

7 NOVEMBRE 2013
Faculté de chirurgie dentaire
Université Paris-Descartes
Montrouge

13^{ème} JOURNÉE DE SANTÉ PUBLIQUE DENTAIRE

Personnes âgées et santé orale



Société
Française de
Gériatrie et
Gérologie



Avec le soutien de :

Société française
de Gérologie

ORGANISÉE PAR

La Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire
La Faculté de chirurgie-dentaire Université Paris-Descartes
Le Service de Santé publique dentaire du Conseil général du Val-de-Marne

SOUS LA PRÉSIDENCE SCIENTIFIQUE DE :



**Madame le Professeur
Marysette FOLLIGUET**
Université Paris-Descartes



**Monsieur le Professeur
Olivier HANON**
Université Paris-Descartes

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Evelyne BAILLON JAVON – *A.R.S Île-de-France*
Eric-Nicolas BORY – *Centre Hospitalier le Vinatier – Bron (69)*
Julie BURBAN – *INSERM URM-S 707*
Philippe CHARRU – *Hôpital Louis Mourier – Colombes (92)*
Fabien COHEN – *S..S.P.D/.D.P.M.I.P.S – C.G.94*
Frédéric COURSON - *U.F.R. d'Odontologie - Université Paris -Descartes*
Isabelle DUMOUSSEAU – *E.H.P.A.D – Rochefort-en-terre (56)*
Véronique DUPUIS – *U.F.R d'Odontologie – Université de Bordeaux*
Philippe HUGUES – *S.S.P.D/.D.P.M.I.P.S – C.G.94*
Marie-Hélène LACOSTE-FERRE – *Hôpital Garonne - Toulouse*

13ÈME JOURNÉE DE SANTÉ PUBLIQUE DENTAIRE

Personnes âgées et santé orale

Société française des Acteurs
de la Santé publique bucco-dentaire
ASPBD
33 rue du retrait
75020 PARIS
Téléphone : 07 77 38 06 15
e-mail : aspsbd2003@yahoo.fr

Service de santé publique dentaire
Hôtel du Département
94054 CRETEIL cedex
Téléphone : 01.56.72.70.08
e-mail : mbd.dis@cg94.fr

SOMMAIRE

OUVERTURE 5 **Pr Louis MAMAN**, Doyen de l'U.F.R d'Odontologie
Université Paris-Descartes

Dr Frédéric COURSON, Président de la Société française des
Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire

6 **Dr Fabien COHEN**, Chef du Service de Santé publique dentaire
Conseil général du Val-de-Marne

LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Qu'est-ce qu'une personne âgée ? 7 **Pr Olivier HANON**, Président de la Société française de
Gériatrie et Gérontologie

Quelle politique de santé publique pour les personnes âgées ? 13 **Dr Jean-Pierre AQUINO**, Président du Comité
Avancée en âge

Le parcours des personnes âgées en risque
de perte d'autonomie (PAERPA) 19 **Pr Claude JEANDEL**, Président du Conseil national
professionnel des Gériatres français

LA SANTÉ ORALE DES PERSONNES ÂGÉES

Quels enjeux de la santé orale pour les personnes âgées ? 27 **Pr Véronique DUPUIS**, Chef du Pôle d'Odontologie et de
Santé buccale – CHU de Bordeaux

Quelles organisations pour la prise en charge de
la santé orale des personnes âgées ? 30 **Dr Marie-Hélène LACOSTE**, Odontologue des hôpitaux
Hôpital gériatrique Garonne - Toulouse

Dr Eric-Nicolas BORY, Odontologue des hôpitaux
Centre hospitalier Le Vinatier – Bron (69)

PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET SANTÉ ORALE DES PERSONNES ÂGÉES

Formation des professionnels de santé à la prise en charge de
la santé orale des personnes âgées 37 **Pr Marysette FOLLIGUET**, Chef du Service de Santé publique
U.F.R d'Odontologie – Université Paris-Descartes

La santé orale : un prérequis à la prévention de
la dénutrition en EHPAD 40 **Dr Geneviève RUAULT**, Déléguée générale de la Société
française de Gériatrie et Gérontologie ; Responsable
du programme MobiQual

Dr Joseph John BARANES, Responsable scientifique et
coordinateur de régions 95 ; Chirurgien-dentiste
du groupe de travail MobiQual

Perceptions, représentations et difficultés des soignants pour la prise en charge de la santé orale des personnes âgées.

43 Marie-Fleur BERNARD, *Cadre de Santé Service hospitalo-universitaire d'Odontologie Hôpital Albert Chennevier – Créteil (94)*

TABLE RONDE : PARTAGE D'EXPÉRIENCES

Santé bucco-dentaire et nutrition des seniors en Lorraine

51 Dr Eliane ABRAHAM, *Médecin coordonnateur Réseau Gérard Cuny - Nancy*

Le programme : « La vie à pleines dents, longtemps »

54 Nicole BOUKHEROUFA, *Coordinatrice régionale Service Prévention et Promotion de la Santé Mutualité française Bourgogne*

L'Association DOMIDENT 31

56 Dr Brigitte PINCE, *Présidente de l'Association DOMIDENT 31 Haute-Garonne*

ACTION NABUCCOD
« Prévention de la dénutrition en EHPAD »

58 Dr Philippe POISSON, *Chef de projet de l'Action régionale NABUCCOD en Aquitaine*

COMMUNICATIONS

Bilan nutritionnel et bucco-dentaire des seniors (campagne 2006 à 2012)

60 Dr Kazutoyo YASUKAWA, *Maître de Conférences U.F.R d'Odontologie de Nancy Université de Lorraine*

Formation de Correspondants en Santé Orale en EHPAD : retour d'expérience

61 Dr Valérie BONNET, *Chirurgien-dentiste Association SOHDEV*

Les soins d'hygiène bucco-dentaire en EHPAD : Expérience de formation dans 76 EHPAD de Haute-Garonne

63 Dr Lucie RAPP, *Chirurgien-dentiste - Pôle gériatrique CHU de Toulouse*

PRIX FRANÇOISE ROTH 67

POSTERS 68

OUVERTURE

Pr Louis MAMAN

Doyen de l'U.F.R d'Odontologie – Université Paris-Descartes

Mesdames, Messieurs,

Nous sommes heureux d'accueillir dans nos locaux la 13ème journée de santé publique dentaire organisée en partenariat avec la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire, représentée aujourd'hui par son président, le Dr Frédéric COURSON, et le Conseil général du Val-de-Marne représenté par le chef du Service de Santé publique dentaire, le Dr Fabien COHEN.

Lorsque Frédéric COURSON m'a proposé une collaboration de la Faculté à cette journée j'ai immédiatement accepté, non seulement parce que je suis toujours ravi que la Faculté accueille des congrès et des séminaires, mais aussi et surtout parce que le thème de cette journée nous est, à Montrouge, particulièrement cher.

Nous avons créé il y a de nombreuses années le DU d'Odontologie gériatrique, initialement dirigé par le Pr Jean-Charles DETRUIT et repris maintenant par le Dr Jean-Claude TAVERNIER qui lui a redonné un élan. Nous tenons beaucoup à ce DU qui constitue un point fort et connaît un grand succès.

En ce qui concerne nos sites hospitaliers, une consultation d'Odontologie gériatrique a été mise en place à l'hôpital Charles Foix en concertation avec les gériatres qui y participent. Cette consultation particulièrement

dynamique s'accompagne d'une recherche clinique, d'une évaluation des pratiques professionnelles et d'actions de sensibilisation à ces soins en direction des professionnels paramédicaux et des gériatres, mais aussi de nos étudiants et de nos internes. A l'hôpital Bretonneau la consultation d'Odontologie gériatrique a été redynamisée et est en train de s'étoffer. Enfin récemment nous avons installé la consultation d'odontologie gériatrique à l'Hôpital Sainte Perrine. Les locaux vont y être entièrement rénovés. Nous allons y envoyer des étudiants mais aussi probablement des internes, particulièrement de médecine bucco-dentaire, spécialité qui nous tient à cœur et dans laquelle l'odontologie gériatrique rentre pleinement.

Enfin, à la Faculté, nous avons décidé de créer de toute pièce une discipline qui s'appelle Santé communautaire qui permet de sensibiliser les étudiants aux soins aux personnes à besoins spécifiques, dont font partie les personnes âgées dépendantes.

Je vous souhaite une bonne journée de travail, vous serez toujours les bienvenus à la Faculté si vous souhaitez organiser des séminaires et des congrès.

Dr Frédéric COURSON

Président de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire

Cette journée se situe dans la continuité de précédentes journées ayant concerné d'autres publics fragiles. Le dynamisme des présidents scientifiques, le Pr Marysette FOLLIGUET et le Pr Olivier HANON, ainsi que des personnes sollicitées pour le comité scientifique a grandement facilité son organisation et permis d'élaborer un programme de qualité, qui j'espère, vous donnera satisfaction.

L'accès aux moyens de la santé pour tous ne devrait-il pas être une des conditions d'une société humaniste qui place l'être humain et sa liberté au centre de son projet.

Une telle société ne devrait-elle pas se préoccuper plus particulièrement de ses membres les plus vulnérables. N'est-ce pas ce que dit la constitution française en reprenant le préambule de la constitution du 27 octobre 1946 qui indique en parlant de la Nation : « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Pourtant dans le domaine de la santé bucco-dentaire les personnes les plus vulnérables sont souvent laissées pour compte. Dans une précédente journée, en 2009, nous avons abordé la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Cette année nous parlerons de la santé orale des personnes âgées. En fait deux volets d'une même problématique. Comment prendre en charge aussi bien d'un point de vue thérapeutique que préventif des personnes peu ou pas coopérantes et/ou en manque d'autonomie. Entre soins spécifiques et intervention d'aidants dans la mise en œuvre préventive il est nécessaire de mettre en place une organisation et de prendre des dispositions particulières. Or celles-ci sont quasi-inexistantes et de ce fait la santé orale des

personnes âgées, aussi bien que des personnes en situation de handicap, représente un véritable problème de santé publique qu'il faudrait résoudre. Toutefois nombre d'acteurs, dont beaucoup sont présents aujourd'hui essayent d'œuvrer dans ce domaine, l'ASPBD elle-même en répondant à un appel d'offre de l'ARS Ile-de-France, et leur expérience devrait enrichir notre réflexion et nous donner des pistes.

Ne nous y trompons pas. Ce sujet ne concerne pas l'autre ou les autres. N'importe lequel d'entre nous pourrait faire lui-même ou à travers ses proches l'expérience du handicap ou de la dépendance.

Dr Fabien COHEN

Chef du Service de Santé publique dentaire – Conseil général du Val-de-Marne

Le Conseil général du Val-de-Marne est heureux que cet évènement, dont il est à l'origine et qu'il soutient fortement, puisse se dérouler pour la deuxième fois hors de ses murs, et pour cette occasion être accueilli dans l'enceinte de la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université Paris-Descartes, après l'avoir été, en 2004, en Seine-Saint-Denis, à l'occasion des 20 ans du programme de prévention bucco-dentaire de ce Département.

