosa-Rogier nous a confié vouloir doter l'EHPAD d'un logiciel professionnel dentaire et d'un lecteur de Carte Vitale afin de faciliter la transmission des actes et alléger la surcharge de travail pour le personnel de l'EHPAD et les praticiens. L'idée à terme est de faire de Créon un pôle référent au niveau local pour la prise en charge des résidents institutionnalisés en recevant des patients d'autres établissements.

- Dispositif expérimental d'itinérance de la Collectivité Paloise (49-51) :

Les prémisses de la naissance de cette initiative remontent à 2015, à la suite du constat d'un besoin en soins bucco-dentaires pour les résidents d'EHPAD et les personnes en situation de

handicap. L'action est issue d'une réponse portée par le Réseau des EHPAD de Béarn et Soule (REBS) dans le cadre d'une fiche action du Contrat Local de Santé 2016-2019. C'est également une réponse à un appel à candidature proposé par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine en 2017. Elle a été mise en place en avril 2019 (52).

Il s'agit d'une itinérance de soins par un chirurgien-dentiste sur 5 structures : 4 EHPAD et un Etablissement Médico-Social relevant du secteur du handicap. C'est une réponse qui présente l'avantage d'être totalement adaptée aux besoins constatés. Le dentiste est salarié par la collectivité et visite les établissements une fois par mois à l'aide d'une valise louée.

Malheureusement, il s'agit d'une expérimentation sur 3 ans et les moyens ne sont peut-être pas assez élevés pour atteindre une prise en charge optimale. La pérennisation de ce dispositif passerait sans doute par la création d'un centre de santé mono-activité bucco-dentaire.

1.2 Justification de l'étude

Nous avons pu voir qu'il existe des études épidémiologiques qui décrivent les besoins en soins bucco-dentaires des résidents d'EHPAD.

Il existe donc nombre de campagnes de dépistages menées notamment par l'UFSBD mais aussi par l'UFR d'odontologie de Bordeaux auprès des établissements qui font la démarche de s'engager dans le parcours de santé orale.

Une enquête menée en 2013 auprès des EHPAD aquitains sur l'état des lieux de la santé orale et de son organisation en établissement, a également mis à jour une volonté forte des directeurs d'EHPAD de travailler avec les chirurgiens-dentistes puisque 79% d'entre eux ont pris contact avec des praticiens sur leur territoire. Cependant, moins de 10% ont conclu un conventionnement entre EHPAD et chirurgien-dentiste à la suite de ce contact (42).

Ainsi, on ignore combien de ces patients sont réellement soignés. De plus, même si quelques auteurs rapportent certaines difficultés quant à la prise en charge des résidents d'EHPAD et des sujets âgés dépendants de manière générale (6,29,53), il n'existe à notre connaissance, aucune étude s'intéressant réellement à ces limites.

Hypothèse de l'étude :

Notre hypothèse est que l'accès à une prise en charge bucco-dentaire suffisante dans les EHPAD est actuellement très difficile pour des raisons matérielles, financières, logistiques et organisationnelles.

1.3 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est de mettre en évidence les obstacles rencontrés par le personnel soignant des établissements d'hébergement pour apporter les soins dentaires nécessaires aux personnes âgées dépendantes. Notre objectif secondaire est de rechercher d'éventuelles solutions en réponse à ces problématiques.

2 Méthodes

2.1 Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, basée sur un questionnaire (cf. **Annexe 1**), envoyé à l'ensemble des directeurs d'EHPAD de la région Nouvelle-Aquitaine, entre le 6 octobre et le 6 novembre 2020.

2.2 Population d'étude

L'étude s'adressait dans chaque EHPAD de Nouvelle-Aquitaine, aux directeurs ou à défaut aux personnes en charge de la santé orale des résidents en mesure de remplir le questionnaire.

2.3 Critère de sélection

Tous les EHPAD publics ou privés de Nouvelle-Aquitaine dont le mail avait été communiqué à l'ARS au cours de l'année 2020 ont été contactés, soit 863 établissements.

2.4 Variables recueillies

Les variables recueillies peuvent être classées en trois parties.

La première partie concernait l'établissement répondant, avec :

- La nature de l'établissement :
 - EHPAD public ;
 - EHPAD privé à but lucratif ;
 - EHPAD privé à but non lucratif.

- La présence d'un référent santé orale :
 - Oui ;
 - Non.
- Les raisons de l'absence d'un référent santé orale :
 - Manque de moyen humain et financier ;
 - Personnel non formé ;
 - N'a pas été une priorité dans l'organisation des soins ;
 - Autre (réponse libre).
- La capacité d'accueil de l'établissement :
 - Moins de 60 (places) ;
 - Entre 60 et 100 (places) ;
 - Plus de 100 (places).
- La présence d'une formation du personnel à l'hygiène bucco-dentaire :
 - Oui ;
 - Non ;
 - Sans réponse.
- La réalisation de dépistages bucco-dentaires :
 - Oui ;
 - Non ;
 - Sans réponse.

La deuxième partie consistait en une évaluation du ressenti des besoins en soins des résidents et une identification des freins aux soins bucco-dentaire selon l'établissement, avec :

- La fréquence des résidents se plaignant de problèmes bucco-dentaires :
 - Entre 0 et 25% ;
 - Entre 26 et 50% ;
 - Entre 51 et 75% ;
 - Entre 76 et 100% ;
 - Difficilement appréciable.

- La fréquence des résidents ayant consulté un chirurgien-dentiste dans les 12 derniers mois :
 - Entre 0 et 25% ;
 - Entre 26 et 50% ;
 - Entre 51 et 75% ;
 - Entre 76 et 100% ;
 - Difficilement appréciable.
- Les freins identifiés à la prise en charge curative des résidents :
 - Le manque d'identification des besoins ;
 - Le refus de soin par peur du dentiste des résidents ;
 - La problématique du transport ;
 - Le manque de moyen humain au sein de l'EHPAD pour l'organisation et le suivi du parcours de soin ;
 - Le renoncement des résidents pour raison financière ;
 - La difficulté à recueillir le consentement du résident ou de la famille.

Enfin la troisième partie interrogeait sur l'intérêt de l'EHPAD à rejoindre un nouveau système de prise en charge si ce dernier devait voir le jour et sa capacité à débloquer des financements, avec :

- La possibilité pour l'établissement d'accueillir un chirurgien-dentiste pour une vacation à intervalle régulier sans contrainte financière pour l'EHPAD :
 - Oui ;
 - Non.
- La possibilité pour l'établissement d'accueillir un chirurgien-dentiste pour une vacation à intervalle régulier avec contrainte financière pour l'EHPAD :
 - Oui ;
 - Non.
- La possibilité pour l'établissement de mettre à disposition un local pour un chirurgien-dentiste avec aide financière et technique pour l'EHPAD :
 - Oui ;
 - Non.

2.5 Recueil des données

Grâce à la liste de diffusion transmise par l'ARS et le Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes, 863 EHPAD de la région Nouvelle-Aquitaine ont été contactés.

Le mail envoyé contenait le lien de l'enquête avec l'outil LimeSurvey® fourni par l'Université de Bordeaux, et la durée d'accès à l'enquête était de 1 mois du 6 octobre au 6 novembre 2020.

Les données ont ensuite été recueillies sous forme de tableau Excel® via l'outil LimeSurvey®, en format brut et en format pré-analysé.

2.6 Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été analysées en termes d'effectif et de pourcentage.

L'analyse a été effectuée grâce à l'outil d'analyse propre de LimeSurvey®, et a été complétées sous Excel®.

3 Résultats

Un total de 1284 mails a été envoyé dont 26 ont subi un dysfonctionnement à l'envoi ou à la réception. Finalement, 217 réponses complètes ont été reçues ce qui correspond à 25,1 % des 863 EHPAD contactés soit 17,6% des 1233 EHPAD de Nouvelle-Aquitaine.

3.1 Résultats question par question

Question 1 : Y a-t-il une personne en charge de la santé bucco-dentaire dans votre établissement ?

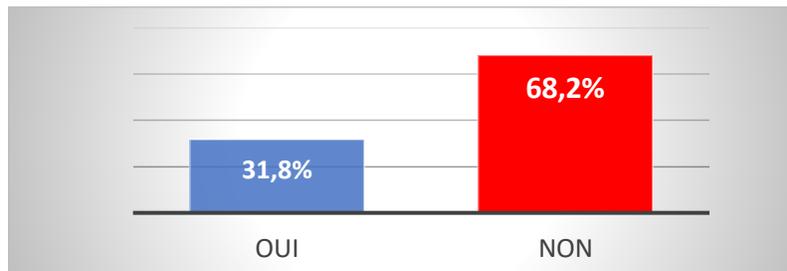


Figure 7 : Présence d'une personne chargée de la santé bucco-dentaire, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

Concernant la présence de personnel en charge de la santé bucco-dentaire, 69 établissements ont répondu de manière affirmative soit 31,8% de notre échantillon. A l'inverse 148 établissements ne disposent pas de personne en charge de la santé bucco-dentaire, ce qui représente 68,2% de notre échantillon (**Figure 7**).

Question 2 : Si non, pour quelles raisons principales ?

Parmi les 68,2% qui ont répondu négativement, 40,6% évoquent un manque de moyen humain et financier, 36,9% un manque de formation du personnel, et 9,2% estiment que cela n'a pas été une priorité dans l'organisation des soins et 6% décrivent d'autres raisons (**Figure 8**).

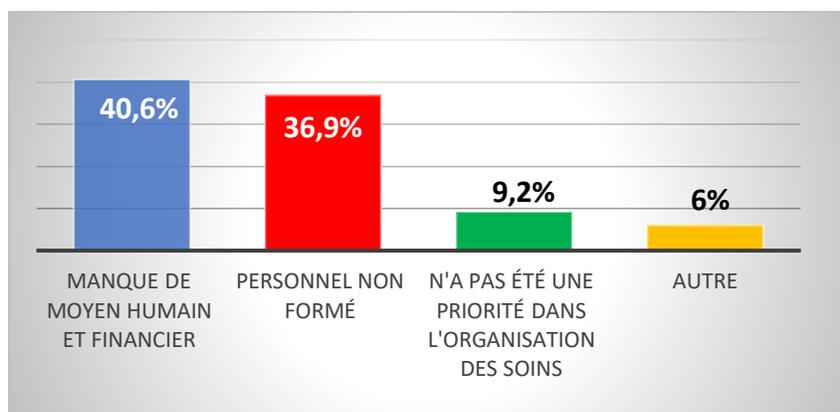


Figure 8: Raison de l'absence de personne chargée de la santé bucco-dentaire, Enquête EHPAD, n=148, Nouvelle-Aquitaine, 2020.

Les participants étaient invités à préciser, s'ils le souhaitaient, leur réponse « autre ». Voici leurs commentaires :

- *Personnel insuffisamment sensibilisé ;*
- *Difficulté à mettre en place ;*
- *Groupe de travail sera mis en place fin 2020 ;*
- *Nous n'avons pas de dentiste ;*
- *Impossibilité d'avoir un professionnel qui se déplace ;*
- *Direction des soins absente en formation sur l'année, organisation a minima et manque d'encadrement et de médecin coordonnateur ;*
- *Le personnel est formé par l'UFSBD mais n'a pas le temps nécessaire. Il est envisagé de mettre en place un système Tel e-dent (développé au CH de Guéret) mais la Covid-19 rend cela compliqué.*
- *Des agents ont été formés ;*
- *Partenariat avec un EHPAD de proximité pour suivi bucco-dentaire si besoin ;*
- *Pas de dentiste ;*
- *Pas de personne formellement désignée ;*
- *Bus bucco-dentaire ;*
- *Pas de personne dédiée mais dépistage réalisé lors du bilan d'entrée.*

Question 3 : Bénéficiez-vous d'une action de dépistage bucco-dentaire ?

Concernant la présence d'une action de dépistage bucco-dentaire au sein de l'établissement, 65 EHPAD ont répondu par l'affirmative, soit 30% de l'échantillon. Concernant les réponses négatives, ils étaient 147 soit 67,7% de l'échantillon et 5 établissements, soit 2,3%, n'ont pas répondu (**Figure 9**).

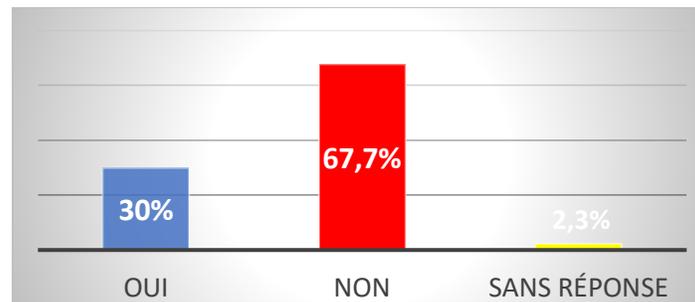


Figure 9. Présence d'une action de dépistage, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217,2020.

Question 4 : Votre personnel a-t-il bénéficié d'une formation à l'hygiène bucco-dentaire ?

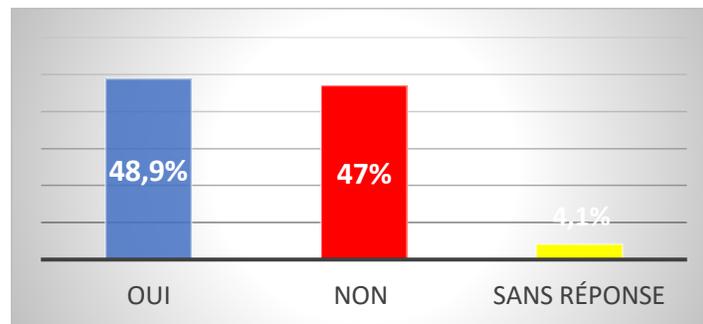


Figure 10. Formation du personnel à l'hygiène bucco-dentaire, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

Concernant la formation à l'hygiène bucco-dentaire, le personnel a pu en bénéficier dans 106 établissements soit 48,9% de l'échantillon. Dans 102 établissements le personnel n'a pas reçu de formation à l'hygiène bucco-dentaire, cela représente 47% de l'échantillon. Et 9 établissements n'ont pas répondu soit 4,1% de l'échantillon (**Figure 10**).

Question 5 : Combien de résidents accueillez-vous en moyenne ?

Concernant le nombre de résidents accueillis :

- 52 EHPAD disposaient de moins de 60 lits ce qui représente 24% de l'échantillon.
- 134 EHPAD disposaient d'entre 60 et 100 lits ce qui représente 62% de l'échantillon.
- 31 EHPAD disposaient de plus de 60 lits ce qui représente 14% de l'échantillon (**Figure 11**).

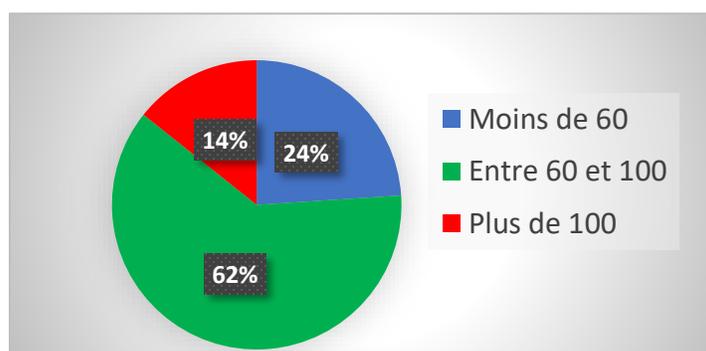


Figure 11. Capacité des EHPAD, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

Question 6 : Combien de vos résidents se plaignent de leur santé orale (douleurs aux dents, aux gencives, difficultés à s'alimenter) ?

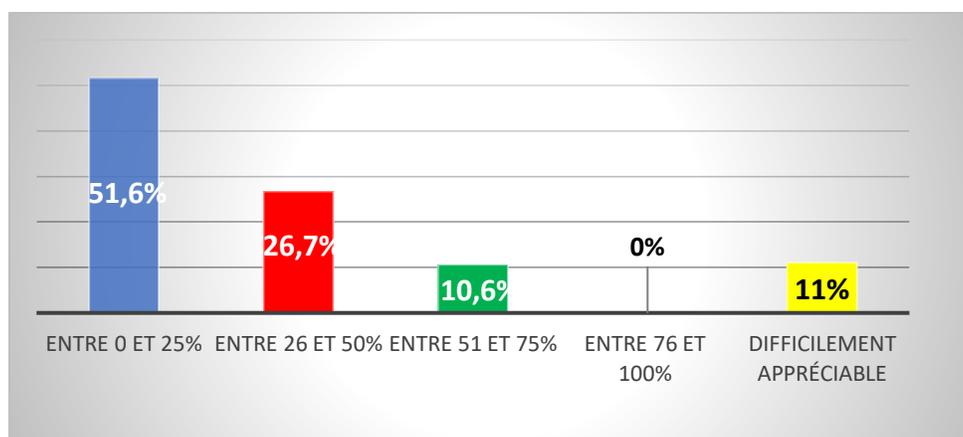


Figure 12. Douleurs bucco-dentaires rapportées par les résidents, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

Concernant les plaintes des résidents, 112 EHPAD estiment entre 0 et 25% la proportion de leurs résidents qui se plaignent de leur santé orale, cela représente la majorité avec 51,6% des réponses. Pour 58 établissements (26,7%), l'estimation est de 26 à 50% de leurs résidents, 23 établissements (10,6%) l'estiment entre de 51 à 75% de leurs résidents, aucun EHPAD n'a estimé que plus de 76% de ses résidents se plaignaient de leur santé orale et 24 établissements ont jugé difficilement appréciable cette proportion, ce qui représente 11% des réponses (**Figure 12**).

Question 7 : Combien de vos résidents ont-ils vu un chirurgien-dentiste au cours des 12 derniers mois ?

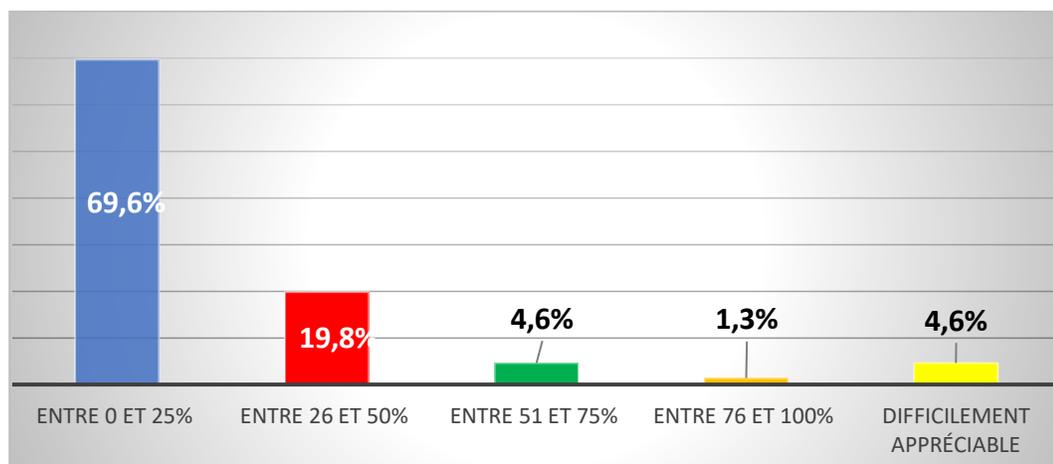


Figure 13. Proportion de résidents ayant consulté un chirurgien-dentaire au cours des 12 derniers mois, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

Concernant l'accès à un chirurgien-dentiste, 151 établissements (69,5%) estiment entre 0 et 25% la proportion de leurs résidents qui ont bénéficié d'une consultation dentaire dans les 12 derniers mois. Les établissements qui estiment qu'entre 26 et 50% de leurs résidents ont bénéficié d'une consultation dans l'année sont au nombre de 43 soit 19,8% de l'échantillon. Ils sont 10 à estimer cette proportion entre 51 et 75%, soit 4,6% de l'échantillon et 3 établissements l'estiment entre 76 et 100%, soit 1,3% de l'échantillon. Enfin 10 établissements (4,6%) déclarent difficilement appréciable cette proportion (**Figure 13**).

Question 8 : Selon vous, lesquels de ces freins à la prise en charge bucco-dentaire de vos résidents sont les plus impactants ?

Concernant les freins ressentis par les EHPAD pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents les plus importants (**Figure 14**) :

- La problématique du transport est le principal frein selon 165 EHPAD soit 76% des répondants.
- Le manque de moyen humain pour l'organisation et le suivi du parcours de soin arrive en seconde position avec 113 EHPAD le considérant comme important, soit 52% des répondants.
- Le renoncement au soin pour raison financière est considéré comme un frein important par 106 EHPAD soit 48,9% des répondants.
- Le manque d'identification des besoins est considéré comme un frein important par 90 EHPAD soit 41,5% des répondants.
- La difficulté à recueillir le consentement est considérée comme un frein important par 42 EHPAD soit 19,4% des répondants.
- Le refus de soin par peur du dentiste est considéré comme un frein important par 30 EHPAD soit 13,8% des répondants.

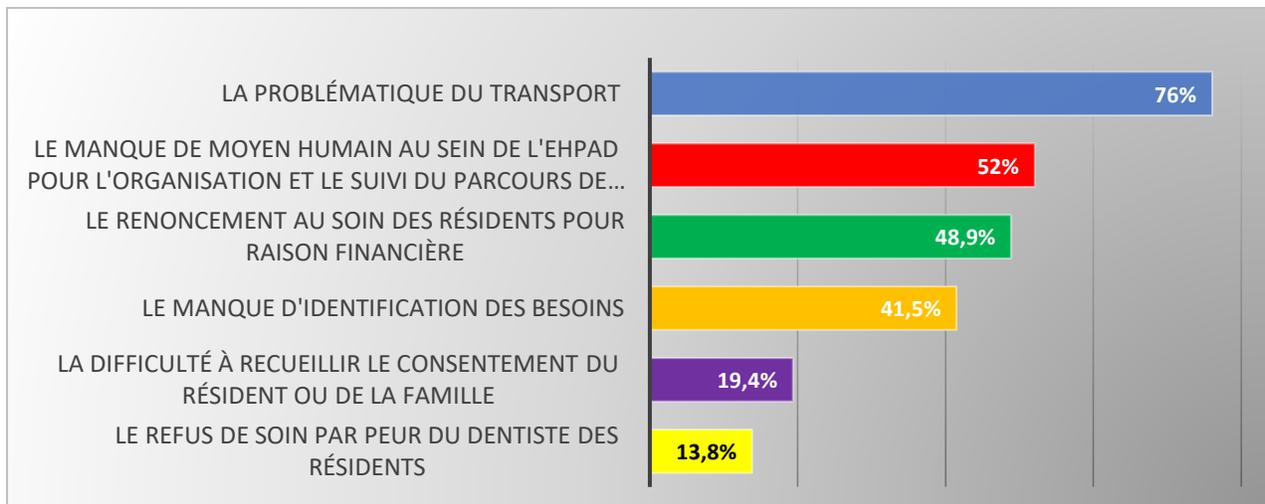


Figure 14. Freins à la prise en charge curative des résidents, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

Question 9 : Sans contrainte financières, seriez-vous favorables à la mise en place de vacations d'un chirurgien-dentiste à intervalles réguliers au sein de votre établissement pour soigner vos résidents ?

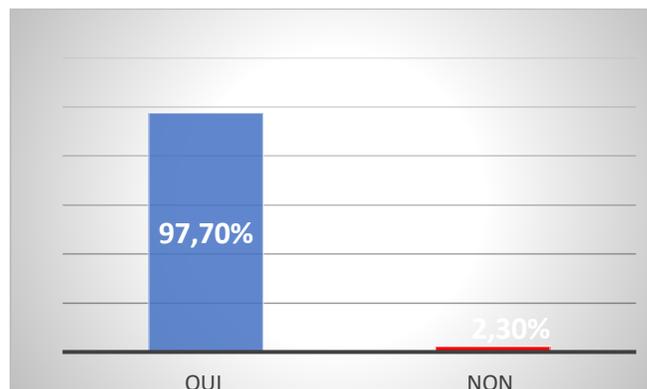


Figure 15. Mise en place de vacations de chirurgiens-dentistes sans contrainte financière, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

La proposition de mise en place de vacations d'un chirurgien-dentiste à intervalles réguliers au sein de l'EHPAD sans contrainte financière a accueilli 212 réponses positives soit 97,7% des réponses (**Figure 15**).

Question 10 : Si vous deviez les financer, seriez-vous favorable à la mise en place de vacations d'un chirurgien-dentiste à intervalles réguliers au sein de votre établissement pour soigner vos résidents ?