Cette invitation, nous la prenons comme la continuité de l'engagement de la Faculté dans le domaine de la santé publique, de nombreux étudiants ayant accompli, depuis plus de dix ans, leur stage dans notre service de santé publique dentaire départemental. Tout cela est réconfortant pour l'avenir de cette manifestation nationale et francophone, dans une possible pérennisation de la démarche.

Cette journée de santé publique dentaire représente par le caractère unique de son genre, le rendez-vous annuel le plus important dans notre pays comme dans la francophonie, de diffusion des connaissances mais aussi de partage d'expériences et de création de liens entre les acteurs de la santé publique bucco-dentaire. Cela permet d'entretenir et d'élargir le réseau animé par l'ASPBD comme nous essayons de le faire au plan départemental autour du service de santé publique dentaire du Conseil général.

Ce thème de la santé orale des personnes âgées nous convient à double titre, celui de la promotion de la santé bucco-dentaire, que le Conseil général du Val-de-Marne développe depuis 1990, et celui du troisième âge et plus,

qui relève de la compétence des Départements, par la mise en œuvre de l'APA, les EHPAD, ... et plus généralement les politiques publiques en direction des personnes âgées.

Nous sommes convaincus que nous allons bénéficier d'une excellente journée, par la qualité et les compétences de nos deux co-Présidents, que je remercie d'avoir accepté la tâche, et par ailleurs en raison du travail accompli par les membres du Comité scientifique.

Permettez-moi donc, au nom de Mr Christian FAVIER, notre Président, de Mme Marie KENNEDY, notre élue de secteur, ainsi que des directions, que je représente ici, de vous remercier une fois de plus pour cet accueil et vous inviter, dès à présent, à retenir la date du 6 novembre 2014, pour la prochaine Journée de santé publique dentaire qui se tiendra comme les années précédentes de nouveau à Créteil, à l'Hôtel du Département.

LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES



QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE ÂGÉE ?

Pr Olivier HANON

Président de la Société française de Gériatrie et Gérontologie

Les personnes âgées sont des individus très variables. Nous allons voir que la définition liée à l'âge ne tient plus désormais. D'autres paramètres sont à notre disposition pour

définir les personnes âgées. Si toutes ces personnes ont le même âge, elles peuvent être très différentes.

Comment définir les personnes âgées ?

La définition de l'OMS date quelque peu, puisqu'elle fixe toujours un âge de 65 ans. Est-on très âgé à partir de 65 ans ? Nous voyons bien que cette définition n'est pas nécessairement la plus pertinente. Il existe d'autres définitions, qui peuvent être plus sociétales, par exemple l'âge de la retraite. Toutefois, là encore, l'âge de la retraite, fixé à 60 ans, ne suffit pas pour définir complètement une personne âgée.

Les autorités du système sanitaire et les gériatres parlent souvent de personnes de plus de 75 ans, ou bien de personnes de plus de 65 ans présentant une polypathologie. Nous réalisons alors que l'âge seul ne doit plus être pris en considération, mais aussi les pathologies associées. La notion de perte d'autonomie entre notamment en compte. L'âge moyen des personnes en institutions gériatriques s'élève à 85 ans, ce qui n'a rien à voir avec les 65 ans de la définition de l'OMS.

D'un point de vue démographique, en 2002, les personnes âgées de plus de 60 ans constituaient plus de 20 % de la population en Europe et au Japon. Si nous effectuons une projection en 2050, nous observons un vieillissement mondial de la population, mis à part en Afrique. Ce phénomène de vieillissement surviendra de façon très importante.

Le vieillissement concernera en particulier les plus âgés, notamment à cause de la notion de « baby-boom ». Toutes les personnes qui sont nées au moment du « baby-boom » vieilliront. Le nombre d'octogénaires

augmentera donc de façon très importante. Selon les données mondiales, en 2000, on dénombrait 70 millions de plus de 80 ans. Ce chiffre sera multiplié par 5, pour arriver à presque 400 millions de personnes de plus de 80 ans dans le monde. La population vieillissante augmente donc de façon très importante.

En France, en 2009, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient environ 16,5 % de la population. En 2020 elles en constitueront 20 % et en 2040, une personne sur quatre sera âgée de plus de 65 ans. Les courbes des plus jeunes et des plus âgés se sont croisées. Il existe désormais plus de personnes âgées que de personnes de 15 à 25 ans par exemple.

Nos patients sont donc de plus en plus âgés. A l'heure actuelle, on dénombre 13 000 centenaires, contre 100 en 1900. En 2050, nous arriverons à plus de 60 000 centenaires en France.

La notion d'espérance de vie est également importante. Actuellement, en France, l'espérance de vie des femmes à la naissance est de 85 ans, et celle des hommes de 78 ans. Il existe donc toujours une différence entre les femmes et les hommes.

Si nous effectuons une projection, l'espérance de vie des femmes à la naissance s'élèvera à 90 ans à la naissance en 2050. Aujourd'hui une petite fille a donc une chance sur deux de vivre centenaire.

L'espérance de vie augmente, ce qui est intéressant. Toutefois, le deuxième paramètre fondamental consiste à examiner l'espérance de vie sans incapacité. Nous vivons de plus en plus vieux, mais sommes-nous en bonne santé ? Car tel est l'objectif : ce n'est pas nécessairement de vivre jusqu'à 100 ans, mais d'être en bonne santé. Jusqu'à ces dernières années, l'espérance de vie sans incapacité avait augmenté. Depuis 2010, si l'espérance de vie augmente bel et bien, l'espérance de vie sans incapacité, quelle que soit la façon de définir le handicap et la dépendance, est en baisse.

Nous assistons donc à une diminution de l'espérance de vie sans incapacité : nous vivons de plus en plus vieux, mais malheureusement, au bout d'un moment, se pose un problème de perte d'autonomie. En effet, désormais, nous constatons une augmentation du nombre de patients dépendants parmi nos patients âgés.

Comment définir le vieillissement ?

Le fait de vieillir n'est pas une pathologie. Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient les structures et les fonctions des organes. Petit à petit, au cours de l'avancée en âge, le fonctionnement de l'organisme devient un peu moins performant, et acquiert donc plus de sensibilité aux pathologies.

Les paramètres essentiels du vieillissement sont des facteurs génétiques et environnementaux. Nous observons une grande variabilité interindividuelle du vieillissement : on ne vieillit pas de la même manière que son voisin. Les organes eux-mêmes ne vieillissent pas tous de la même façon (cœur, foie, rein).

Le premier facteur du vieillissement est le facteur génétique. Lorsque nous naissons dans une famille où les membres vivent longtemps, nous avons plus de chance de vivre longtemps. L'inverse est malheureusement vrai aussi.

A-t-on mis en évidence des gènes du vieillissement ? Malheureusement, un seul gène ne l'explique pas, ce serait trop simple. Cependant, deux maladies ont été mises en évidence, liées à deux gènes qui ont été retrouvés. La première maladie est le syndrome de Werner lié à une mutation du gène WRN: les personnes qui en souffrent ont, à 50 ans, l'aspect de personnes de 90 ans. La seconde maladie, qui est encore plus terrible, mais heureusement très rare (elle concerne une personne sur 6 millions), est liée à une mutation sur le gène de la lamine A. Des personnes de 13 ans ont l'aspect de personnes de 80 ans.

Le deuxième paramètre qui influence le vieillissement est l'environnement.

Il comprend une partie socio-économique avec le niveau d'éducation, les comportements nutritionnel et d'activité physique.

Un autre point essentiel de ce deuxième paramètre est l'accès aux soins. En France, nous avons beaucoup de chance : lorsque nous tombons malades, nous allons à l'hôpital et nous nous faisons soigner.

Dans d'autres pays, lorsque l'on se rend à l'hôpital, si l'on n'est pas assuré ou que l'on n'a pas amené sa carte, on ne peut pas avoir accès aux soins. Il s'agit d'un élément

majeur pour le vieillissement et l'espérance de vie.

Viennent ensuite les « événements de vie ». Certaines personnes ont des pathologies, d'autres non. C'est notamment ce que l'on appelle le « stress aigu ».

S'agissant de l'environnement, on relève des chiffres impressionnants. Au Zimbabwe et au Malawi, l'espérance de vie moyenne s'élève à 38 ans, alors que nous avons vu qu'en France, elle est de 80 ans. Il existe donc une différence impressionnante due à l'accès aux soins, qui constitue un défi majeur dans ces pays.

Indépendamment de l'accès aux soins, il existe un gradient nord-sud de la mortalité : si l'on habite dans les pays du Nord, on vit en général moins longtemps que si l'on habite dans les pays du Sud. Il existe également un gradient est-ouest avec une mortalité plus importante dans les pays d'Europe de l'Est que dans les pays d'Europe de l'Ouest. En Ile-de-France, l'espérance de vie moyenne, hommes et femmes confondus, s'élève à 80 ans, alors que dans le Nord Pas de Calais, elle n'est que de 77 ans.

Pourquoi ? Il existe de nombreux facteurs : le facteur génétique, qui a été exposé auparavant, mais surtout le facteur environnemental. Les conditions peuvent être plus difficiles, les personnes peuvent fumer plus, faire moins attention à leur mode de vie. Par ailleurs, la nourriture n'est pas la même au Nord et au Sud. L'ensemble de ces facteurs explique le gradient nord-sud.

Indépendamment des facteurs environnementaux et génétiques, nous arrivons aux facteurs médicaux, avec la comorbidité des pathologies. Nous savons que le vieillissement n'est pas une pathologie. En revanche, plus on vieillit, plus on est sensible et plus on peut voir survenir des maladies. Si l'on considère les données françaises, les personnes âgées de plus de 80 ans présentent en moyenne huit pathologies.

D'après les études récentes, en 2010, après 75 ans :

- 85 % des personnes ont au moins une pathologie. Il est exceptionnel de n'en avoir aucune,
- 57 % des personnes ont des pathologies chroniques ; elles se trouvent en ALD (affections de longue durée)
- 33 % ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année.
- Les pathologies les plus fréquentes sont des pathologies cardiovasculaires. 29 % des personnes souffrent d'au moins une.
- En ce qui concerne les médicaments, sept molécules ont été délivrées de façon chronique au moins trois fois par an dans l'année. Avec sept médicaments, il faut veiller à ce que les molécules n'entrent pas en

interaction les unes avec les autres.

- Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation ont été identifiés : l'iatrogénie (les problèmes médicamenteux), les chutes, la dénutrition et la dépression.

Si nous examinons à présent les principales causes de mortalité chez les personnes âgées en France, il apparaît qu'en dessous de 75 ans, la première cause est le cancer. Au-dessus de 75 ans, ce sont les pathologies cardiovasculaires qui prédominent.

Une des spécificités de la gériatrie, en plus des pathologies associées, est de traiter des syndromes spécifiques, les « syndromes gériatriques », dont la fréquence augmente avec l'âge. Ceux-ci résultent de facteurs multiples. En effet, ce n'est pas une seule cause qui aboutit à ce syndrome, mais plusieurs, avec pour risque la perte d'autonomie. Les personnes concernées ont donc besoin d'une prise en charge multifactorielle. Ce n'est pas le médecin seul qui va prendre en charge la personne âgée.