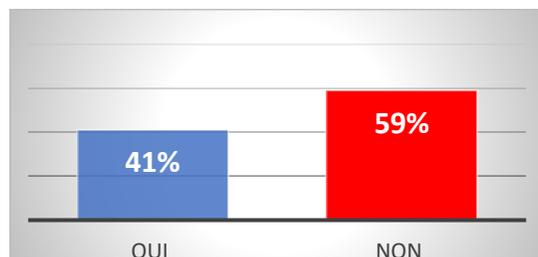


Figure 16. Mise en place de vacations de chirurgiens-dentistes avec contrainte financière, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

La proposition de mise en place de vacations d'un chirurgien-dentiste à intervalle régulier au sein de l'EHPAD mais avec une contrainte financière a accueilli 89 réponses positives soit 41% des réponses (**Figure 16**).

Question 11 : Si une aide financière et technique vous était donnée, seriez-vous favorable à la mise à disposition de locaux pour accueillir un chirurgien-dentiste au sein de votre établissement ?

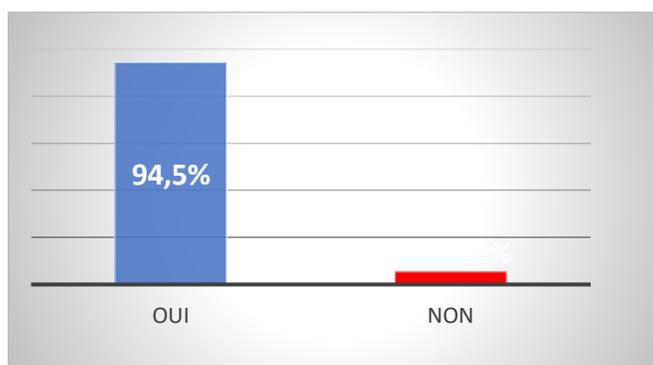


Figure 17. Mise en place de vacations de chirurgiens-dentistes avec aide financière et technique, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

La proposition de mise à disposition par l'EHPAD de locaux pour accueillir un chirurgien-dentiste au sein de l'EHPAD a accueilli 205 réponses positives soit 94,5% des réponses (**Figure 17**).

Question 12 : Veuillez indiquer la nature de votre établissement.

Parmi les répondants :

- 79 sont des EHPAD publics, cela représente 37% de l'échantillon.
- 72 sont des EHPAD privés à but non lucratif, cela représente 33% de l'échantillon.
- 64 sont des EHPAD privés à but lucratif, cela représente 30% de l'échantillon (**Figure 18**).

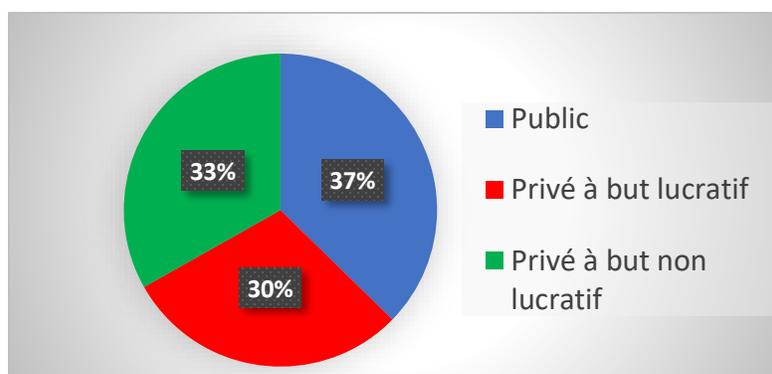


Figure 18. Nature des établissements interrogés, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

3.2 Tri par taille d'EHPAD

La question n°5 sur le nombre de résidents accueillis nous permet de voir en quoi la taille de l'EHPAD pourrait jouer sur la perception des freins à la prise en charge bucco-dentaire et sur les solutions envisagées. Seront décrits comme « Petits » les EHPAD de moins de 60 places (n=46), comme « Moyens » les EHPAD entre 60 et 100 places (n=134), et comme « Grands » les EHPAD de plus de 100 places (n=31).

Pour la question n° 8 sur les freins perçus à la prise en charge bucco-dentaire, nous obtenons les résultats suivants (**Figures 19 à 21**) :

- La problématique du transport est le principal frein, il diminue inversement à la taille de l'EHPAD (82,6% pour les petits EHPAD, 77,6% pour les moyens et 74,2% pour les grands).
- Le manque de moyen humain pour l'organisation et le suivi du parcours de soin est de 47,8% dans les EHPAD moyens, ce qui est moins élevé que dans les petits et les grands, avec respectivement 60,9% et 67,7%.
- Le renoncement au soin pour raison financière est assez proche selon les petits et moyens EHPAD avec 56,5% et 50% tandis qu'il est plus faible dans les grands EHPAD avec 41,9%.
- Le manque d'identification des besoins augmente avec la taille de l'EHPAD, passant de 34,8% pour les petits, à 44,1% pour les moyens et 48,4% pour les grands.
- La difficulté à recueillir le consentement est plus faible dans les petits EHPAD (13%) que dans les grands (19,4%) et les moyens (22,4%).
- Le refus de soin par peur du dentiste est vu comme un frein plus important proportionnellement à la taille de l'EHPAD, il est de 10,9% dans les petits, 14,2% dans les moyens et 19,4% dans les grands.

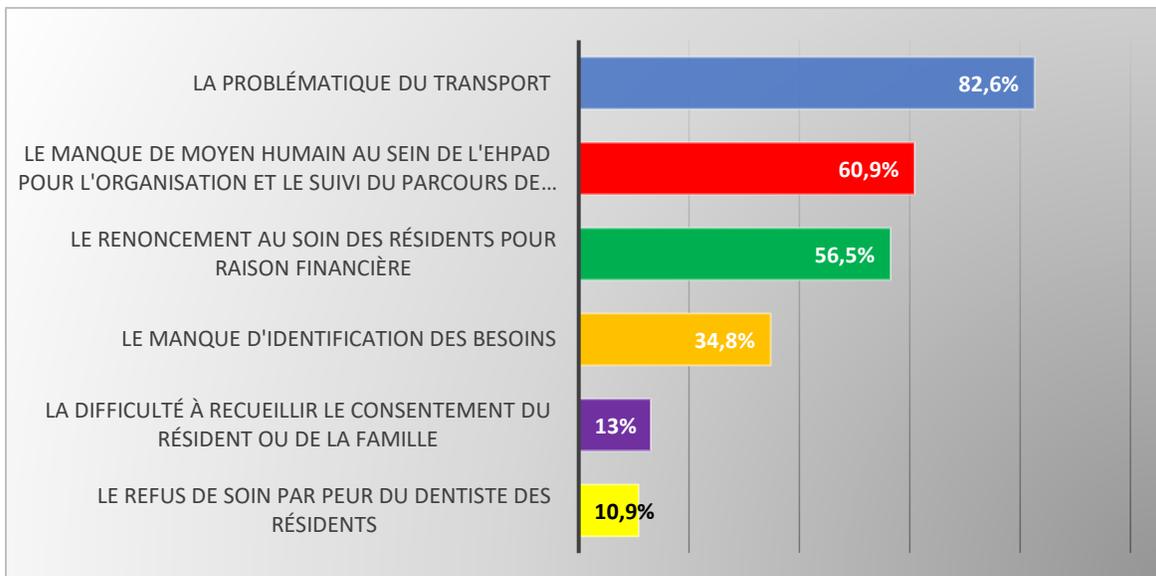


Figure 19. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPADs de moins de 60 places, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=46, 2020.

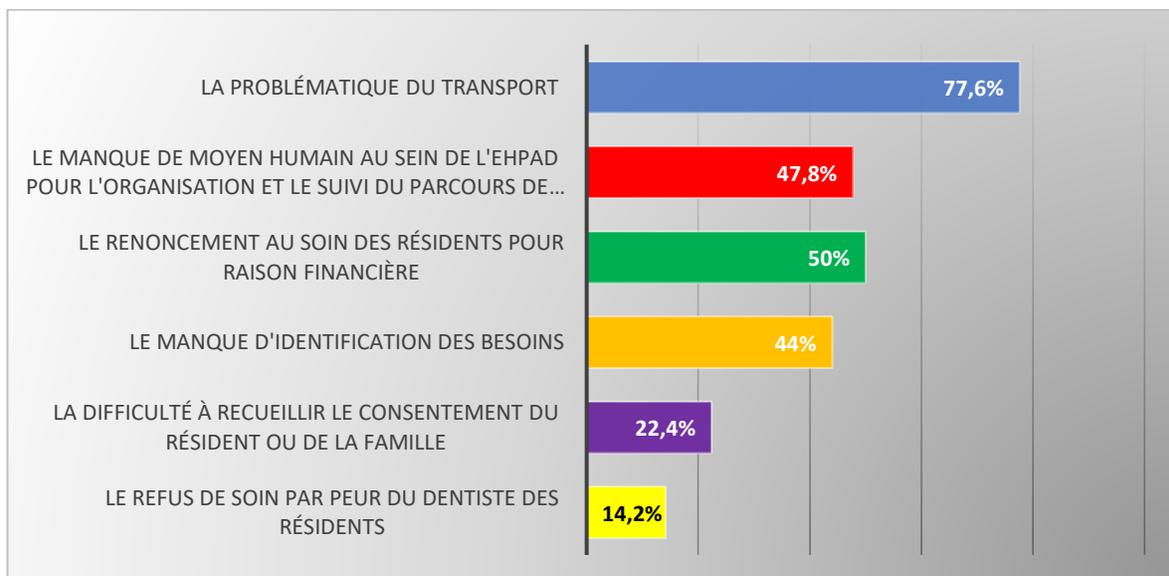


Figure 20. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPADs comprenant entre 60 et 100 places, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=134, 2020.

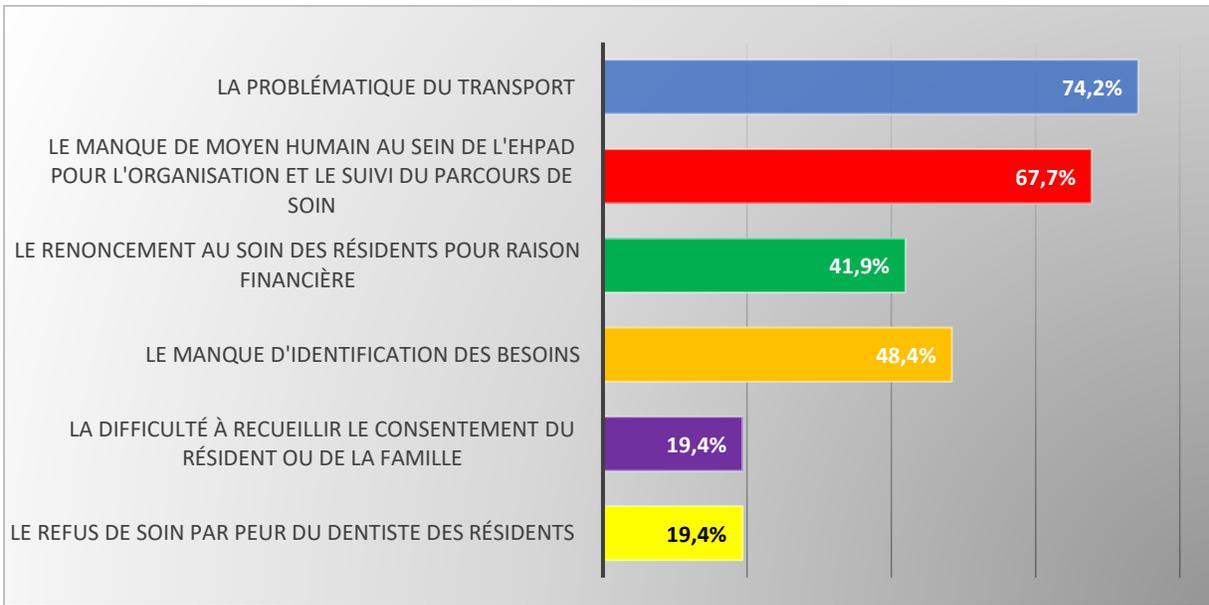


Figure 21. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPADs de plus de 100 places, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=31, 2020.

Les questions n° 9 à 11 se rapportant à l'acceptabilité des différentes solutions évoquées ont également pu être triées selon la taille des EHPAD (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Pourcentage d'acceptabilité des solutions de prise en charge bucco-dentaire selon la taille des EHPAD, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217, 2020.

	Favorables aux vacances sans contrainte financière	Favorables aux vacances en les finançant	Favorables à la mise à disposition de locaux avec aide
EHPAD de moins de 60 places	94,2%	38,5%	88,5%
EHPAD entre 60 et 100 places	98,5%	39,6%	95,5%
EHPAD de plus de 100 places	100%	51,6%	100%

Nous pouvons voir que le plus les EHPAD sont « grands », plus le pourcentage de « Oui » aux solutions proposées est élevé. Ils seraient notamment plus susceptibles de rémunérer des chirurgiens-dentistes pour effectuer des vacations (**Tableau 6**).

3.3 Tri par nature d'EHPAD

Tout comme la question n°5 pour la taille de l'EHPAD, la question n° 12 nous permet de réaliser un tri selon la structure sociale de l'établissement.

Concernant les freins à la prise en charge bucco-dentaire (**Figures 22 à 24**) :

- La problématique du transport est le frein principal à la prise en charge des résidents quelle que soit la nature de l'EHPAD (72,8% dans les établissements publics, 77,8% dans les établissements privés à but lucratif et 78,1% dans les établissements privés à but non lucratif).
- Le manque de moyen humain pour l'organisation et le suivi du parcours de soin comme frein à la prise en charge bucco-dentaire n'est pas perçu de la même manière entre les EHPAD privés à but lucratif d'un côté (37,5%) et les EHPAD privés à but non lucratif et publics (63,9% et 53,1%, respectivement).
- Le renoncement au soin pour raison financière est moins présent dans les EHPAD privés à but lucratif (40,6%) que dans les privés à but non lucratif et publics (52,8% et 51,9%, respectivement).
- Le manque d'identification des besoins est un frein relativement partagé quel que soit la nature sociale avec 40,6% pour les EHPAD privés à but lucratif, 38,9% pour les EHPAD privés à but non lucratif et 44,4% pour les EHPAD publics.
- La difficulté à recueillir le consentement est plus importante dans les EHPAD privés à but lucratif avec 25%, que dans les EHPAD privés à but non lucratif ou publics (18,1% et 16,1%, respectivement).
- Le refus de soin par peur du dentiste est assez également réparti selon la nature sociale avec 14,1% dans les EHPAD privés à but lucratif, 13,9% dans les EHPAD privés à but non lucratif et 13,6% dans les EHPAD publics.

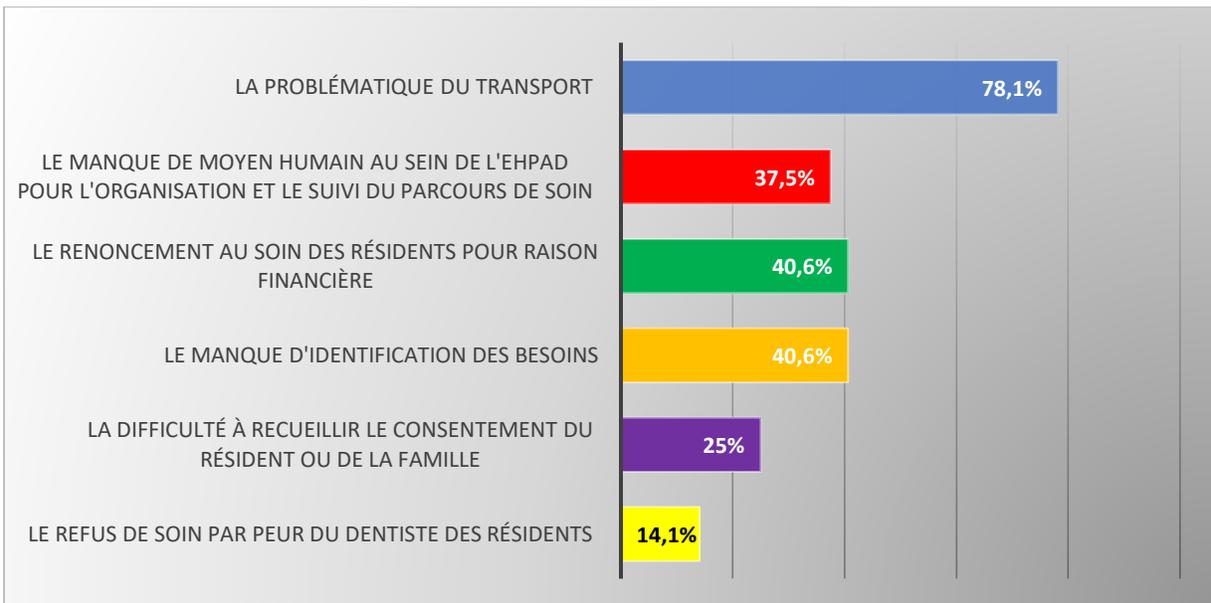


Figure 22. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPAD privé à but lucratif, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=64, 2020.

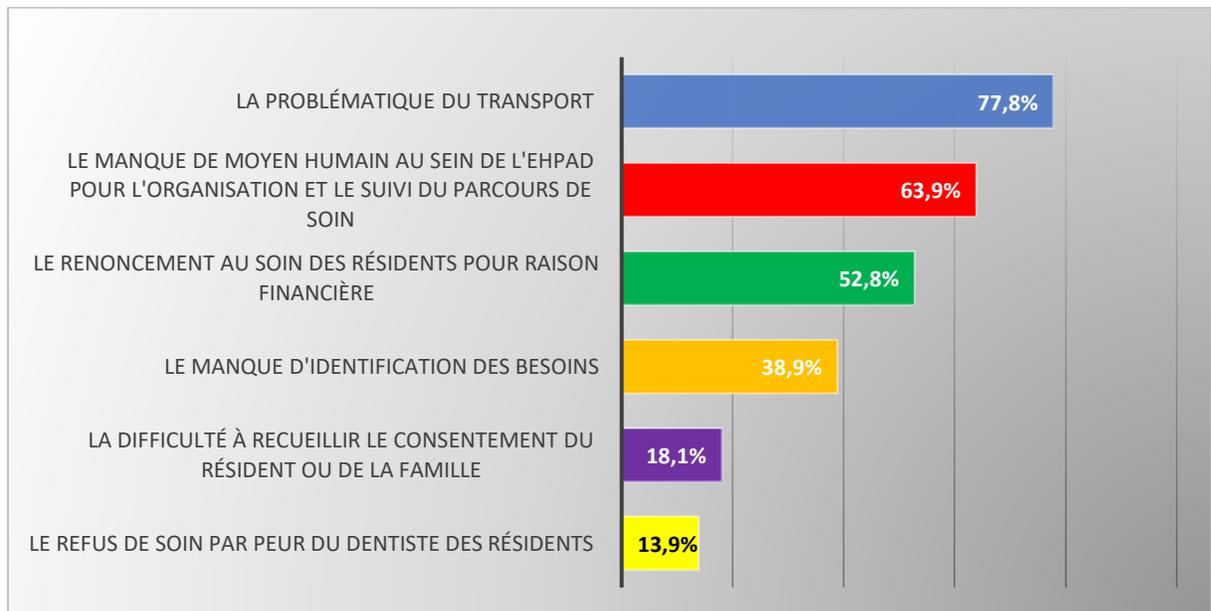


Figure 23. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPAD privés à but non lucratif, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=72, 2020.

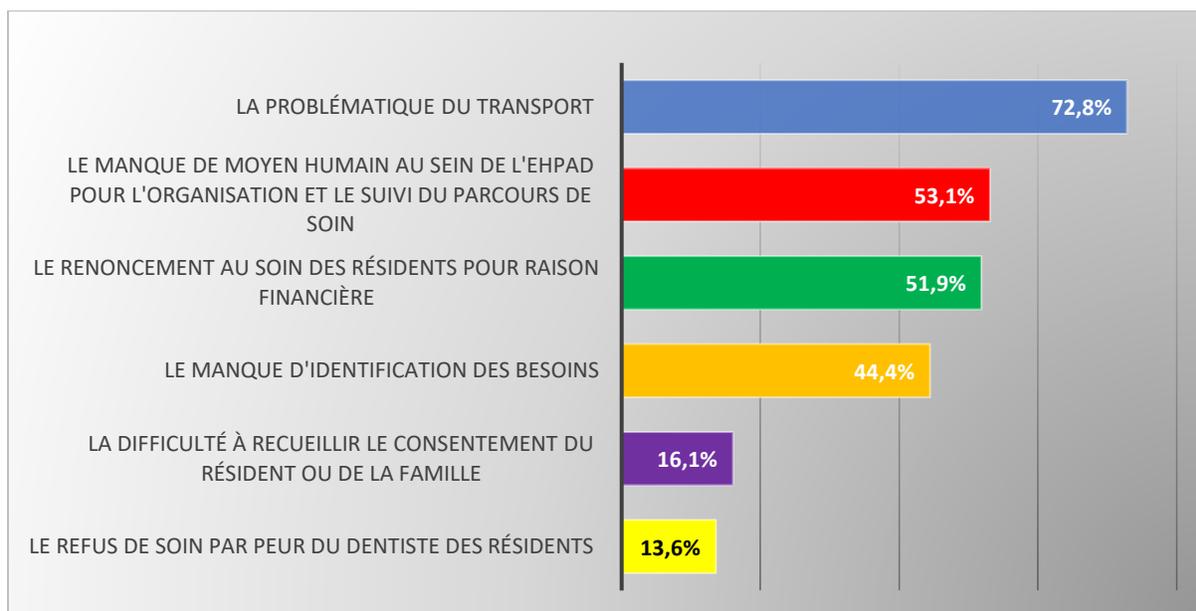


Figure 24. Freins à la prise en charge bucco-dentaire perçus par les EHPAD publics, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=81, 2020.

Concernant les questions n° 9 à 11, les réponses sont regroupées dans le **Tableau 4**.

Tableau 4 : Pourcentage d'acceptabilité des solutions de prise en charge bucco-dentaire selon la nature sociale des EHPAD, Enquête EHPAD Nouvelle-Aquitaine, n=217 2020.

	Favorables aux vacances sans contrainte financière	Favorables aux vacances en les finançant	Favorables à la mise à disposition de locaux avec aide
EHPAD privés à but lucratif	95,3%	48,4%	89,1%
EHPAD privés à but non lucratif	97,2%	38,9%	97,2%
EHPAD publics	100%	37%	96,3%

4 Discussion

4.1 Synthèse des résultats

Les établissements répondants sont dans des proportions proches soit des EHPAD publics (37%), soit des EHPAD privés à but lucratifs (30%) soit des EHPAD privés à but non lucratifs (33%). Il s'agit majoritairement d'établissements de taille moyenne avec entre 60 et 100 lits (62%) mais également de moins de 60 lits (24%) et de plus de 100 lits (14%).

Parmi ces établissements, 68% n'ont pas de personne identifiée comme référente pour la santé orale des résidents, principalement par manque de moyen (41%) et parce que le personnel n'y est pas formé (37%).

En effet, des formations à l'hygiène bucco-dentaire n'ont été dispensées que dans 47% des EHPAD interrogés. De plus, 68% des EHPAD ne bénéficient pas d'action de dépistage.

Concernant la santé bucco-dentaire, 52% des EHPAD décrivent que moins de 25% de leurs résidents se plaignent de douleurs aux dents, aux gencives, ou de difficultés à s'alimenter. Ils sont 27% à estimer cette proportion entre un quart et la moitié des résidents et 11% à l'estimer entre la moitié et les trois-quarts. A noter que cette estimation n'est pas effectuée pour 11% de l'échantillon. Puis, 70% des EHPAD rapportent que moins d'un quart de leurs résidents ont eu une consultation chez le chirurgien-dentiste dans l'année, 20% entre un quart et la moitié, 4% des EHPAD ont eu entre 51% et 75% de leurs résidents ayant consulté et 1% entre 76% et 100% avec 5% de « difficilement appréciable ».

Les principaux freins rapportés à la prise en charge bucco-dentaire des résidents d'EHPAD sont en premier lieu la problématique du transport (76%) puis le manque de moyen humain et financier pour l'organisation du parcours de soin (52%), le renoncement au soin pour raison financière (49%) et enfin le manque d'identification des besoins (42%). La problématique du consentement (19%) et la peur du dentiste (14%) semblent moins limiter la prise en charge.

Les propositions de solutions ont recueilli des avis très favorables pour la mise en place de vacations de chirurgiens-dentistes sans contrainte financière (98%) ainsi que pour la mise à

disposition de locaux pour des chirurgiens-dentistes en cas d'aide technique et financière (95%). Le financement de vacations de chirurgiens-dentistes était envisageable dans 41% des cas.

4.2 Limites de l'étude

Malheureusement pour des raisons logistiques il n'a pas été possible d'effectuer une relance ou d'identifier spécifiquement les établissements n'ayant pas répondu.

Notre étude présente plusieurs biais de sélection. Tout d'abord nous n'avons pu contacter que les EHPAD qui avaient transmis leurs coordonnées à l'ARS en 2020. Puis nous pouvons supposer que parmi les établissements contactés, seuls les EHPAD les plus concernés par la santé orale de leurs résidents nous ont répondu.