Ces syndromes gériatriques sont :

- les troubles cognitifs
- la confusion
- les chutes
- la dénutrition
- l'incontinence urinaire
- les troubles sensoriels
- les escarres.

La chute n'est pas liée à une pathologie : plusieurs pathologies l'expliquent. Un facteur « précipitant », tel qu'un malaise ou une baisse de pression artérielle, peut également donner lieu au syndrome gériatrique.

Ces éléments ne sont pas à rechercher chez un sujet jeune. Ils sont vraiment spécifiques à la personne âgée. Lors de l'évaluation d'une personne âgée, vous devez vérifier si celle-ci a des troubles cognitifs, si elle présente un risque de chute, si elle est dénutrie, si elle est confuse, si elle a de l'incontinence urinaire ou une escarre. Le sujet âgé fait donc l'objet d'une prise en charge spécifique, qui ne doit pas systématiquement être effectuée chez une personne plus jeune.

Si nous avons constaté une augmentation de l'espérance de vie, nous avons malheureusement également relevé une hausse de la dépendance. En France, le taux global de la dépendance s'élève à 6 %, ce qui est plutôt rassurant. Beaucoup de personnes âgées vivent à domicile, et non en institution.

Ce phénomène dépend en grande partie de l'âge : 2 % des personnes de 60 ans sont placées en institution, 18 % des personnes de 80 ans et 42 % des personnes

de plus de 90 ans. Comme l'espérance de vie augmente de plus en plus de personnes dépendantes vont vivre en institution. D'ici 2040, le nombre de patients dépendants augmentera de 50 % en France.

Plutôt que de se baser sur l'âge, que ce soit 65 ou 75 ans, nous cernons trois catégories de personnes qui vont vieillir pour définir la personne âgée.

Certaines personnes font un vieillissement « réussi », sans pathologie et en bonne santé. C'est rassurant : 50 % des personnes de plus de 65 ans n'ont pas de problèmes médicaux.

D'autres personnes vieillissent avec dépendance. Le taux de ces personnes âgées dépendantes au-dessus de 65 ans s'élève à 6 % environ.

Entre les deux, les personnes âgées dites « fragiles » représentent environ 45 % des sujets. Nous verrons qu'il en existe deux définitions, les personnes dites « pré-fragiles » (30 %) et les personnes « fragiles » (15 %). Un des objectifs des années à venir consiste à dépister ces personnes fragiles, qui ne sont pas dépendantes. Tout doit donc être mis en œuvre pour prévenir la dépendance, et éviter que ces sujets fragiles descendent vers le bas. En effet, une fois que l'on est dépendant, on ne peut plus revenir à un état antérieur.

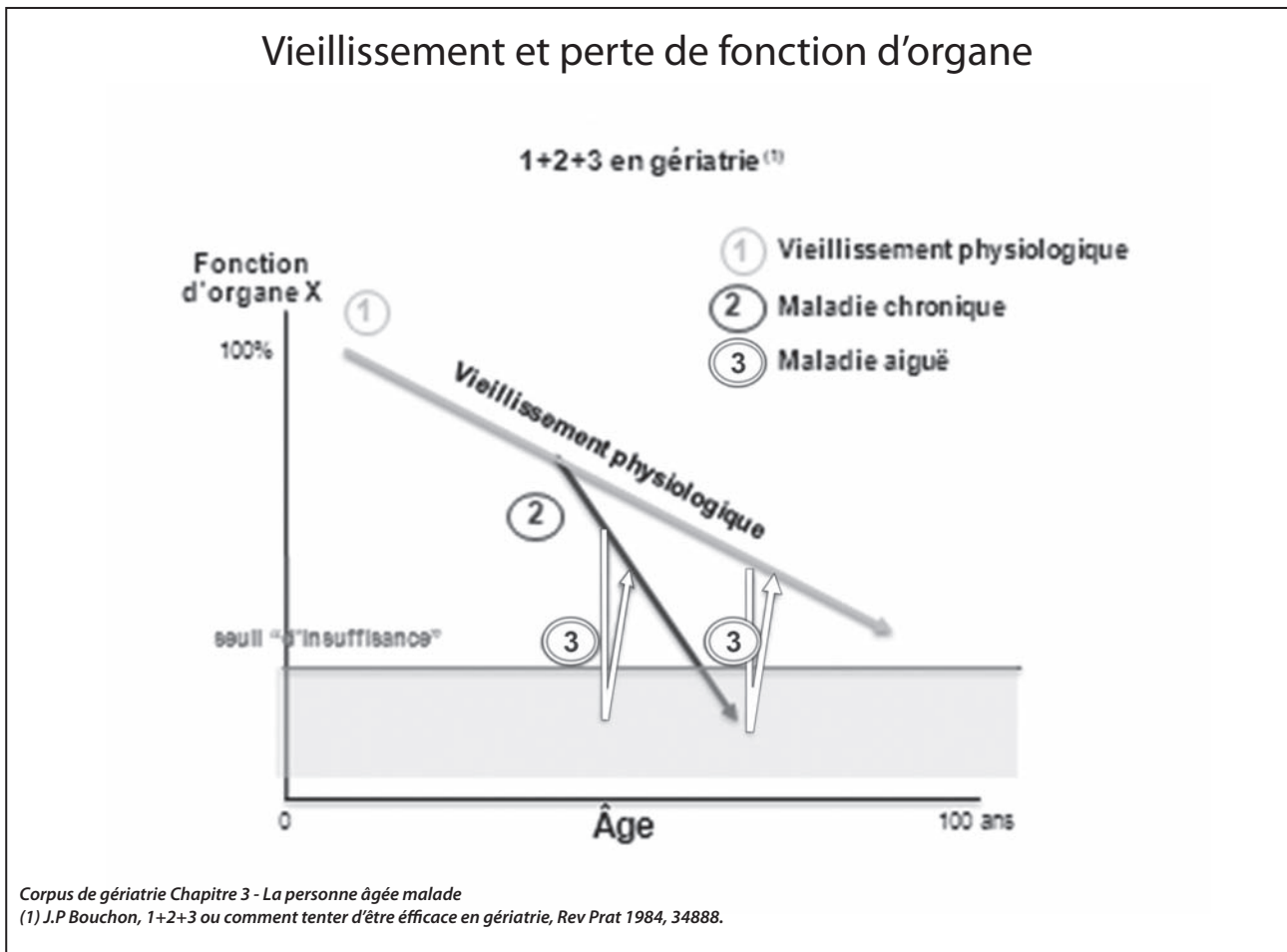
Le repérage des personnes âgées « fragiles » est ainsi devenu un enjeu majeur.

Afin d'obtenir une évaluation gériatrique, nous disposons d'un schéma qui a été élaboré par le Professeur Bouchon (Graphique 1). Elle consiste en une évaluation du vieillissement et de la perte de la fonction d'organe. Comme cela a été déjà évoqué, lorsqu'on vieillit, la fonction des organes vieillit également. Par exemple, plus le cœur vieillit, plus il perd ses capacités cardiaques, plus les artères se rigidifient et plus la paroi du cœur s'épaissit.

Nous notons sur le schéma que la fonction d'organe se perd sans que l'on parvienne au seuil de la pathologie de l'insuffisance. L'idéal est de rester avec le vieillissement physiologique (courbe 1), qui ne pose pas de problème.

Malheureusement, parfois, plus que le vieillissement physiologique, nous avons affaire à une pathologie en évolution (courbe 2) : il s'agit de la maladie chronique. Dans ce cas, le vieillissement (par exemple du cœur) est un peu plus sévère que pour d'autres personnes, pour des raisons génétiques ou liées à l'environnement par exemple. Apparaît alors une maladie, aggravant l'altération de la fonction d'organe, puis à un moment donné, nous parvenons au seuil de l'insuffisance (insuffisance cardiaque, par exemple).

Graphique 1 :



Il peut également survenir chez ces personnes présentant une maladie chronique des événements « aigus ». Par exemple, une infection, la grippe ou une pneumopathie constituent un stress aigu très classique chez les personnes âgées (courbe 3). Si une personne qui ne se trouve pas encore au seuil de l'insuffisance cardiaque fait un épisode aigu de grippe ou de fièvre, elle subit alors une décompensation cardiaque aiguë et parvient au seuil de l'insuffisance. Elle est alors prise en charge et soignée, et si elle a de la chance, elle peut « remonter », puis guérir. Toutefois, la « remontée » ne parvient pas vraiment au même niveau qu'auparavant. Après son épisode aigu, la personne perd un peu de sa réserve fonctionnelle.

Il peut également arriver qu'une personne qui connaît un vieillissement physiologique fasse une infection aiguë, une chute ou une grippe. Elle peut alors parvenir au seuil de l'insuffisance. Lorsque l'événement aigu est soigné, la personne revient alors pratiquement au même niveau qu'initialement (courbe 3).

Quatre facteurs influencent réellement l'évolution d'une personne qui avance en âge : le vieillissement physiologique, plus ou moins accéléré en fonction de facteurs génétiques, l'environnement, le nombre de pathologies et l'hygiène de vie.

Ces quatre facteurs sont déterminants tout au long de la vie pour mesurer le déroulement du vieillissement. A 45 ans, j'ai une capacité fonctionnelle maximale. Si je vieillis un peu, en fonction de ces quatre facteurs, je perdrai un peu de mes capacités fonctionnelles. Je resterai toutefois encore sans problème. Si je vieillis davantage, et que je perds un peu plus mes capacités fonctionnelles, je resterai encore largement au-dessus des seuils. Si je vieillis encore davantage, je perdrai encore plus mes capacités fonctionnelles. A un moment donné, lorsque je dépasserai le seuil de la fragilité, je me trouverai alors à un très haut risque de perte d'autonomie.

Il faut repérer ce type de patients fragile pour retarder l'entrée dans la dépendance. S'il se produit un stress aigu (une infection, une grippe ou une chute), une personne

fragile peut tomber dans la dépendance et ne plus remonter.

Le concept de fragilité

Nous sommes parvenus à un consensus autour de la définition de la fragilité, ce que nous nommons le « syndrome de fragilité », qui est basé sur les cinq critères dits de « Fried » (du nom de la personne qui a mis en évidence ces critères). Ces critères cliniques, assez simples, sont les suivants :

- une perte de poids d'au moins 5 % par an ;
- la fatigue subjective : épuisé ou fatigué en permanence ou fréquemment ;
- l'absence d'activité physique : aucune activité physique ou moins d'une ou deux marches par semaine ;
- une vitesse de marche lente : ce paramètre est malheureusement très prédictif du risque de mortalité en institution. Nous avons calculé que les personnes qui marchent lentement, à moins d'un mètre par seconde, présentent un très haut risque de perte d'autonomie.

Avec un chronomètre, nous faisons marcher les gens sur cinq mètres et nous effectuons le calcul par seconde.