De plus, le confinement de mars 2020, dû à la pandémie de la Covid-19, nous a conduit à décaler la diffusion du questionnaire à une période où la situation des EHPAD semblerait moins critique, et les directeurs et/ou personnes référentes à contacter seraient plus réceptifs à la problématique bucco-dentaire. Cependant, le contexte était tel que les priorités ne devaient sans doute pas être la réponse à un questionnaire sur la santé orale, ce qui pourrait expliquer en partie le taux de non-réponse.

Nous avons également plusieurs biais de mesure. Pour la question 6 (*Combien de vos résidents se plaignent de leur santé orale ?*), les réponses sont nécessairement subjectives en l'absence de listing standardisé au sein de chaque établissement. Malgré la possibilité de répondre (*Difficilement appréciable*), un deuxième biais de mesure apparaît au niveau du ressenti des résidents eux-mêmes. En effet, s'agissant souvent de patients polymédiqués et/ou présentant des troubles dégénératifs, il est possible qu'ils ne ressentent pas la douleur ou la gêne présente (27,54).

Enfin nous avons un autre biais de mesure au niveau de la compréhension des questions 9, 10 et 11 (*[...] seriez-vous favorables à la mise en place de [...] ?*), où les notions de financements et

d'aides techniques ne sont pas clairement définies, laissant libre leur interprétation par les répondants.

4.3 Mise en perspective des résultats

Concernant la présence de référent en santé orale dans les EHPAD néo-aquitains (absence dans 68,2% des cas) les résultats sont bien meilleurs que pour l'enquête de 2013 (absents dans 90% des cas). On peut supposer que les EHPAD ayant un référent en santé orale ont eu plus tendance à répondre que les autres malgré le contexte.

Cependant le ratio d'environ un EHPAD sur deux dont le personnel a reçu une formation à l'hygiène buccodentaire est le même que pour l'enquête de 2013 (42).

Les réponses proposées pour les raisons à cette absence de référent en santé orale semblent exhaustives puisque seul 6% des répondant ont indiqué « Autre » et que la majorité de ces réponses ouvertes rejoignent en réalité les réponses « Manque de moyen humain et financier » et « Personnel non formé » en y ajoutant des précisions.

Nos recherches préliminaires nous avaient conduit à définir trois tailles d'EHPAD avec un intervalle central « de 60 à 100 places » qui correspondait à la taille majoritaire des EHPAD en France, nos résultats sont en concordance avec cette estimation d'intervalle puisque 62% des répondants sont des établissements qui ont entre 60 et 100 lits. (38,40)

La question sur la présence ou non d'une action de dépistage nous montre que dans 70% des cas les besoins en soins sont basés sur le ressenti exprimé par les patients, ce qui tend à les sous évalués (34).

En effet, pour la question 6 (*Combien de vos résidents se plaignent de leur santé orale ?*), les pourcentages de résidents se plaignant de leur santé orale sont relativement faibles au regard des besoins en soins décrits dans la littérature : ainsi pour 51,6% des EHPAD, les trois-quarts des résidents ne se plaignent pas de douleurs ou de difficultés à l'alimentation alors que la littérature

indique qu'entre 30 et 65% des résidents d'EHPAD aquitains ont besoin de soins bucco-dentaire (20,37). Il est également intéressant que 11% des répondants aient exprimé des difficultés à répondre à cette question, possiblement par manque de communication avec les résidents.

La structure de la question 7 (*Combien de vos résidents ont-ils vu un chirurgien-dentiste au cours des 12 derniers mois*) ne permet pas une comparaison claire avec le chiffre de 6% obtenu par la dernière enquête de l'association DHP (37). Mais le fait que la majorité des répondants (69,6%) nous indiquent qu'entre 0 et 25% de leurs résidents ont bénéficié d'une visite chez un chirurgien-dentiste dans l'année confirme tout de même un accès insuffisant aux soins dentaires. Un découpage plus précis de ce premier intervalle aurait permis de préciser davantage dans quelle mesure le recours aux soins est faible.

L'identification des freins supposés à la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en institution était un de nos objectifs. La problématique du transport est de loin l'obstacle le plus important selon les EHPAD (plus de 20 points de plus que les autres freins). Le « manque de moyens humains et financiers », le « renoncement au soin pour raison financière » et le « manque d'identification des besoins » étaient également des freins pertinents à relever puisqu'environ un EHPAD sur deux l'a sélectionné comme important. A l'inverse le « recueil du consentement » (19,4%) mais surtout la « peur du dentiste » (13,8%) n'ont pas été jugés parmi les principaux obstacles à l'accès aux soins bucco-dentaires. Il aurait été intéressant d'ajouter une possibilité de réponse libre pour cette question pour recueillir des freins qui nous auraient échappés lors de nos recherches dans la littérature et de nos entretiens préliminaires.

Les tris par taille et par raison sociale pour cette question nous donnent des réponses différentes cependant les variations de pourcentage sont moins importantes que ce à quoi nous nous attendions a priori. Nous pouvons dans la plupart des cas trouver des explications logiques à ces variations.

Concernant le tri par taille nous pouvons expliquer ces résultats en partant du postulat que les petits établissements ont moins de moyens et de personnel pour gérer les freins logistiques mais a contrario connaissent mieux leurs résidents et les familles.

Tandis que les différences entre EHPAD privés à but non lucratif et publics face aux EHPAD privés à but lucratif pourraient être expliquées par des moyens humains et financiers supérieurs pour ces derniers.

Les questions 9,10 et 11 (*[...] seriez-vous favorables à la mise en place de [...] ?*) répondent à un autre objectif de ce travail à savoir explorer l'avis des EHPAD face à différents axes de solution.

Quelle que soit la taille et la raison sociale des EHPAD, entre 94 et 100% sont favorables à la visite de chirurgien-dentiste à intervalle régulier sans contrainte financière ni technique. Même si le taux de réponse était attendu cette question nous montre l'attente des EHPAD pour une solution et fournit une base nécessaire pour comparer avec les autres questions de favorabilité.

Le rajout d'une contrainte financière dans la question suivante nous donne des résultats bien plus nuancés avec 41% de oui, on pourra regretter le fait de n'avoir précisé ni de montant ou de fourchette de prix, ni d'intervalle de régularité mais cela aurait été trop complexe au vu de la multiplicité des situations. Néanmoins cette question permet de dégager des différences notables entre par exemple les petits EHPAD et les grands EHPAD (38,5% y sont favorables vs. 51,6%, respectivement), de même qu'entre les EHPAD privés à buts lucratifs et les établissements publics et privés à but non lucratifs (48,4% y sont favorables vs. 38,5% et 38,9%, respectivement).

La dernière question (*si une aide financière et technique vous était donnée, seriez-vous favorable à la mise à disposition de locaux pour accueillir un chirurgien-dentiste au sein de votre établissement ?*) permet de mettre en évidence que les EHPAD privés à but lucratifs et les petits EHPAD quel que soit leur statut étaient moins favorables à la mise à dispositions des locaux pour des vacations de chirurgiens-dentistes. La notion « d'aide financière et technique » aurait sans doute mérité d'être plus claire. En effet elle laisse place à l'interprétation pour les répondants. Mais tout comme la question précédente, il était impossible d'avoir une liste

exhaustive des différentes possibilités et nous nous voulions surtout savoir si les EHPAD étaient favorables à une solution avec accompagnement.

La question sur la raison sociale de l'EHPAD a été volontairement mise en dernier bien qu'elle corresponde au corpus « identification » du début du questionnaire. L'idée était d'éviter que les EHPAD privés à but lucratif qui souffrent généralement d'une image d'établissements peu engagés socialement et guidés par la rentabilité, ne se sentent directement étiquetés par leur raison sociale (55).

Le manque de moyen et de temps pour répondre à l'enquête en période de crise pourrait expliquer la participation plus faible pour les EHPAD publics par rapport à leur proportion régionale (37% au lieu de 51%) obtenue via le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

A l'inverse le taux de réponse des EHPAD privés s'est trouvé plus important que ce qu'on aurait pu attendre pour ceux à but lucratif (30% au lieu de 26%) comme pour ceux à but non lucratif (33% au lieu de 23%).

4.4 Perspectives de prise en charge

A la suite de nos travaux, nous avons finalement identifié 4 freins principaux et dégagé trois façons de mener à bien la prise en charge bucco-dentaire curative des personnes âgées dépendantes en institution :

- Le transport en cabinet de ville.
- Le soin dans un cabinet au sein de l'établissement.
- Le soin au sein de l'établissement à l'aide de matériel nomade.

Il est à noter que les pistes de solutions obtenues pour surmonter les difficultés identifiées par les EHPAD restent approximatives. Seuls des travaux ultérieurs réalisés conjointement avec les acteurs locaux et des données plus exhaustives permettraient d'obtenir des calculs véritablement

précis. Nous pensons particulièrement à l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) dentaire et l'Ordre Régional des Chirurgiens-Dentistes, ainsi qu'aux données du Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM).

4.4.1 Envoi en cabinet

Le transport depuis l'EHPAD est considéré comme un transport primaire puisqu'il s'agit du lieu de résidence du patient. Habituellement, la prescription de transport simple S3138 ne peut s'effectuer que pour une hospitalisation, un transport par ambulance justifié par l'état du patient ou en cas d'ALD pour les traitements et examens en lien avec cette affection. Il est également possible d'utiliser un autre formulaire, la demande d'accord préalable de transport S3139 pour les trajets de plus de 50 km avec au moins 4 allers-retours en 2 mois (56).

Mais en 2013 la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a affirmé que la prescription de transport par le chirurgien-dentiste pourra faire l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire pour les actes et prescriptions relevant strictement de son domaine de compétence (57). Le praticien doit prescrire le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient et la prescription doit être faite a priori.

Il est donc possible de prescrire des bons de transports pour les résidents nécessitant des soins bucco-dentaires afin de les prendre en charge dans une structure correctement équipée. Cette méthode de prise en charge nécessite cependant la bonne réalisation du bilan bucco-dentaire à l'entrée en établissement, d'un dépistage préalable pour identifier les résidents ayant besoin de soins, ou d'une doléance par les résidents eux-mêmes.

Mais le déplacement provoque d'autres inconvénients : pour les cabinets l'organisation liée au transport est parfois difficile à gérer notamment en termes d'horaires d'arrivée et nécessite une certaine souplesse sur le planning de soin « classique » (6) ; pour les résidents la perturbation des habitudes et le déplacement dans un cadre étranger peut être extrêmement anxiogène, et les séances se doivent d'être courtes en raison d'une fatigabilité accrue (6,27,58).

Enfin, le coût pour les organismes sociaux n'est pas négligeable : la prise en charge par l'assurance maladie est de 65% du montant (ou 100% en cas d'ALD en lien avec la prescription) avec une franchise pour le patient de 2€ par trajet, plafonnée à 50€ par année. Et le ticket modérateur, s'il existe, est pris en charge par la complémentaire santé dans les conditions du contrat.

Les **tableaux 8 et 9** en **Annexe 2**, issus de site ameli.fr, récapitulent les tarifs conventionnels de transports par ambulances et par VSL, par trajet.

Cette organisation des transports a également été citée comme un frein majeur par plus des trois-quarts des EHPAD interrogées dans notre étude. La généralisation de l'envoi vers les cabinets pour la prise en charge curative des résidents d'EHPAD semble donc présenter de nombreux inconvénients.

4.4.2 Vacations au fauteuil dans l'établissement

Une solution pour pallier ce problème de transport est de prendre en charge les résidents dans un cabinet directement au sein de l'EHPAD. Il est difficile de trouver des exemples détaillés de fonctionnement dans la littérature, ainsi nous nous baserons sur les expériences et témoignages de praticiens engagés sur le sujet, nous citerons l'EHPAD le Hameau de la Pérou à Créon développé en 1.1.3.4 mais aussi la résidence Le Bartischgut à Strasbourg, l'EHPAD Saint-Séverin en Seine-et-Marne et la Salette-Monval à Marseille (59,60).

La plupart du temps les locaux et le gros matériel appartiennent à l'établissement qui assure également leur entretien et une convention fixe les modalités d'intervention du ou des chirurgiens-dentistes.

Les cabinets de ce type ne possèdent que le matériel de base nécessaire à une activité d'omnipratique et n'ont souvent pas de générateur radio ni de stérilisation, ce qui oblige le praticien à utiliser du matériel jetable ou à effectuer sa chaîne de stérilisation dans son cabinet principal.