- la faiblesse musculaire : un bon moyen de mesurer ce critère est de réaliser le test du « lever de chaise », c'est-à-dire de demander à une personne de se lever cinq fois d'une chaise, et d'observer si elle parvient à le faire sans s'aider des bras.

Si une personne présente trois de ces critères ou plus, elle est dite « fragile », avec le syndrome de fragilité. Si elle n'en présente aucun, elle est non fragile. Si enfin elle en présente entre un et deux, elle est « pré-fragile ».

Les soignants, les professionnels de santé et les médecins doivent commencer à bien connaître ces cinq critères, assez nouveaux, car ils s'avèrent très prédictifs du risque de perte d'autonomie. D'après des études portant sur le risque de mortalité, la survie est bonne en l'absence de critères de fragilité. Avec trois critères sur cinq, la survie s'avère beaucoup moins bonne. Quant à une personne pré-fragile, elle se situe entre les deux.

Les premières études menées sur le sujet datent de 2000. Depuis 10 ans, les études démontrent donc la pertinence de ces cinq critères. Une étude canadienne très intéressante reprend les critères de fragilité. 2 000 personnes de plus de 70 ans ont été suivies pendant cinq ans. Selon ces critères, le risque de ces personnes de mourir à cinq ans est multiplié par 2,7. Ce chiffre est encore plus important que celui du diabète, qui multiplie le risque par 1,4.

Un article récent du Lancet refait le point sur cette fragilité, caractérisée par des facteurs génétiques, environnementaux, ainsi qu'une réduction des capacités fonctionnelles. A un moment donné, le stress aigu survient, ce qui aboutit à la dépendance et à la perte d'autonomie. Deux facteurs apparaissent comme majeurs ; ce sont ces facteurs que nous essayons de mettre en évidence pour la prévention. Il s'agit de l'activité physique et de la nutrition, qui peuvent retarder l'entrée dans la dépendance.

Nous disposons de données de pronostics portant sur plus de 20 000 personnes selon les critères de fragilité. Les conséquences du syndrome de fragilité sont clairement identifiées :

- La mortalité
- Le déclin fonctionnel (aggravation de la dépendance)
- La chute
- L'hospitalisation
- L'entrée en institution

Un article récent de consensus de la Société française de Gériatrie et de Gérontologie reprend ces cinq critères.

La notion de fragilité apparaît désormais, puisque la HAS recommande un repérage très précoce de la fragilité chez les personnes âgées, dans l'objectif d'identifier des déterminants et d'agir sur ceux-ci, pour retarder la dépendance évitable.

Des recommandations ont été formulées sur le repérage, associées à une grille spécifique de repérage validée par la HAS (Tableau 1). Il s'agit de mettre en place des plates-formes d'évaluation des fragilités dans les structures gériatriques. Le médecin traitant et les soignants peuvent repérer les patients fragiles à partir des cinq critères énoncés, proposer une évaluation dans les plates-formes, notamment en hôpital de jour, puis mener une action en mettant en place un plan de soins. Il s'agit notamment d'actions orientées vers la nutrition et l'activité physique.

Nous connaissons bien les critères de risque d'entrée dans la dépendance. Quelles sont les actions menées et leur évaluation ? La première dont j'ai déjà parlé est l'activité physique. Lorsque nous prenons des revues de la littérature, et que nous regardons l'ensemble des données, le résultat est impressionnant. Une activité physique adaptée donne lieu à une réduction de 35 % de la mortalité. Des études récentes menées auprès de 100 000 personnes montrent par ailleurs une réduction de l'entrée en institution, des hospitalisations et des chutes. L'activité physique adaptée apparaît donc tout à fait bénéfique. Il faut repérer les personnes qui en ont besoin, puis les convaincre, dans ces programmes, avec les plates-formes de fragilité.

Tableau 1 :

Evaluation Gériatrique standardisé (EGS)

| Facteurs de risque | Evaluation |
|--|--|
| Evaluation situationnelle sociodémographique | Âge, niveau culturel, niveau des aides, niveau de confinement (visites et sorties), qualité de l'habitat et des accès, etc |
| Qualité de vie | Echelle Iris ou Iowa (ISAI) |
| Autonomie | Grille Aggir, ADL et IADL |
| Équilibre marche | Tinetti, get up and go test ; typage des chûtes |
| Fonctions cognitives | - Mini-mental test de Folstein (version GRECO) - Test du cadran de l'horloge - MIS, test des 5 mots |
| Statut sensoriel | Echelle de Jaegger + voix chuchotée |
| Angoisse / dépression | Geriatric depression scale |
| Nutrition | MNA, Albuminémie |
| Etat dentaire | Geriatric oral assessment index |
| Douleur | Grilles des recommandations de l'ANAES Echelle DOLOPLUS et ECPA |
| Fonction rénale | clairance de la créatinine |
| Iatrogénie | ordonnances |

Le deuxième élément majeur dans ce processus est la prise en charge nutritionnelle. L'enrichissement des repas, et parfois le recours aux compléments alimentaires, donne lieu à une réduction de 34 % de la mortalité, selon les méta-analyses. La prise en charge nutritionnelle est donc majeure.

En conclusion, le patient âgé est complexe. De nombreux paramètres doivent être pris en compte (médicaux, sociaux, iatrogéniques etc.). En général, en gériatrie, ceci s'avère tellement compliqué que nous avons recours à la standardisation. Nous effectuons une EGS (évaluation gériatrique standardisée), afin de bénéficier d'une évaluation globale (Tableau 1).

Nous examinons les cinq facteurs de fragilité et les syndromes gériatriques. Nous évaluons également les comorbidités, l'autonomie, le problème du contexte social, etc. Des échelles sont validées. A chaque fois, nous

évaluons la qualité de vie, l'autonomie, les fonctions cognitives, l'état dentaire, la fonction rénale, etc.

Cette évaluation standardisée ne peut s'effectuer sans une consultation de médecine générale. D'où l'importance des plates-formes d'évaluation sur une journée d'hôpital de jour, avec plusieurs professionnels. Le médecin ne peut procéder seul à cette évaluation. Il doit être soutenu par toute une équipe : l'infirmière, la diététicienne, des STAPS, un ergothérapeute, un psychologue, une assistante sociale, etc.

S'agissant de l'évaluation gériatrique standardisée, la littérature met en avant une réduction de 25 % de la mortalité.

Il existe donc plusieurs types de vieillissement (pathologique, réussi et fragile). Nous devons parvenir au maximum à l'état de vieillissement réussi, et donc

prévenir la dépendance, repérer et évaluer les patients fragiles, ainsi que mettre en place des mesures de prévention qui, nous l'espérons, retarderont l'entrée dans la dépendance.

L'HAS met l'évaluation et le repérage du patient fragile dans ses indicateurs.

QUELLE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ?

Dr Jean-Pierre AQUINO

Président du Comité Avancée en âge



Le contexte

Le vieillissement représente une véritable révolution. Cette révolution de l'âge est une chance pour nous à titre individuel, mais c'est aussi un défi majeur. En effet, deux transitions sont à surmonter :

- la transition démographique
L'espérance de vie à la naissance ne fait que croître, avec néanmoins une stagnation de l'espérance de vie sans incapacité plus défavorable chez les femmes ;
- la transition épidémiologique
Les maladies ont complètement changé de visage au cours des 20 dernières années : transformation de maladies létales en maladies chroniques (Notamment cancer et SIDA, pour lesquels des thérapeutiques adaptées ont transformé ces pathologies en pathologies chroniques), émergence de maladies invalidantes (dont Alzheimer) et vieillissement des personnes handicapées.

Il apparaît donc impératif que notre système de santé s'adapte à ce nouveau contexte, et que l'accompagnement organisé et mis en place par le secteur social et le secteur médico-social évolue également, afin de permettre au plus grand nombre d'entre nous de vieillir dans les meilleures conditions possibles.

Une étude a été conduite en 2007 et publiée en 2008 sur l'espérance de vie en bonne santé à l'âge de 50 ans, dans 27 pays de l'Union européenne. L'espérance de vie d'un pays est d'autant plus élevée que son PIB est élevé mais aussi que l'accès à la formation initiale et continue est important. Enfin, il conviendrait que la durée du chômage soit la plus brève possible. (Jagger C., Gillies C., Moscone F., Cambois E., Robine JM. Lancet 2008).

La gériatrie est une spécialité à part entière depuis 2004, il est vrai avec une prédominance de l'exercice hospitalier. Cette discipline dispose d'un référentiel métier, et est organisée comme les grandes spécialités. J'attire votre attention sur la dénomination « Société française de Gériatrie et Gérontologie ». La gériatrie n'a de sens que si nous travaillons main dans la main avec les gérontologues, c'est-à-dire ceux et celles qui s'intéressent aux sciences humaines et sociales. Il est impossible de procéder à un clivage entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, comme les politiques l'ont fait jadis.

De 2006 à 2012, des plans, des mesures et des démarches organisationnelles ont été mis en place. Je vais les résumer rapidement. Il faut insister sur le plan de solidarité Grand âge de 2006. Son troisième axe de développement était : « Adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la filière gériatrique ». Il s'agit de la structuration des hôpitaux, afin de prendre en charge l'évolution du contexte évoqué en introduction.

En 2007, une circulaire DHOS a permis de tracer cette filière gériatrique, dans l'objectif de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé, que ce soit les urgences, le court séjour, le SSR, l'hôpital de jour, les équipes mobiles ou l'USLD, de procéder à une orientation rapide en fonction de ces besoins, et de donner un avis gériatrique en s'appuyant sur l'évaluation gérontologique.

L'objectif, qui correspond à une préoccupation constante, est que la personne malade se trouve au bon endroit et au bon moment sans perdre de temps.

Concernant la maladie Alzheimer, trois plans se sont succédés depuis 2000. Le dernier, qui a été mené de 2008 à 2012, a été évalué par le Professeur Joël Ankri. Cette évaluation nous apporte les données suivantes :

- une gouvernance au plus haut niveau ; il s'agissait en effet d'un plan présidentiel ;
- un suivi réalisé sur le mode projet, avec 300 indicateurs ;
- une dynamique forte, avec de nouveaux dispositifs : les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer), les PASA (Pôles d'Activité Spécialisés Adaptés) dans les maisons de retraite, les UHR (Unités d'Hébergement Renforcé), les UCC (Unités Cognitivo-Comportementales) dans le secteur sanitaire. Ces dispositifs ont pour objet de prendre en charge l'accompagnement de ces personnes ;
- des avancées sur le plan médico-social et la recherche, avec toutefois un problème portant sur les recherches en sciences humaines et en sciences sociales, qui se sont avérées insuffisantes.

Joël Ankri formule la critique qu'aucune étude d'impact de l'ensemble de ces mesures n'a été réalisée.

Une suite est attendue par les professionnels. Il est question d'un plan maladies neurodégénératives. Quatre groupes de travail ont été mis en place par le Ministère. Nous attendons l'issue de ces réflexions pour le début de l'année prochaine.

Il existe par ailleurs d'autres plans : le Plan national Nutrition-santé (le troisième), le Plan Qualité de vie des personnes présentant une maladie chronique, le Plan de soins palliatifs, le Plan de lutte contre la douleur. Il s'agit là d'analyses transverses, mais aussi de contributions essentielles.

Les perspectives

Le premier point à évoquer est la représentation de l'avancée en âge. Il conviendrait que les personnes âgées :

- Soient considérées comme des citoyens à part entière, y compris comme des acteurs économiques,
- Puissent exercer véritablement leurs droits. Il faut en effet veiller à ce qu'avec l'avancée en âge, les droits de la personne ne soient pas érodés,
- Aient leurs compétences valorisées,
- Voient la promotion de leur santé considérée comme un investissement social et économique.

Le regard porté sur l'avancée en âge s'avère déterminant. Sa représentation est fondamentale quel que soit le niveau : celui des professionnels ou des décideurs politiques. Nous pouvons en tirer des conséquences schématisées de manière arbitraire : nous nous trouvons soit dans une société « inclusive », qui inclut les personnes âgées dans leur cadre de vie quotidien pour une meilleure qualité de vie, soit dans une société « exclusive », qui exclut les personnes âgées, faute d'un regard positif.

La Ministre a récemment présenté la Stratégie nationale de santé. Le rapport a été terminé avant l'été. Visiblement, quelques réglages se sont avérés nécessaires. Dans ce document d'avenir, qui donnera lieu à une loi de santé publique en 2014, nous pouvons retenir quatre idées importantes.

Tout d'abord, il convient de répondre aux défis majeurs, et le vieillissement est souligné de manière claire comme l'un d'eux, ainsi que les maladies chroniques.

Par ailleurs, la prévention est soulignée comme étant un axe fort, et pas seulement la prévention au cours de l'avancée en âge mais aussi la prévention dès le plus jeune âge.

Le troisième axe est celui des soins. Il est caractérisé par l'égalité d'accès aux soins, la généralisation du tiers payant, les complémentaires-santé, la valorisation du médecin traitant comme étant le pivot, une équipe de professionnels de santé dans les territoires (le PAERPA répond parfaitement à ce volet) et la relance du dossier médical personnalisé.

Le quatrième axe est celui du renforcement de l'information et des droits des patients.

Concernant la prévention en gérontologie, plusieurs étapes sont à repérer. La première est le programme « Bien vieillir », qui concernait 17 villes en France, mené en 2003. Il résumait la prévention au cours de l'avancée en âge à l'exercice physique et à l'alimentation. En termes de prévention primaire, s'il s'agit effectivement de deux éléments déterminants, mais ils restent toutefois insuffisants.

Le plan national « Bien vieillir » de 2007-2009 ajoute un axe important : le lien social. Nous revenons là à la gériatrie-gérontologie. La prévention du programme « Bien vieillir » était plutôt orientée vers la gériatrie, alors que le Plan national « Bien vieillir » était plutôt gérontologique, car la dimension sociétale y était impliquée.

Quant au Comité « Avancée en âge », qui a démarré en 2012, il a pour objet de proposer une politique nationale et globale de prévention de la perte d'autonomie.

Nous voyons bien, à travers les évolutions qui ont eu lieu au cours des 10 dernières années, que la prise en charge globale de la personne et de son environnement représente un élément déterminant.

En 2012, l'INPES a réalisé l'inventaire de la littérature internationale, et a distingué six types de stratégies principales reconnues comme étant efficaces et validées par la littérature internationale :

- l'activité physique ;
- l'éducation, thérapeutique entre autres ;
- l'information et la communication auprès des personnes âgées, via les professionnels et les médias ;
- le suivi téléphonique (surveillance, coaching relationnel ou système de rappel) ;
- l'évaluation, les besoins de la personne et les risques environnementaux.

Par exemple, le domicile donne-t-il lieu à un accès facile au médecin généraliste du quartier ou au supermarché ? Nous savons que si la distance est supérieure à 500 mètres, nous nous trouvons dans une situation de risque ;

- Les visites à domicile, qu'elles soient ponctuelles ou régulières, réalisées par des professionnels de santé ou par des bénévoles.

La loi Autonomie, qui est actuellement en chantier, et à laquelle le Comité « Avancée en âge » a apporté sa contribution, comprend trois volets :

- l'anticipation : c'est la prévention de la perte d'autonomie ;
- l'adaptation de la société au vieillissement ;
- l'accompagnement de la perte d'autonomie, c'est-à-dire le financement du reste à charge.

Le Premier Ministre a précisé que cette loi serait une loi d'orientation et de programmation en deux étapes :

- première étape : des mesures concernant le maintien à domicile, la réforme de l'APA à domicile, la prévention de la perte d'autonomie, l'adaptation de la société au vieillissement et l'aide aux aidants ;
- deuxième étape : l'accompagnement et la prise en charge en établissement.

Le financement s'appuie sur la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

Voici quelques-unes des préconisations, faisant suite au rapport que nous avons antérieurement remis début 2013 :

- La cible : Nous nous intéressons aux seniors en activité, aux personnes âgées en bonne santé, aux

personnes fragiles, aux personnes en incapacité et aux aidants familiaux ;

- La coordination des acteurs de la prévention : Elle apparaît comme un élément déterminant. La France est riche en termes d'acteurs de prévention. Chacun travaille de son côté. Il n'existe pas de hiérarchisation des priorités. Des acteurs tels que la CNAV, la CNAM, les Conseils généraux, les mutuelles, les caisses de retraite complémentaires, le RSI et la MSA développent leur propre plan de prévention. Lorsque nous faisons une lecture nationale de ces plans, nous réalisons qu'il est urgent de coordonner les acteurs entre eux, de définir des priorités, de hiérarchiser ces priorités et d'évaluer les résultats des actions qui sont ainsi conduites ;
- La dépendance évitable : à domicile, en logements foyers, en EHPAD ou à l'hôpital ;
- La prévention des hospitalisations et surtout des ré-hospitalisations ;
- Le risque iatrogène ;
- L'activité physique et sportive adaptée ;
- L'alimentation et la nutrition.

Le Gérontopôle de Toulouse a été missionné par la Ministre pour formuler des propositions sur le repérage et l'accompagnement de la fragilité.

Le Comité « Avancée en âge » est chargé de proposer un dispositif gradué et coordonné au sein d'un parcours de prévention. La Haute Autorité de Santé va publier deux documents contributifs : « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires », « L'évaluation de la personne âgée fragile en première ligne ».

Enfin, au niveau des régions, les CARSAT sont chargées de mettre en place des observatoires des fragilités, permettant une meilleure connaissance des populations et une détection de situations individuelles. Il s'agit d'une approche populationnelle, portant à la fois sur la démographie, les indicateurs sociaux et les conditions de vie, et territoriale. L'offre de service correspond-elle aux besoins de la population qui a été repérée dans tel milieu rural, et qui se trouve peut-être largement démunie ?

Nous voyons bien que l'approche développée par le Gérontopôle de Toulouse est gériatrique, mais qu'elle est croisée et complétée par celle des Observatoires de la fragilité.

Dans son rapport contributif à la loi, Luc Broussy traite, entre autres, des thématiques suivantes :

- l'adaptation des logements, avec l'importance de l'Agence nationale de l'habitat, des logements adaptés et des logements adaptables ;
- le lien social et la notion de proximité des acteurs

par rapport au domicile de la personne. En ville, cette notion recouvre le mobilier urbain et l'accessibilité des lieux publics, la proximité des commerces ainsi que la sécurisation du parcours piéton. L'environnement joue en effet un rôle déterminant dans la qualité de vie des seniors ;

- le label « Villes amies des aînés », qui définit une charte qu'une ville se doit de respecter pour bénéficier de ce label : la réflexion menée au niveau de la ville prend en compte les besoins et apporte les réponses destinées aux personnes âgées,
- Les technologies en réponse à des besoins divers : la communication et le renforcement du lien social, la sécurité, la santé, la mobilité et l'accessibilité - Mais les technologies de l'autonomie n'ont pas encore été pleinement adoptées par les consommateurs,
- un changement de regard sur la vieillesse, avec le Comité national pour la bienveillance et les droits qui travaille activement sur les discriminations, les représentations et la prévention du suicide etc...

MONALISA, la MOBilisation NATIONALE de Lutte contre l'Isolément des Agés, cible la participation à la vie sociale. Nous savons, par différents travaux, l'effet positif que représente une participation régulière à la vie sociale. L'enquête Handicap-santé Ménages de 2008 souligne que 3 millions de retraités évoluent en marge de la vie sociale. Il y a là une priorité évidente du point de vue de la gérontologie. MONALISA a pour but de mobiliser 30 réseaux associatifs contre l'isolement social, et de développer des équipes citoyennes déployées sur le territoire, en mettant en évidence de nouveaux opérateurs et en promouvant des actions de formation. Ce programme est articulé avec les CCAS, les caisses de retraite et les CODERPA. Il est souhaité que MONALISA soit intégrée au schéma de prévention des ARS, ainsi que dans les schémas gérontologiques.

L'organisation de l'hébergement, se porte trop souvent de manière exclusive sur les EHPAD. Mais l'habitat intermédiaire mérite probablement d'être valorisé. Nous connaissons tous des septuagénaires et des octogénaires qui ne se trouvent pas en situation d'incapacité mais qui ne souhaitent plus rester chez eux car ils sont isolés.

L'habitat intermédiaire représente une solution qui mérite d'être reconsidérée. Nous disposons déjà de 116 000 logements dans 2 300 établissements, occupés par des personnes dont la moyenne d'âge est de 83 ans, en situation de validité, voire présentant un premier signe de fragilité.

Nous proposons un forfait autonomie pour permettre aux personnes qui se trouvent encore en situation d'autonomie et qui présentent quelques signes de fragilité de ne pas basculer dans la dépendance.

La DGCS et la CNAV ont publié en juillet 2013 des références et recommandations pour les logements foyers. Ce dossier est à suivre.

Enfin, de nouveaux modes organisationnels émergent. Je ne parlerai pas du premier, le parcours des personnes âgées à risque de perte d'autonomie, puisque Claude Jeandel va le traiter. En ce qui concerne l'intégration des services, j'ai cité précédemment la MAIA. Cet acronyme évolue pour devenir une méthode d'analyse de situations complexes conduite par des gestionnaires de cas.

Dans les années 1970, nous avons connu la juxtaposition des services. Dans les années 1980 - 1990 est apparue la coordination des services. Nous travaillons à présent à l'intégration des services : réunion des partenaires, outils communs, langage commun...

Enfin les Maisons de l'autonomie constituent un sujet sensible. Il s'agit de regrouper les Maisons départementales des personnes handicapées et le secteur des personnes âgées. Trois expérimentations ont eu lieu en France. 90 % des Conseils généraux disposent déjà d'un directeur de l'autonomie. Enfin, n'oublions pas que la CNSA a pour objet de s'intéresser aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Cette dynamique de regroupement est logique et est donc à suivre au niveau des évolutions.

Avant de conclure, je ferai quelques commentaires concernant les politiques publiques en gérontologie. Vous avez bien compris qu'il est nécessaire d'intégrer le vieillissement et les maladies chroniques dans les politiques publiques. Cette présentation va dans ce sens.