Les quelques exemples à notre disposition ont montré qu'une à deux demi-journées par semaine, selon le nombre de lits, étaient suffisantes pour régler la quasi-totalité des besoins en soin au sein d'un EHPAD. Comme nous l'a expliqué le Dr Barbosa-Rogier, c'est un rythme tout à fait compatible avec une activité libérale en cabinet annexe ce qui évite un désengagement sur le long terme. Cependant, le recrutement de praticiens reste difficile.

Concernant la rémunération du praticien, il est possible d'envisager une rémunération différente du paiement à l'acte tel qu'un paiement par vacation et, comme prévu par le Code de l'action sociale et des familles, qu'elle soit versée directement par l'établissement (61).

Bien qu'il n'existe pas à ce jour de contrat-type pour le chirurgien-dentiste, il est intéressant de se baser sur les modèles établis pour les médecins et les kinésithérapeutes en 2010, pour créer un contrat permettant l'exercice en EHPAD en s'assurant de respecter les règles de la profession auprès du Conseil de l'Ordre (62,63).

Le principal frein à cette solution est le coût financier. On estime à 200 000€ la création d'un cabinet (59,60). Cependant, les dons, notamment de fauteuils, peuvent réduire ces coûts. De plus, une participation des ARS et/ou des URPS sous forme de subventions pour les frais de fonctionnement permettent d'alléger la charge financière pour l'EHPAD.

Mais, outre ce problème du coût initial de la création du cabinet, la question 10 nous a montré que la solution de financement des vacations était la moins retenue par les EHPAD, bien qu'environ la moitié des établissements privés à but lucratif et des établissements de plus de 100 places y soient favorables.

La création d'un cadre standardisé pour ce genre de projet avec une aide au financement par les administrations locales et une dérogation durable par le conseil de l'Ordre pourrait donc trouver preneur dans certains établissements. Notamment, les EHPAD privés à but lucratifs qui pourraient se permettre de répercuter le coût de fonctionnement sur leurs tarifs en mettant en avant ce nouveau type de service à leurs résidents.

Cependant il y a moins d'intérêt à conduire des travaux plus approfondis sur cette piste de solution par rapport à la suivante.

4.4.3 Soins mobiles en établissement

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la solution la plus évidente pour lever complètement la problématique du transport, est que le chirurgien-dentiste intervienne directement au sein de l'EHPAD. Et pour éviter les frais ainsi que la gestion importante d'un cabinet au sein de l'établissement, il faudrait que le praticien vienne avec son cabinet.

Cette solution déjà décrite dans la littérature était considéré comme peu généralisable et cela pour deux raisons principales : l'interdiction d'exercice mobile pour le chirurgien-dentiste et la viabilité financière (64,65). Nous allons voir en quoi ce postulat n'est plus forcément d'actualité, et est désormais regardé avec intérêt dans les papiers récents (66,67).

En application des dispositions de l'article R.4127-274 du Code de la santé publique (126), il est interdit au chirurgien-dentiste d'exercer hors d'une installation fixe conforme aux dispositions du Code. Cependant, les conseils départementaux de l'ordre peuvent accorder des dérogations, dans l'intérêt de la santé publique, lorsqu'il s'agit de répondre à des actions de prévention, à des besoins d'urgence ou encore à des besoins permanents de soins à domicile. Or, les EHPAD sont considérés comme le domicile des personnes qui y résident. Et le besoin en soin au sein des EHPAD étant plus que largement décrits, ces dérogations sont facilement accordées.

A noter que le résident d'EHPAD possèdent les mêmes droits que les patients venant consulter au cabinet dentaire. Notamment, le libre choix du praticien traitant, qui est un droit qui ne peut être aliéné, même si un contrat est signé avec l'EHPAD. Le praticien doit donc de se montrer confraternel et la direction ne doit pas refuser l'accès à l'établissement à un autre praticien pouvant être appelé expressément par l'un des résidents. L'établissement doit également s'adresser à tous les praticiens exerçant dans la zone géographique de l'EHPAD pour leur proposer d'exercer au sein de la structure avant de signer un contrat avec l'un d'entre eux.

Concernant le coût et la viabilité financière, nous pouvons en plus de l'article de Spatzier et al. parue en Janvier 2021 (66), nous appuyer sur l'expérience du Dr Laura Bru en région toulousaine qui a eu la gentillesse de nous recevoir pendant quelques jours.

En 2013 face au constat de l'abandon des aînés notamment sur la santé orale et aux difficultés de les transporter vers un cabinet (stress, désorientation etc.), le Dr Bru a réfléchi à emmener plutôt le chirurgien-dentiste aux résidents. Le projet en lui-même naît en 2015 après de nombreuses recherches et l'obtention d'une dérogation du conseil départemental de l'ordre de Haute-Garonne pour un exercice entièrement itinérant.

Elle s'équipe d'un kart, d'un appareil radio portatif et de mallettes transportables contenant tout le nécessaire pour pratiquer l'art dentaire à domicile, tandis qu'au sein d'un local, se trouve sa chaîne de stérilisation et son laboratoire de prothèse. Une application sur mesure a été développée pour cet exercice particulier, laquelle permet de centraliser et de communiquer en direct avec le secrétariat :

- Les informations cliniques sur les patients : photos intra-buccales, alertes médicales, schéma dentaire ;
- Toute la traçabilité du matériel, des cycles d'autoclave aux lots utilisés ;
- Le compte rendu du rendez-vous ainsi que les actes cotés ;
- L'agenda.

L'ensemble de l'équipement aura coûté moins de 150 000€ et le laboratoire de prothèse tout équipé environ 60 000€. Le chiffre d'affaires est semblable à celui d'un cabinet d'omnipraticque classique mais les charges sont bien plus faibles. Ce coût horaire presque deux fois plus faible permet de prendre beaucoup plus de temps avec ces patients à besoins spécifiques.

Et le fonctionnement bien que demandant une organisation rigoureuse n'est pas plus chronophage qu'une activité d'omnipraticque classique (68,69)

Le Dr Bru travaille sur 47 EHPAD dont 25 régulières dans un rayon de 50 km autour de son local, 3 jours et demi par semaine. Les matinées sont réservées aux plans de traitements et à la prothèse tandis que les après-midis sont dédiées aux bilans et aux soins.

Ce sont les EHPAD qui appellent pour prendre les rendez-vous et à la suite du bilan la dentiste prend contact avec le médecin traitant et avec la famille pour le consentement et l'information.

Le Dr Bru reçoit des indemnités kilométriques à chaque visite dans un établissement avec un plafond de 60,39€, ce qui représente une économie non négligeable pour la sécurité sociale comparée aux transports en VSL ou ambulance des résidents.

Dans le cadre d'un exercice à domicile le tiers-payant est obligatoire sur la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et lorsqu'un devis est émis il est envoyé au représentant légal quand le résident est sous un régime de protection. Tout cela nécessite l'aide de deux salariées, pendant que les soins ont lieu dans un cadre rassurant pour les résidents, au local, la secrétaire, Mathilde, s'occupe en temps réel du côté administratif grâce à l'application tandis que la prothésiste, Valérie, travaille à la réalisation ou à la réparation des appareils.

Les limites de ce type d'exercice sont principalement :

- L'ergonomie : l'absence de fauteuil et l'exercice sur des personnes qui présentent une mobilité et une ouverture buccale limitées obligent souvent à adopter des postures nécessitant une forme physique supérieure à un exercice classique ;
- La nécessité de demande d'une dérogation au conseil de l'ordre ;
- Le choix du matériel et de l'organisation pour débiter l'exercice.

Cependant, pour pallier ce dernier point, le Dr Bru a fondé en 2018 Blastodent, un organisme qui accompagne et fournit clé en main les informations pour se lancer dans cet exercice particulier : aides pour monter le projet, assistance pour le dossier bancaire, conseils pour le plateau technique, l'organisation, assurances spécifiques à un exercice mobile etc.

Un praticien intéressé peut également se rapprocher de l'Association Française des Chirugiens-Dentistes A Domicile (AFCDAD) fondée le 28 Juillet 2020, pour obtenir de l'aide ou des réponses à ses questions.

Depuis la fin de l'année dernière, l'exercice mobile est arrivé dans notre région avec le Dr Constance Brunet en Haute-Vienne et le Dr Audrey Toulouse en Gironde, qui ont toute deux commencé un exercice de chirurgien-dentiste à domicile dans les EHPAD.

Nous avons pu échanger avec le Dr Constance Brunet sur la mise en place de son projet qui aura duré 1 an à cause de la Covid-19. L’obtention de la dérogation ordinale a été rapide notamment grâce à l’implication de notre ordre régional pour l’accès aux soins bucco-dentaires des populations vulnérables. Contrairement au Dr Bru, elle a conservé un fonctionnement avec un prothésiste libéral, ce qui limite les coûts de son investissement.

4.4.4 Solutions aux freins soulevés

Le manque d’identification des besoins, bien que quatrième par ordre d’importance, représente tout de même un frein notable selon les EHPAD. Notre étude se concentre sur la partie curative donc nous ne développerons pas davantage la nécessité de dépistage et d’une prévention accrue chez les personnes âgées dépendantes en institution évoquée en 1.1.2.

Cependant, il convient tout de même de citer des projets de dépistage en téléconsultation comme E-dent qui est expérimenté depuis 2014 au CHRU de Montpellier par le Dr Nicolas Giraudeau ou bien le projet Oralien de l’UFSBD lancé en 2018, qui pourraient être une aide complémentaire à la prise en charge bucco-dentaire globale des résidents d’EHPAD (70–72).

Concernant la problématique du transport et le manque de moyen humain au sein de l’EHPAD pour l’organisation et le suivi du parcours de soin, le **tableau 10** récapitule les avantages et inconvénients des trois pistes de solutions retenues.

Tableau 5 : Synthèse des avantages et inconvénients des solutions de prise en charge curative bucco-dentaire en EHPAD.

	Avantages	Inconvénients
Envoi en cabinet de ville	Nécessite simplement dépistage et prescription d’un bon de transport	Organisation difficile pour le cabinet Anxiogène pour le patient Coût élevé pour la société
Vacations dans l’établissement	Environnement rassurant pour le patient	Coût pour l’établissement Recrutement de praticien
Soins mobiles	Environnement rassurant pour le patient Pas de coût pour l’établissement	Recrutement de praticien

Dans tous les cas, une augmentation de qualité de prise en charge bucco-dentaire des résidents demandera un effort logistique pour l'EHPAD. Les solutions qui semblent les plus pertinentes sont, selon les moyens financiers de l'établissement, soit la création d'un cabinet au sein des locaux, soit l'accueil d'un chirurgien-dentiste en exercice mobile.

Enfin, reste le frein financier. Cependant, il paraît davantage être un frein ressenti qu'une réalité objective.

D'après la partie 1.1.2, la majorité des actes bucco-dentaires dont les résidents d'EHPAD ont besoin sont des extractions dentaires, des détartrages et des soins conservateurs. En France, tous ces soins sont dits opposables, c'est-à-dire que leur tarif est imposé et que leur prise en charge est totale avec 70% de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et 30% par l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC), voir dans certains cas d'Affection Longue Durée (ALD) en lien avec la santé orale à 100% par l'AMO.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2017 a montré que le tiers-payant sur la part AMO était tout à fait réalisable pour les professionnels de santé dont les chirurgiens-dentistes. Cela permettrait de réduire d'au moins 70% l'avance de frais si toutefois le tiers-payant intégral n'était pas mis en place pour des raisons logistiques ou idéologiques (73).

Il y a également un besoin important en prothèses amovibles totales ou partielles qui ne sont pas des actes opposables et présentaient jusqu'à récemment un reste à charge pouvant expliquer cette notion de frein financier ressenti. Cependant, depuis la Convention de 2018 et la mise en place du Reste A Charge Zéro (RAC 0), de nombreux actes prothétiques, dont les prothèses amovibles en résine, sont désormais plafonnés et intégralement remboursés par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé, du moment où le contrat est dit « responsable » (74). Suite à la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30, plus de 95% des couvertures santé souscrites depuis le 1^{er} avril 2015 sont responsables, cependant, pour les contrats antérieurs qui n'auraient pas été mis à jour, la prise en charge intégrale n'est pas forcément garantie (75).