Le deuxième élément conclusif des politiques publiques est la nécessité d'une approche globale, et donc d'une stratégie interministérielle. Si la santé est déterminante, l'habitat, l'urbanisme, les transports et la vie sociale ne peuvent pas être séparés et morcelés. La loi Autonomie, par définition, impose un exercice d'interministérialité. Troisièmement, la prévention se doit d'être placée au cœur des politiques de l'avancée en âge, dans une approche que je qualifie d'« écologique », c'est-à-dire prenant en compte les déterminants socio-environnementaux, qui s'avèrent essentiels pour la qualité de vie et la prévention de la perte d'autonomie.

Dans ce panorama des politiques publiques, il convient de ne pas oublier la nécessité de promouvoir la formation des professionnels, de valoriser les métiers de la gérontologie, de doter le secteur personnes âgées en personnel adapté au plan d'aide. Je fais ici référence à l'APA à domicile et au travail conduit en EHPAD par les professionnels.

N'oublions pas de réfléchir au regard que nous portons sur le vieillissement. Il faut se méfier de l'emprise de la

fatalité. Posons-nous systématiquement la question de la réversibilité potentielle d'une situation d'incapacité que nous constatons.

Le dernier élément qui me semble fondamental dans les politiques publiques est l'évaluation systématique des actions qui ont été conduites pour aider la décision publique à corriger une action insatisfaisante ou au contraire généraliser une stratégie qui s'avère prometteuse.

En conclusion, il faut veiller à construire un dialogue constructif entre les trois acteurs essentiels: la personne, la société et les pouvoirs publics.

Je différencie la personne de la société car nous avons vu que la société peut parfois être exclusive, alors que nous souhaitons qu'elle soit inclusive. Quant à la personne, par définition, c'est un individu contributif au sein de cette société.

Le regard, les mentalités, la réduction des inégalités sociales en santé et la qualité de vie sont des éléments que nous avons à prendre en compte et qui doivent guider nos stratégies.

Agir sur les organisations et les pratiques professionnelles est un élément aussi présent au quotidien. Nous pouvons probablement parfois faire beaucoup mieux avec ce que nous avons, sous réserve de réfléchir à nos organisations et aux pratiques professionnelles mises en œuvre.

Poursuivre le développement de la prévention.

La sociologie des interventions vise à la simplification de nos organisations. Nous avons besoin de sociologues pour nos idées, lorsque nous voyons que des dispositifs de certains départements ont été empilés au fil du temps, avec des situations concurrentes, de non-complémentarité et de mauvaise utilisation de la ressource publique. Il est nécessaire de procéder à une simplification.

La géographie peut nous y aider, la France étant un pays diversifié. Il y existe un secteur rural important ainsi qu'un secteur urbain. La géographie des dispositifs en fonction des territoires mérite une réflexion spécifique.

Enfin, il ne faut pas oublier la promotion de la formation des professionnels, la valorisation des métiers de la gérontologie et la dotation de personnels suffisante dans les structures que nous animons.

Mon dernier mot sera un rappel de ce qui a traversé l'ensemble de ma présentation : ne pas dissocier gériatrie et gérontologie, ni dissocier le secteur sanitaire du secteur médico-social. Visons la globalité de la démarche. C'est grâce à cette globalité et à l'interministérialité qui en résultera que nous pourrons progresser dans les chantiers qui sont actuellement sur la table.

QUESTIONS

De la salle

Est-ce que la prise en charge, qui pourrait être de type CMU, pour les personnes âgées, notamment dépendantes, est envisagée ? Nous savons qu'à un moment donné, lorsque tout doit être pris en charge et eu égard aux honoraires libres pour les actes de santé bucco-dentaire, une partie de la population rencontre des difficultés.

Cette approche a-t-elle été étudiée par votre rapport ?

Dr Jean-Pierre AQUINO

Je plaide pour deux points qui me paraissent importants, à commencer par une prévention universelle de la perte d'autonomie.

Par ailleurs, pour moi, la prévention peut constituer un levier contributif à la réduction des inégalités sociales en santé, dont nous savons que le vieillissement ne fait que les accentuer.

Il y a là un enjeu stratégique qui me semble important. Nous préconisons des mesures pour contribuer à la réduction des inégalités sociales en santé.

Vous avez toutefois raison : l'aspect financier, qui sous-tend cela, mérite une réflexion.

Ceci étant, je suis très frappé. J'ai conduit auprès des minis-

tères sociaux une enquête nationale auprès de l'ensemble des ARS, contributive à ce rapport, pour connaître les actions novatrices de prévention de perte d'autonomie. Je note la richesse des initiatives et des financements qui se trouvent à la clé.

Nous sommes là dans une stratégie d'organisation. Eu égard à la liste des acteurs qui contribuent à la prévention et qui la financent, j'ai l'intime conviction que nous pouvons associer deux financements : le financement qui existe déjà et le financement prévu par la loi autonomie, pour mener un plan d'action cohérent, où le qualificatif universel pourrait peut-être trouver sa place.

Dr Régine VELAY

Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes de l'Hérault

Eu égard à ce que vous venez de dire, je m'inquiète beaucoup de la coordination entre les différents réseaux de prévention, qui me paraît très difficile à réaliser sur le terrain. Chacun souhaite conserver son budget. Il semble très difficile de parvenir à mener une action commune. Comment envisageriez-vous de régler cette question ?

Dr Jean-Pierre AQUINO

Nous payons actuellement le résultat de l'absence de stratégie clairement identifiée au cours des 20 ou 30 dernières années. Sur certains territoires se trouvent un ou plusieurs réseaux de santé, une coordination, une MAIA et une filière gériatrique.

Vous m'objecterez qu'il ne s'agit pas des mêmes missions. Toutefois, tous ces éléments s'entrecroisent. Vous disposez d'une MAIA et d'une plate-forme Eurepi avec des financements dédiés. Il est à attendre de cette notion d'intégration des services une clarification de ces différents dispositifs, afin de permettre une dynamique nouvelle et plus adaptée.

Le deuxième élément de réponse est lié au comportement des promoteurs, des pilotes ou des acteurs responsables de ces dispositifs qui sont parfois placés dans une situation de concurrence et qui cherchent à sauvegarder leur intégrité. Le plus bel exemple que l'on puisse citer est le travail qui est en cours au niveau des réseaux au plan national, où schématiquement il a été décidé de réduire la dotation des budgets des réseaux de 30 %. Nous plaçons donc pour une mutualisation des réseaux. C'est là que s'entrecroquent des appétences et des compétitions, qui s'avèrent par ailleurs légitimes lorsque 10 ou 15 années de sa vie ont été investies à promouvoir un réseau.

Tout ceci devrait, au nom de l'intégration, concept particulier, nous aider dans les années à venir.

Dr Philippe CHARRU

Chef du Service de Gériatrie, hôpital Louis Mourier, Colombes (92)

Je suis gériatre à l'hôpital Louis Mourier, qui a la chance de bénéficier d'un service d'odontologie universitaire. Dans ces plans de prévention, une réflexion est-elle menée sur l'accès aux soins bucco-dentaires pour à la fois les « fragiles » et les dépendants ?

Dr Jean-Pierre AQUINO

Dans le rapport qui a été remis en mars figure une action intitulée « Prévention bucco-dentaire ». Ce thème ne nous a donc pas échappé. Le PNNS renvoie toujours à l'état bucco-dentaire.

Sur le terrain, il reste beaucoup à faire. Entre les expériences du « bucco-bus », des malles en EHPAD et les propositions formulées par certains, nous constatons que de multiples initiatives sont menées. Il n'existe cependant pas de financement pérenne. Ce sont davantage des expérimentations ponctuelles que nous avons tenté d'identifier pour en faire un axe et une mesure adaptés.

De la salle

Vous avez parlé de prévention. Où l'identifiez-vous dans le domaine bucco-dentaire ? A quel âge, à quel moment et comment ?

Dr Jean-Pierre AQUINO

Certains préconisent de réaliser cette prévention bucco-dentaire avec des examens systématiques qui seraient proposés à une fréquence qui reste à définir.

Dans la thématique qui est la nôtre sur la prévention de la perte d'autonomie, toutes les études montrent bien que les EHPAD constituent la grande difficulté.

En effet, une fois qu'un patient entre en EHPAD, le directeur n'a pas envie de prendre pour cela un financement sur ses fonds propres. Il s'agit donc d'une réelle priorité. D'ailleurs, nombre de personnes qui sont admises en EHPAD n'ont jamais subi d'examen dentaire depuis au moins cinq ans.

Dans un département, il a été proposé de refuser les admissions en EHPAD sans examen bucco-dentaire préalable. Par ailleurs, un autre département a proposé de faire figurer un examen bucco-dentaire dans le cadre de la

convention tripartite, alors que le résident se trouve en EHPAD. Là encore, ceci pose un problème de financement. Il faudra bien toutefois trouver une solution car les situations de dénutrition, qui sont facilitées en EHPAD par un état bucco-dentaire inadapté, sont une réalité concrète à laquelle nous sommes confrontés.

Dr Bernard SARICASSAPIAN

Odontologiste des hôpitaux, hôpital de Guéret

La Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale avait proposé l'année dernière une consultation odontologique obligatoire pour tous les patients entrant en institution.

Une avancée a-t-elle été constatée sur ce sujet ?

Dr Jean-Pierre AQUINO

A ma connaissance, non. Ce point a été repris à titre expérimental dans un département, mais je ne crois pas que ceci soit systématique.

Vous m'objecterez que l'on peut parfaitement imaginer que, quand quelqu'un postule pour entrer en maison de retraite, le médecin coordonnateur qui procède à la visite de pré-admission incite le candidat à aller consulter avant son admission.

Toutefois, ce n'est pas la règle.

Dr Bernard SARICASSAPIAN

Pour quelle raison ?

Dr Jean-Pierre AQUINO

Le financement, probablement. En effet, si nous en faisons une obligation, ou du moins un prérequis avant toute admission, nous déverserions sur le secteur libéral des charges supplémentaires qui, semble-t-il, ne sont pas prévues actuellement.

Ceci semble toutefois constituer une solution parfaitement adaptée.

Dr Bernard SARRICASSAPIAN

Dans mon département, la Creuse, nous nous trouvons en situation de non-traitance, ce qui est catastrophique.

La proposition d'instituer un dépistage systématique obligatoire me semble vraiment très importante.

Dr Jean-Pierre AQUINO

Ce point figure dans notre rapport.

LE PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE (PAERPA)

Président du Conseil national professionnel des Gériatres français

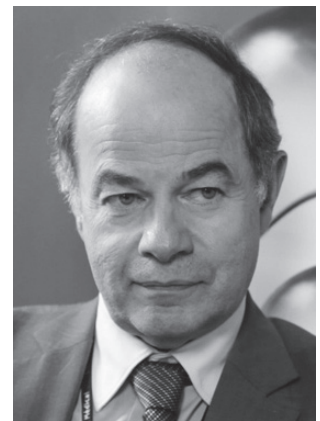
Nous avons affaire, finalement, à un paradigme, qui représente un challenge majeur : il s'agit d'une méthode et d'une stratégie pour faire face aux enjeux démographiques d'une part, sanitaires d'autre part, avec la transition épidémiologique des maladies, l'émergence des pathologies chroniques incapacitantes qui génèrent de la dépendance et du handicap. Clairement, notre système de santé n'y était pas préparé jusqu'à il y a quelques mois encore, à la différence de ceux de pays qui ont su anticiper cette nouvelle donne : la Scandinavie, le Canada, etc.