Il existe également la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Un résident est éligible s'il perçoit moins de 753€ de revenu mensuel, ou moins de 1017€ - mais dans ce cas, il devra débours

jusqu'à 30€ par mois. La CSS permet une prise en charge intégrale en Tiers-Payant. Pour en bénéficier, le résident ou sa famille doivent effectuer les démarches nécessaires sur ameli.fr (76). Si on regarde les chiffres moyens en 2018, les retraités semblent au-delà de ces plafonds avec une retraite nette moyenne de 1 382€ par mois mais 12% des hommes et 48% des femmes recevaient moins de 1 000€ brut de retraite en 2016 et seraient donc éligibles à la CSS aujourd'hui (77).

De nos jours, ce frein financier est donc plus un frein logistique et administratif puisqu'il faut tout de même s'assurer de la bonne ouverture des droits sociaux et de l'accord de prise en charge de l'AMC. La charge administrative peut être jugée lourde par la famille mais l'argument du reste à charge ne peut plus être recevable pour refuser les soins.

5 Conclusion

Avec le vieillissement physiologique du corps, la sphère orale devient plus susceptible de développer des pathologies qui entraînent douleurs et perte de fonctions et ont des répercussions sur la santé générale des seniors. Ces risques sont majorés dans le cas de patients en perte d'autonomie comme les résidents d'EHPAD.

La problématique de la santé orale des patients âgés dépendants est décrite depuis des années et les différentes vagues de dépistages et de mises à jour des connaissances épidémiologiques en Aquitaine comme en France nous montrent que cette problématique n'est pas réglée.

De plus le vieillissement important de la population française et l'augmentation de l'espérance de vie couplée à une situation financière sous tension pour les EHPAD ne vont pas, en l'état, dans le sens d'une amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des résidents.

Les EHPAD néo-aquitains décrivent quatre freins principaux à la prise en charge bucco-dentaire de leurs résidents : le transport jusqu'à un cabinet, la logistique du suivi et de l'organisation des soins avec des moyens humains limités, un manque d'identification des réels besoins des patients et un renoncement à ces soins de la part de la famille ou des résidents en raison de leurs coûts.

Ils sont en majorité favorables à la mise en place de solutions pour améliorer cette prise en charges et d'autant plus si une aide leur est fournie afin d'éviter une augmentation trop importante de leurs charges de gestion.

La perspective de l'exercice avec un cabinet mobile permet de résoudre les problématiques soulevées par les EHPAD sans leur ajouter de coût organisationnel ou financier trop important.

Plus de travaux sont nécessaires pour évaluer la possibilité d'une généralisation de ces solutions en partenariat avec les instances publiques, professionnelles et les établissements. De plus, l'augmentation du nombre de dentistes nomades exerçant en EHPAD pourrait permettre d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.

6 Références

1. DREES, Santé Publique France. Etat de santé de la population en France [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
2. INSEE. Insee Références, édition 2018 - Population. (consulté le 09/11/2020) [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4989761>
3. Cap Retraite. La France face à la pénurie de maisons de retraite (consulté le 08/09/2020) [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.capretraite.fr/wp-content/uploads/2016/04/etude-penurie-mdr.pdf>
4. CNSA. Référentiel APA (consulté le 09/11/2020) [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/referentiel_apa_20_20170424.pdf
5. CNAMTS. Le modèle AGGIR (consulté le 08/09/2020) [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf
6. Midon H. Evaluation critique d'un système de prise en charge de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes des EHPAD de la région de Nancy. Thèse d'exercice : odontologie : Nancy 1 ; 164.
7. Trivalle C. Gérontologie préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique. Masson; 2002.
8. Folliguet M, Veille-Finet A, Radoï L. Prise en charge bucco-dentaire du patient dément. Repères En Gériatrie. 2011;13(112):239-45.
9. Lacoste-Ferre M-H, DURAN D, VELLAS B. Maladie d'Alzheimer et odontologie. Odontol Hosp. juin 2013;(263):8-18.
10. Cornet A. Prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson en odontologie [Thèse d'exercice : odontologie]. Aix Marseille Université; 2019.

11. Lestremau S. Influence de la maladie de Parkinson sur la santé bucco-dentaire : revue systématique de la littérature. Thèse d'exercice : odontologie : Université de Bordeaux : 2015 ; 72.
12. Boissier M-C. Arthrose : la maladie articulaire la plus répandue (consulté le 20/05/2021) [Internet]. INSERM. 2017. Disponible sur: <https://www.inserme.fr/information-en-sante/dossiers-information/arthrose>
13. Boissier M-C. Polyarthrite rhumatoïde : une maladie modèle pour la recherche sur l'inflammation chronique (consulté le 20/05/2021) [Internet]. INSERM. 2017. Disponible sur: <https://www.inserme.fr/information-en-sante/dossiers-information/polyarthrite-rhumatoide>
14. Perret C. Prise en charge odontologique des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde [Thèse d'exercice : odontologie]. Aix Marseille Université : 2017 ;56.
15. Maddox GL. L'encyclopédie du vieillissement. Serdi and Springer; 1997.
16. Meudic-Brun D. Impact de la santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD sur le phénomène de dénutrition. Thèse d'exercice : odontologie: Aix Marseille Université : 2018 ; 65.
17. Zulfiqar A-A, Martin-Kleish A, El Adli A, Andres E. Carence en vitamine C : y penser chez le sujet âgé fragile. Nutr Clin Métabolique. 30(2):198-200.
18. Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B. Traité de nutrition de la personne âgée. Springer; 2009. 314 p.
19. Dupuis V, Léonard A. Odontologie du sujet âgé. Elsevier Masson; 2010. 192 p.
20. Trupiano E. Etat bucco-dentaire dans les EHPAD. Thèse d'exercice : odontologie : Université de Bordeaux ; 57.

21. Feldman RS, Et Al. Aging and mastication : changes in performance and in the swallowing threshold with natural dentition. *J Am Geriatry Soc.* 1980;XXVIII:97-103.
22. Dorin M, Candes C, Chevalier J, Cohen C, Collet C, Hubscher N. Etat bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. *Inf Dent.* 2002(23):1547-56.
23. Laskaris G. Atlas de poche des maladies buccales. Flammarion; 2006. 370 p.
24. Société française de radiothérapie oncologique. Cancer radiothérapie. Elsevier; 1997.
25. Pamoukdjian F, CAILLET P, GOGLY B, ANFASI EBADI N. Les candidoses buccales et oropharyngées des personnes âgées. *Rev Gériatrie.* oct 2016;41(8):453-9.
26. Charbit Y, Hitzig C. Sénescence et parodontite. *Chir Dent Fr.* (555):39-42.
27. Bates J-F, ADAMS D, STAFFORD G-D. Odontologie gériatrique. Elsevier Masson. Masson; 1991. 184 p.
28. Graves S. Prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante institutionnalisée. Thèse d'exercice : odontologie : Champagne Ardenne : 2005 ; 118
29. Bochelen A. La prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante. Thèse d'exercice : odontologie : Université de Lorraine : 2003 ; 156.
30. Macqueron N. État de santé bucco-dentaire dans les EHPAD. Comment lutter contre les bouches abandonnées? Thèse d'exercice : odontologie : Université de Nice Sophia Antipolis : 2013 ; 54.
31. Hogard A. Evaluation des besoins bucco-dentaires dans un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) à Senones (88) : réflexion sur une organisation d'un meilleur accès aux soins. Thèse d'exercice : odontologie : Nancy 1 : 135 ; 2006.
32. Montal S, Tramini P, Triay J-A, Valcarcel J. Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly. *Gerodontology.* juill 2006;23(2):67-78.

33. Cohen C, Tabarly P, Hourcade S, Kirchner-Bianchi C, Hennequin M. Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution? Presse Médicale. 2006;35(11):1639-48.
34. Martinasso A. Evaluation de l'état de santé buccodentaire et de l'accès aux soins des personnes âgées hébergées en établissement dans le Lot (consulté le 08/09/2020) [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://aspbd.fr/evaluation-de-letat-de-sante-bucco-dentaire-de-personnes-agees-hebergees-en-etablissement-dans-le-lot-2004/>
35. URCAM Nord Pas de Calais. Etat de santé bucco-dentaire et organisation des soins. 2006.
36. Minguet-Fabbri J, Santoni R, et al. L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en maisons de retraite en région Provence Alpes Côte d'Azur (consulté le 08/09/2020) [Internet]. ASPBD; 2006. Disponible sur: <http://aspbd.fr/letat-de-sante-bucco-dentaire-des-personnes-agees-en-maison-de-retraite-en-region-provence-alpes-cote-dazur-2006/>
37. Khoury C, Bou C, Arrivé E. Etat bucco-dentaire des personnes âgées résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD): Bilan des dépistages réalisés par les étudiants en 6ème année de l'UFR d'Odontologie de Bordeaux en 2017. (Mémoire consulté le 10/10/2020) ; 2019
38. Moreau C, Toupin M-H, et coll. Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents en 2017. (consulté le 08/09/2020) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/node/5106>
39. Muller M. L'accueil des personnes âgées en établissement: entre progression et diversification de l'offre. (consulté le 08/09/2020) [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62857/1/dossiers_20.pdf
40. Moreau C, Olivier P. Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018. (consulté le 17/02/2021) [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.apmnews.com/documents/202005262245310.cnsa_-_situation_ehpad_2017-2018_vf.pdf

41. El Maazi S. Evaluation de protocoles d'hygiène bucco-dentaire dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées de l'agglomération de Nancy. Thèse d'exercice : odontologie : Université de Lorraine : 144 ; 2005.
42. Darieutort L, ARS Nouvelle-Aquitaine. Bonnes pratiques à partager et à développer : Santé bucco-dentaire en EHPAD. (consulté le 09/09/2020) [Internet]. 2015. Disponible sur <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/index.php/media/73093/download>
43. Agirc-Arrco G. Santé bucco-dentaire (consulté le 03/09/2020) [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/09/AGIRC-ARRCO-UFSBD-Guide_sante_bucco_dentaire.pdf
44. Dépendance Handicap Précarité dentaire. Statuts de l'association DHP. (consulté le 26/03/2021) [Document de l'association] 2017.
45. ONCD. Association Dépendance-Handicap-Précarité Dentaire en Nouvelle-Aquitaine. (consulté le 26/03/2021) [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://fr.dental-tribune.com/news/association-dependance-handicap-precarite-dentaire-en-nouvelle-aquitaine/>
46. France Asso Santé. Marquage des prothèse dentaire en EHPAD. (consulté le 17/02/2021) [Internet]. France Asso Santé. 2017. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2017/04/28/marquage-des-protheses-dentaires-amovibles-en-ehpad/>
47. Mutualité française Landes. Unité Mobile Mutualité Landes (consulté le 06/01/2021) [Internet]. 2021. Disponible sur: (<http://unite-mobile.mutualite-landes.fr>
48. E.H.P.A.D. Public « Le Hameau de la Pelou ». Le développement d'une politique de prévention et de promotion de l'autonomie. 2015.
49. Dauche F. Rapport d'évaluation EHPAD pôle ressource de proximité 2017. (consulté le 09/10/2020). [Rapport interne] Pau: ARS Nouvelle Aquitaine; 2019.

50. Dauche F. Rapport de bilan intermédiaire de l'action 1 de l'appel à candidature 2017 « EHPAD – PÔLE RESSOURCES DE PROXIMITÉ ». (consulté le 09/10/2020). [Rapport interne] Pau: ARS Nouvelle Aquitaine; 2019.
51. Centre Communal d'Action Social de la ville de Pau. Evaluation quantitative et qualitative des actions du pôle ressource santé. (consulté le 09/10/2020). [Rapport interne] Pau; 2019.
52. Dauche F. Appel à candidature régional 2017 de Nouvelle-aquitaine expérimentation « EHPAD PÔLE RESSOURCES DE PROXIMITÉ ». (consulté le 09/10/2020). [Rapport interne] Pau Porte des Pyrénées Centre communal d'action sociale; 2018.
53. Gomez I. Résident d'une maison de retraite, personnel soignant, chirurgien-dentiste: quelle relation existe-t-il? Thèse d'exercice : odontologie : Université de Lorraine : 110 ; 2010.
54. Chassagne P, Rolland Y, Vellas B. La personne âgée fragile. Springer; 2009.
55. Smida A. Segmentation du marché et positionnement stratégique des entreprises de l'hébergement collectif pour personnes âgées. Manag Avenir. 2009;6(26):142-56.
56. Assurance Maladie, CPAM de Paris. La prescription de transport en milieu hospitalier. (consulté le 08/09/2020). [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Prescription_de_transports_en_milieu_hospitalier.pdf
57. ONCD. La prescription de transport est désormais prise en charge. La Lettre. déc 2013;(123):10-1.
58. Ache M. La prothèse conjointe et adjointe partielle chez le sujet âgé. Chir Dent Fr. 1991;61(558):43-6.
59. Terrat J. En quête d'une prise en charge bucco-dentaire idéale des personnes résidant en EHPAD. Thèse d'exercice : odontologie : Université Claude Bernard Lyon 1 : 59 ; 2016.
60. Ratel N. Quand les EHPAD ouvrent leur cabinet dentaire. EHPAD Mag. 2014;26:28-9.