Les enjeux financiers constituent le cœur du problème. Je me référerai aux données du rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie, le HCAAM.

Les enjeux éthiques sont également à prendre en considération : qualité de vie, libre choix, juste soin, non-traitance etc.

Les idées fortes de l'HCAAM sont les suivantes :

- une inefficience du recours aux établissements de santé, avec un problème majeur dans les interfaces : transitions villes-établissements, villes-établissements de santé, établissements de santé-EHPAD, EHPAD-établissements de santé, etc. Ceci dans tous les sens ;



- une inefficience de la coordination des soins : la difficulté de faire communier des modes d'exercice différents, basés pour les uns sur un travail collectif, pour les autres sur un travail libéral, et les cloisonnements entre le sanitaire, le médico-social et le social ;
- l'accélération brutale des dépenses unitaires de santé entre 75 et 85 ans. Nous émettons l'hypothèse qu'il existe une part évitable de sur-dépense, estimée à plus de 2 milliards d'euros. Il n'est pas question d'amputer cette sur-dépense, mais de l'utiliser autrement, et de réorienter une partie de cette sur-dépense inadaptée, inadéquate et inefficace, vers des dépenses qui seraient beaucoup plus adéquates, en particulier vers les besoins médico-sociaux, la prévention et les interfaces (là où les dysfonctionnements sont les plus prégnants). Par ailleurs, la rémunération des coûts de coordination doit être plus explicite, en liant davantage le paiement des actes aux modalités dans lesquelles ils sont effectués, puisque c'est là que se situe la marge d'amélioration.

Certains axes de progrès sont pointés du doigt :

- la production et l'utilisation de données cliniques, sociales et financières en transversalité, en impliquant les professionnels de santé dans leur recueil, et en veillant à leur communication et leur utilisation partagée entre tous les professionnels. Une multitude d'informations ne sont pas capitalisées à bon escient pour apporter un éclairage visant l'efficience;
- l'élaboration et la diffusion de référentiels de pratiques pluridisciplinaires, en essayant de décloisonner nos catégories professionnelles, dans une démarche beaucoup plus fondée sur des objectifs centrés sur la personne intégrant, au titre du maintien de l'autonomie, les dimensions de prise en charge sociale et les attentes de la personne et de son entourage.
- Une mobilisation locale « au plus près du terrain », en veillant à retenir des territoires pertinents appuyés sur les bassins de vie, y compris lorsqu'ils sont de taille modeste, et conforter à cette fin le rôle et la capacité de coordination et d'animation des ARS;
- Une évolution des modes de rémunération de façon à ce qu'ils favorisent une pratique de soins coordonnés, et à tout le moins n'y fassent jamais obstacle ; des modes de tarification qui reposent moins sur l'opérateur et plus sur la mesure du besoin d'aides et de soins de la personne. Les modes de rémunération sont clairement un des obstacles à l'heure actuelle lorsque nous affirmons que nous allons amener des professionnels, dont certains exercent en milieu collectif et d'autres en milieu libéral, à travailler ensemble.

Si nous essayons d'aborder les faiblesses des dispositifs actuels, celles-ci sont plurielles :

- une diversité des pratiques, liée à la formation initiale cloisonnée ;
- une offre territoriale disparate et mal connue de l'ensemble des acteurs, des patients, des usagers et de leurs entourages.
- Une structuration des acteurs en silo
- une étanchéité des accompagnements en institution et à domicile
- une mauvaise articulation entre les prestations de soins et hors soins
- une cohabitation difficile de plusieurs exercices (avec un problème de culture commune entre les acteurs)
- une étanchéité des savoir-faire sur l'approche somatique, sociale, environnementale et psychique ; Si nous considérons que la bonne réponse est une approche holistique, elle implique que l'ensemble des acteurs concernés aborde l'ensemble des dimensions, non exclusivement sanitaires, mais également sociales, psychologiques et environnementales;
- un déficit de partage d'informations et un manque de système d'information organisé;
- Une fragmentation des parcours : Lorsque l'on suit le parcours d'une personne dans ce dédale de l'offre, l'offre est non pas surabondante, mais souvent redondante ;
- Une fragmentation de l'offre
- une organisation sous-optimale des soins avec des difficultés de coordination des prises en charge, des durées de séjour hospitalier qui n'ont pas toujours une justification médicale et des difficultés à trouver la bonne orientation ;
- des profils de soins caractérisés par un recours non-efficace à l'hospitalisation ;
- la fragmentation des tarifs. Ceci constitue la principale faiblesse et c'est le nerf de la guerre.

A l'heure actuelle, si un patient est atteint d'une maladie chronique a fortiori incapacitante, par exemple de la maladie d'Alzheimer qui est l'archétype de ces pathologies, au moment du diagnostic, début de la maladie, il consulte son médecin traitant, ce qui relève de l'enveloppe de ville, lequel considère qu'il est pertinent de l'orienter vers une consultation mémoire à l'hôpital qui relève des MIG (missions d'intérêt général). Si le médecin qu'il consulte à l'hôpital considère qu'il relève tout de même d'une hospitalisation de jour, bilan oblige, il l'oriente alors vers l'hospitalisation de jour, où est pratiquée la tarification à l'activité. Un peu plus tard, dans son parcours, il présente une pathologie intercurrente, qui l'amène à l'hôpital pour séjour. Il relève alors encore de la T2A. Chemin faisant, à la sortie de l'hôpital,

il a perdu quelques fonctions : il est notamment dénutri et il a perdu un peu de muscles. On considère alors qu'il faut l'orienter en soins de suite réadaptation. Il relève de la dotation annuelle de financement. Quelques années plus tard, il lui faudra peut-être entrer en établissement d'hébergement de type EHPAD. Dans ce cas, il relèvera de la tarification ternaire.

Le même usager consommateur de soins s'est finalement trouvé, dans son parcours, dans différents registres. Pour la même personne et la même pathologie, on est allé chercher dans des enveloppes cloisonnées. Tant que nous n'aurons pas résolu le problème des fragmentations de tarifs, je pense que nous rencontrerons des difficultés. Cette réflexion n'est pas simple à résoudre, étant donné qu'il s'agit d'une révision complète du mode de financement. Elle est toutefois en cours d'instruction actuellement.

Tout ceci a conduit nos politiques publiques et nos ministères à mettre en place, en avril 2012, un Comité national sur la réflexion à initier pour tenter de revoir le parcours de santé. Une mission porte le terme PAERPA, qui signifie « personnes âgées en risque de perte d'autonomie », avec un rapport qui est actuellement à disposition sur internet.

Le principe est de basculer d'une approche classique, centrée sur les ressources professionnelles et les pathologies vers une approche dite « parcours » centrée sur les besoins de la personne, sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Cela constitue un changement de paradigme, qui va prendre du temps, car il faut que les acteurs se l'approprient.

L'objectif est de faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins, au bon moment, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, et ceci non pas à un moindre coût (il ne s'agit pas de réduire les coûts), mais en optimisant les coûts.

La première question que nous nous sommes posée est la suivante : de qui parlons-nous ? Nous parlons évidemment des personnes âgées. Nous avons simplement considéré qu'il fallait différencier différentes typologies selon les profils, car les réponses ne sont pas les mêmes.

Si l'on est en bonne santé l'approche vise à rester en bonne santé ; c'est la prévention primaire.

Si l'on se trouve au niveau 2 des personnes dites « fragiles », il faut déjà les identifier, car c'est bien de parler des sujets âgés fragiles, mais ils ne sont pas identifiés à l'heure actuelle. Après le repérage, il faut prodiguer les bons conseils (l'éducation thérapeutique notamment) pour éviter que les sujets ne passent au niveau 3, voire pour qu'ils reviennent au bas de la pyramide.

Le niveau 3 représente les personnes âgées qui présen-

tent déjà des pathologies chroniques incapacitantes. Ils les cumulent souvent. La réponse à apporter n'est alors pas la même.

Enfin, le dernier niveau est complexe : en effet, à la dimension sanitaire se surajoute une dimension sociale, environnementale, voire nous sommes plutôt dans une réponse « gestion de cas ».

Nous essayons de repérer les sujets dits « fragiles » par des marqueurs simples. Lorsque nous utilisons les marqueurs, il apparaît que 10 % environ des plus de 70 ans sont concernés par le phénotype de fragilité. Le chiffre est supérieur si nous prenons les « pré-fragiles ».

Quel est l'intérêt d'identifier les « fragiles » ? Il s'agit d'éviter le passage vers la perte d'autonomie. Les personnes « fragiles » sont les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Il faut faire en sorte, si possible, de les réorienter vers le phénotype « robuste », puisqu'il existe une réversibilité potentielle.

Il y a au moins quatre raisons d'identifier les personnes dites « fragiles » :

- la fréquence ;
- le fait que la fragilité soit asymptomatique. C'est une situation aspécifique qui n'amène pas les personnes à consulter leur médecin ;
- le caractère prédictif indépendant de la fragilité pour la perte d'autonomie, les troubles de la marche, les chutes, l'hospitalisation et les décès ;
- la réversibilité potentielle de cette situation.

C'est une perte de chance à laquelle nous sommes confrontés dès lors que nous ne repérons pas les sujets « fragiles ». Nous suivons donc une démarche de « santé publique ». Nous examinons la prévalence de la situation et les bénéfices qu'elle pourrait apporter.

Dans la réflexion que nous avons menée au sein du comité de pilotage, et qui fait actuellement l'objet d'expérimentations dans différentes ARS, nous avons mis en place trois dispositifs.

Un premier dispositif vise la proximité : il s'agit d'une approche territoriale (300 00 habitants). Comment organiser l'offre de soins ? Il faut d'abord se rendre au plus près de la personne.

Dans la situation actuelle nous avons affaire à des personnes âgées poly-pathologiques, qui consultent leur médecin traitant. En général, la consultation n'est pas planifiée, le médecin traitant suit sa patientèle avec deux modes d'entrée classiques dans le système de soins : soit le suivi de pathologies déjà connues et identifiées ou le renouvellement d'ordonnance, soit une consultation

justifiée par l'apparition d'une nouvelle problématique. Toutefois, dans aucune de ces deux situations, nous ne sommes enclins, en tant que médecin, à aller chercher ce dont le patient ne parle pas. Nous passons ainsi à côté, parce que rares sont les patients qui viennent consulter pour cela, des troubles auditifs, des problèmes vésico-sphinctériens, des problèmes bucco-dentaires, des états de dénutrition, ainsi que des problèmes d'instabilité posturale.