61. Code de l'action sociale et des familles. Articles L.314-12 et L.314-13. 2020
62. ONCD. Code de déontologie du chirurgien-dentiste. Code de la Santé Publique. 2020
63. République Française. Décret n° 2010-1741 du 30 décembre 2010 portant application aux fonctionnaires, aux militaires et aux ouvriers des établissements industriels de l'Etat (consulté le 08/09/2020) [Internet]. Articles 44 et 52 de la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 nov, 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000023334792/>
64. Morreale JP, Dimitry S, Morreale M, Fattore I. Setting up a Mobile Dental Practice within Your Present Office Structure. J Can Dent Assoc. 2005;71(2):8.
65. Briche L. Les soins dentaires mobiles en France : une alternative au cabinet traditionnel ? Thèse d'exercice : odontologie : Université Toulouse III - Paul Sabatier : 72 ; 2017.
66. Spatzier H, Stillhart A, Hillebrech A-L, McKenna G. Cost of providing a mobile dental service for dependent older people. Gerodontology. 2021;
67. Offner D, Fernandez De Grado G, Strub M, Belotti L. Mobile Dental Delivery System: An Effective Protocol for Hygiene and Disinfection. Int J Environ Res Public Health. 2 mars 2020;17(5):1603.
68. Dentalespace. Une première en France : l'exercice exclusif à domicile de A à Z. (consulté le 17/11/2020) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.dentalespace.com/praticien/actualites/lexercice-a-domicile/>
69. ONCD. En Haute-Garonne, le spectaculaire pari d'une praticienne au service des seniors. La Lettre. févr 2020;(N° 182/20 JANV.-FÉV.):18-20.
70. Mouries F. Le télédepistage au service des soins bucco-dentaires en EHPAD: de l'idée au projet. Thèse d'exercice : odontologie : Université de Bordeaux : 65 ; 2021.

71. Giraudeau N, Valcarcel J, Tassery H, Vialla F. Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD. Eur Res Telemedicin. 2014;3(2):51-6.
72. Ministère des Solidarités et de la santé. Arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour l'accompagnement et la prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Journal officiel de la République Française juin 3, 2019.
73. IGAS. Evaluation de la généralisation du tiers payant. 2017 oct. Report No.: N°2017-111R. (consulté en février 2019) [Rapport]. 2017;
74. UNCAM, UNOCAM, CDF, UD. Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie. (consulté le 04/06/2021) [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/gironde/chirurgien-dentiste/textes-referance/convention/la-convention-et-ses-avenants>
75. Ministère des finances et des comptes publics, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. janv 30, 2015.
76. Direction de l'information légale et Administrative. Complémentaire santé solidaire à partir du 1er avril 2021. (consulté le 20/10/2020) [Internet]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/>. 2021.
77. DREES. Les retraités et les retraites (consulté le 09/11/2020) [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-retraites-et-les-retraites-edition>

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Questionnaire



Partie A: Questionnaire	
A1.	Y a-t-il une personne en charge de la santé bucco-dentaire dans votre établissement ?
	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
A2.	Si non, pour quelles raisons principales ?
	Manque de moyen humain et financier <input type="checkbox"/>
	Personnel non formé <input type="checkbox"/>
	N'a pas été une priorité dans l'organisation des soins <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>
	Autre
	<input type="text"/>
A3.	Bénéficiez-vous d'une action de dépistage bucco-dentaire ?
	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
A4.	Votre personnel a-t-il bénéficié d'une formation à l'hygiène bucco-dentaire ?
	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
A5.	Combien de résidents accueillez-vous en moyenne ?
	Moins de 60 <input type="checkbox"/>
	Entre 60 et 100 <input type="checkbox"/>
	Plus de 100 <input type="checkbox"/>



A6.	Combien de vos résidents se plaignent de leur santé orale ? (douleurs aux dents, aux gencives, difficultés à s'alimenter)	Entre 0 et 25%	<input type="checkbox"/>
		Entre 26 et 50%	<input type="checkbox"/>
		Entre 51 et 75%	<input type="checkbox"/>
		Entre 76 et 100%	<input type="checkbox"/>
		Difficilement appréciable	<input type="checkbox"/>
A7.	Combien de vos résidents ont-ils vu un chirurgien-dentiste au cours des 12 derniers mois ?	Entre 0 et 25%	<input type="checkbox"/>
		Entre 26 et 50%	<input type="checkbox"/>
		Entre 51 et 75%	<input type="checkbox"/>
		Entre 76 et 100%	<input type="checkbox"/>
		Difficilement appréciable	<input type="checkbox"/>
A8.	Selon vous, lesquels de ces freins à la prise en charge bucco-dentaire de vos résidents sont les plus impactants ?	Le manque d'identification des besoins	<input type="checkbox"/>
		Le refus de soin par peur du dentiste des résidents	<input type="checkbox"/>
		La problématique du transport	<input type="checkbox"/>
		Le manque de moyen humain au sein de l'EHPAD pour l'organisation et le suivi du parcours de soin	<input type="checkbox"/>
		Le renoncement au soin des résidents pour raison financière	<input type="checkbox"/>
		La difficulté à recueillir le consentement du résident ou de la famille	<input type="checkbox"/>
A9.	Sans contrainte financière, seriez-vous favorable à la mise en place de vacations d'un chirurgien-dentiste à intervalle régulier au sein de votre établissement pour soigner vos résidents ?	Oui	<input type="checkbox"/>
		Non	<input type="checkbox"/>
A10.	Si vous deviez les financer, seriez-vous favorable à la mise en place de vacations d'un chirurgien-dentiste à intervalle régulier au sein de votre établissement pour soigner vos résidents ?	Oui	<input type="checkbox"/>
		Non	<input type="checkbox"/>



A11. Si une aide financière et technique vous était donnée, seriez-vous favorable à la mise à disposition de locaux pour accueillir un chirurgien-dentiste au sein de votre établissement ?

Oui

Non

A12. Veuillez indiquer la nature de votre établissement

Public

Privé à but lucratif

Privé à but non lucratif

Merci de votre participation !

7.2 Annexe 2 : tarifs conventionnels de transports par ambulances et par VSL.

Tableau 6 : Tarifs conventionnels applicables aux transports sanitaires par VSL à compter du 1^{er} janvier 2015 (ameli.fr)

Élément de tarif	Montant
Forfait départemental zone B : Gironde	13,45
Forfait départemental zone C : Charente, Charente-Maritime, Corrèze et Creuse	12,60
Forfait départemental zone D : Dordogne, Landes, Lot-et-Garonne et Vienne	11,97
Tarif kilométrique	0,89 € / km
Valorisation trajet court ≤ 7 km parcourus	+ 6,26 €
Valorisation trajet court > 7 et ≤ 8 km parcourus	+ 6,05 €
Valorisation trajet court > 8 et ≤ 9 km parcourus	+ 5,53 €
Valorisation trajet court > 9 et ≤ 10 km parcourus	+ 5,00 €
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 11 km parcourus	+ 4,48 €
Valorisation trajet court > 11 et ≤ 12 km parcourus	+ 3,96 €
Valorisation trajet court > 12 et ≤ 13 km parcourus	+ 3,44 €
Valorisation trajet court > 13 et ≤ 14 km parcourus	+ 2,92 €
Valorisation trajet court > 14 et ≤ 15 km parcourus	+ 2,40 €
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 16 km parcourus	+ 1,88 €
Valorisation trajet court > 16 et ≤ 17 km parcourus	+ 1,36 €
Valorisation trajet court > 17 et ≤ 18 km parcourus	+ 0,83 €
Le forfait départemental inclut les 3 premiers km parcourus en charge.	

Tableau 7 : Tarifs conventionnels applicables aux transports sanitaires par ambulance à compter du 1^{er} février 2013 (ameli.fr)

Élément de tarif	Montant
Forfait départemental	51,30 €
Forfait agglomération	57,37 €
Tarif kilométrique	2,19 €
Valorisation trajet court 5 km parcourus	7,00 €
Valorisation trajet court > 5 et ≤ 10 km parcourus	5,50 €
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 15 km parcourus	4,00 €
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 19 km parcourus	2,50 €

Le forfait départemental est prévu pour les transports effectués dans toutes les communes autres que celles visées par l'application du forfait agglomération et de la prise en charge. Les deux forfaits incluent les 3 premiers km parcourus en charge.

Vu, Le Président du Jury, Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques, Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux, Date, Signature :

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

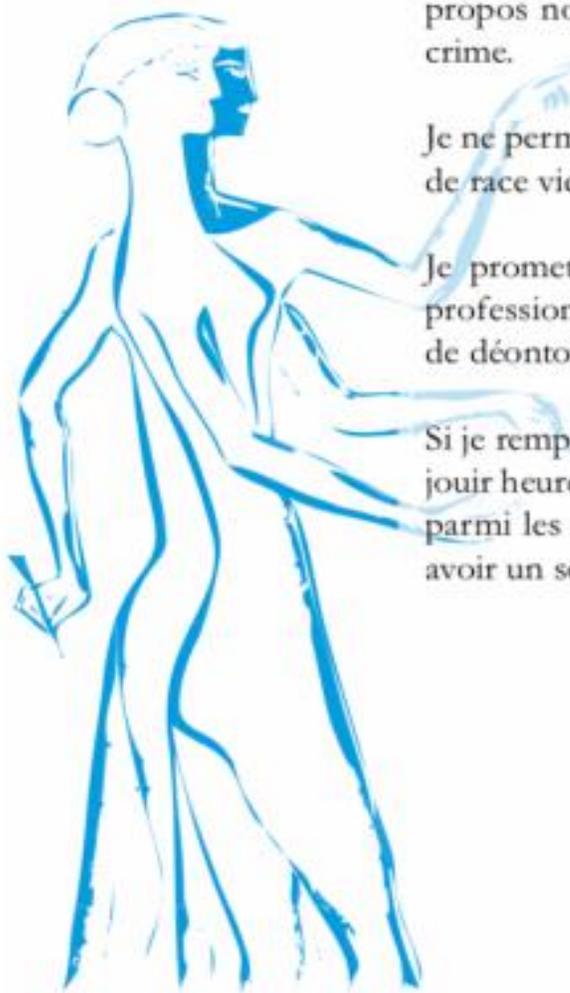
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Titre : Prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Nouvelle-Aquitaine, état des lieux et perspectives d'action

RESUME : L'augmentation du nombre de personnes âgées en France dans un contexte déjà difficile pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) va accentuer la problématique déjà décrite de l'accès aux soins bucco-dentaires de ces populations. En effet, malgré les dépistages effectués, le recours à des actions curatives est faible alors que les pathologies infectieuses, la dénutrition, et la diminution des rapports sociaux sont particulièrement importants pour cette population fragile. Dans la région Nouvelle-Aquitaine, les établissements décrivent quatre freins à cette prise en charge : le transport jusqu'à un cabinet, la logistique du suivi et de l'organisation des soins avec des moyens humains limités, un manque d'identification des réels besoins des patients et un renoncement à ces soins de la part de la famille ou des résidents en raison de leurs coûts. Ils sont en majorité favorables à la mise en place de solutions pour améliorer cette prise en charges et d'autant plus si une aide leur est fournie afin d'éviter une augmentation trop importante de leur charge de gestion.

Mots clés : Gérodonologie, Economie de la Santé, Santé Publique, Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Personnes âgées dépendantes

Title: Oral care for dependent elderly people in Nouvelle-Aquitaine, current situation and prospects for action

Abstract : The increasing number of elderly people in France in an already difficult context for elderly nursing home people (EHPAD) will accentuate the issue with the lack of access to oral health care for these populations. Indeed, despite the screenings carried out, the recourse to curative actions is low whereas infectious pathologies, undernutrition, and the reduction in social relations are particularly important for this fragile population. In the Nouvelle-Aquitaine region, establishments describe four obstacles to this care: the transportation to a practice, the logistics of monitoring and organization of care with limited human resources, a lack of identification of patient needs and the care rejection by family or residents due to its costs. Most of the nursing home are in favor of putting in place solutions to improve this care and even more so if help is provided to them to avoid an excessive increase in their management load.

Keywords: Gerodontology, Health Economics, Public Health, Nursing home for dependent elderly people, Dependent elderly people