Nous attendons la catastrophe, nous attendons la chute, car dans ce cas l'hospitalisation a lieu directement. Nous attendons les conséquences de la dénutrition à un stade beaucoup plus avancé, la sarcopénie. Nous parvenons alors à une situation catastrophique. C'est ce que nous voyons dans nos établissements de gériatrie.

Evidemment, cette situation n'est pas très satisfaisante. Entre-temps, d'autres acteurs sont intervenus, notamment le pharmacien, qui prescrit des médicaments. Toutefois, les acteurs ne sont pas coordonnés.

Quatre facteurs principaux d'hospitalisation pourraient ainsi être évités : la chute, la dénutrition, l'iatrogénie et la dépression. Nous avons donc identifié ces quatre facteurs comme étant « évitables », dès lors que nous les aurions identifiés en amont et que nous aurions mis en place des mesures adaptées. Tout ceci aboutit à des hospitalisations, dans des conditions imprévisibles. La chute et l'iatrogénie sont des situations de crise : nous n'avions pas prévu la veille que la personne tomberait ou qu'elle présenterait un accident médicamenteux le lendemain. A ce stade, la seule réponse que nous pouvons apporter est donc l'hospitalisation.

Nous souhaitons donc évoluer vers un modèle qui vise à mettre en place une coordination clinique de proximité (CCP). Le médecin traitant serait le pilote de cette coordination, mais les autres acteurs seraient également impliqués.

J'insiste sur le fait que nous pouvons améliorer la démarche dès lors que nous utilisons les mêmes outils. Il faut donc promouvoir des outils communs. Il en est un qui fait l'actualité : le PPS (plan personnalisé de santé). Le PPS devrait suivre le parcours d'une personne dès lors qu'il est instruit et initié par les acteurs.

Que signifie ce premier dispositif ?

- une formalisation au plus près de la personne, rassemblant autour du médecin traitant l'infirmière, le pharmacien, un chirurgien-dentiste, etc. ;
- un travail en équipe à formaliser pour élaborer le suivi actualisé du PPS ;
- un travail en articulation étroite avec des aides à domicile et d'autres acteurs.

Trois ingrédients semblent indispensables :

- Des outils communs ;
- Des systèmes d'information partagés
 - o Une messagerie sécurisée accessible par smartphone (utile pour s'adresser entre acteurs les VMS et les CRH et pour les VAD des IDE)
 - o Un annuaire, et à terme un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) sociales, médico-sociales et sanitaires du territoire (« qui fait quoi ») ;
 - o À moyen terme, le DMP ;
- Une formation pluri-professionnelle décloisonnée et partagée pour :
 - o Maîtriser le modèle organisationnel du projet pilote, et notamment la place de la coordination territoriale d'appui ;
 - o Structurer les synthèses médicales sur la personne âgée (VMS, CRH, DLU...) dans une logique de parcours et de passage de témoin, ainsi que d'alerte ;
 - o Utiliser les systèmes d'information mis à disposition ;
 - o Élaborer à plusieurs un PPS sous la responsabilité du MT avec la définition d'indicateurs de suivi partagés.
 - Avec un fil rouge autour de l'amélioration des pratiques professionnelles autour des principaux facteurs de risque d'hospitalisation « évitables », en mettant l'accent la première année sur le médicament.
 - PPS: contenu validé par la HAS.

Il est important que nous nous appuyions sur le DPC, ou plutôt le DPPC (développement pluri-professionnel continu). Les spécialités telles que la nôtre, qui sont transversales, sont attendues pour montrer l'exemple du décloisonnement de la formation.

Le deuxième dispositif est une coordination dite « territoriale d'appui ». Nous avons évoqué précédemment la coordination de proximité. Nous ne pouvons pas traiter tous les cas complexes dans la proximité.

Dès lors que les situations que rencontre un patient se complexifient (c'est-à-dire qu'à la pathologie chronique qui a évolué s'ajoutent des problématiques médico-sociales, par exemple une mise sous protection juridique ou des problématiques financières), nous pouvons avoir recours à une coordination territoriale d'appui.

Actuellement, c'est ce que font certains réseaux et les MAIA, lorsqu'elles existent. Nous avons défini les fonctions de ce dispositif comme visant à instruire le plan personnel de santé dans ses dimensions sociales et médico-sociales.

Cette coordination d'appui s'inscrit, comme les MAIA, dans une approche d'intégration de l'offre et des services, pour mieux répondre aux demandes des professionnels, des aides à domicile, de l'hôpital, des

malades et des aidants.

Le troisième dispositif concerne l'hôpital, ou plus largement les établissements de santé. Il répond au problème des interfaces. Si nous sommes très bons dans les maillons, nous sommes très mauvais dans les interfaces des maillons. Nous pouvons être très efficaces en ville ou à l'hôpital, mais le gain rendu par la ville ou par l'hôpital est annihilé par l'entrée ou la sortie d'hôpital.

Nous ne sommes pas performants en ce qui concerne les accès à l'hôpital. Il existe des situations évitables. Nous passons donc par les urgences. Je parle notamment des situations non programmées. A l'hôpital, nous avons des progrès à accomplir pour éviter la perte d'autonomie nosocomiale. La sortie de l'hôpital constitue enfin un autre vrai sujet, car nous n'anticipons pas suffisamment ces sorties.

Il faut différencier deux situations :

- Les patients dits « non gériatriques », qui ont plus de 75 ans, qui sont de plus en plus nombreux à être hospitalisés. Ils ne sont pas « gériatriques » au sens où ils ne relèvent pas de la gériatrie. Ce sont des patients qui n'ont pas en général de pathologie chronique invalidante, mais qui sont hospitalisés pour une pathologie de l'organe dominante, facilement identifiable. Ceux-ci doivent aller dans la pathologie dite « d'organe ». Néanmoins, le fait d'être hospitalisé fragilise ces patients. Pendant leur séjour, ils doivent donc quand même bénéficier d'un regard gériatrique.
- Les patients poly-pathologiques à haut niveau de dépendance, qui cumulent souvent les handicaps somatiques, sensoriels, psycho-cognitifs et locomoteurs et se présentent comme syndromiques. Ceux-ci doivent aller dans l'élément gériatrique.

Sur une année, que se passe-t-il à l'hôpital ? On dénombre environ 17 millions de séjours hospitaliers : 14 millions sont programmés et 3 millions arrivent par les urgences ; Ces 3 millions sont la différence entre les 17 millions venus aux urgences et les 14 millions de retours à domicile, en supposant que ces retours sont justifiés, et non par défaut de capacité d'accueil.

Qui sont ces 3 millions de personnes, qui posent de réels problèmes à l'hôpital ? Ce sont les personnes les plus jeunes et les très âgées. C'est l'afflux aux urgences des personnes âgées non programmées qui crée les dysfonctionnements des établissements de santé à l'heure actuelle.

Le recours à l'hôpital concerne de plus en plus de personnes âgées en fonction de l'augmentation de l'âge. La durée moyenne de séjour augmente en fonction de

l'âge. Il apparaît que ce sont ceux qui présentent une des six catégories principales suivantes de diagnostic (des pathologies qui génèrent la dépendance hospitalière) qui prédominent dans l'augmentation de la durée de séjour :

- affections du système nerveux en médecine (CMD01 MZ),
- affections de l'appareil respiratoire en médecine (CMD04 MZ),
- affections de l'appareil circulatoire en médecine (CMD05 MZ),
- affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif, traités en médecine (CMD08C)
- et en chirurgie (CMD08 MZ)
- maladies et troubles mentaux en médecine (CMD19 MZ)

Du fait que cet élément intercurrent survient sur un fond de maladie chronique, les pathologies chroniques dont ces patients sont porteurs s'aggravent. Cette aggravation se traduit par une perte fonctionnelle pendant le séjour hospitalier, et ce d'autant plus que souvent on ne tient pas compte de leur état nutritionnel, et donc bucco-dentaire. De fait, on crée de la dépendance nosocomiale.

Des travaux anglo-saxons ont montré que dès lors que l'on est hospitalisé, plus la durée d'hospitalisation se prolonge, plus on se dénutrit, et plus on perd de la masse musculaire. Par conséquent, même si l'on sort de l'hôpital guéri de l'affection pour laquelle on a été hospitalisé, on risque d'en sortir en moins bonne santé sur le plan fonctionnel.

Lorsque l'on compare les durées de séjour hospitalier en fonction de l'appartenance à une de ces catégories de diagnostic, on remarque que pour les plus de 75 ans, l'âge ne constitue pas la seule explication. En effet, des personnes de plus de 75 ans ont une durée de séjour identique à celle de l'adulte. Ce n'est pas tant l'âge que la présence de ces pathologies chroniques qui a une influence.

Les réponses que nous avons apportées à ces maux sont les suivantes. Tout d'abord, en 2007, nous avons produit un rapport qui invitait à réviser les organisations. Dans ce rapport, le concept de filière gériatrique a été renforcé. Nous y avons également déjà attiré l'attention sur la nécessité de prendre en compte le vieillissement dans l'ensemble des services de l'hôpital, et pas uniquement en gériatrie. En effet c'est dans les services autres que la gériatrie que les marges d'amélioration de la prise en charge et de la durée de séjour, au regard du nombre

de personnes de plus de 75 ans, sont importantes. L'objectif des réorganisations consiste à la fois à prévenir les situations évitables, à mieux anticiper les urgences et à améliorer l'accessibilité.

Quelles mesures pouvons-nous promouvoir ? Il faut tout d'abord faire en sorte que les établissements de santé s'emparent de l'enjeu du vieillissement des populations hospitalisées en en faisant une priorité d'établissement. La réorganisation de l'établissement au regard de cette population, et notamment la mise en place d'instances pour une commission de coordination gériatrique, fait partie des mesures structurantes. Il faut ensuite faire en sorte que dans l'ensemble des services hospitaliers, quelle que soit la spécialité, des référents gérontologiques soient mis en place, afin de pouvoir s'appuyer sur ces derniers pour mettre en place des process.

Le fait d'articuler la ville et l'hôpital implique de partager l'information et les outils, dont le PPS. Il faut par ailleurs repérer très rapidement les personnes âgées dont on sait qu'elles présentent un risque majoré, soit de perte de la fonction pendant le séjour, soit de problème à la sortie. L'algorithme qui vise à repérer ces personnes doit impliquer l'ensemble des acteurs (aides-soignants, infirmiers, médecins, etc.).

Si l'on compare la manière dont les établissements de santé et les EHPAD ont pris la mesure des enjeux, les EHPAD présentent finalement de l'avance sur de nombreux éléments. Des progrès restent toutefois à accomplir en EHPAD, notamment en ce qui concerne le repérage des problèmes bucco-dentaires à l'entrée.

QUESTIONS

De la salle

Où voyez-vous le bucco-dentaire dans le PPS ? Par qui et avec quel argent ?

Je l'ai vu brièvement il y a quelques semaines, il me semble y avoir des éléments à y apporter et je m'interroge, pour ce qui est de notre profession.

Pr Claude JEANDEL

Votre question commence bien, et termine plus mal, lorsque vous parlez de moyens.

Il faut arrêter de se crispier sur la question des moyens, car nous ne ferons plus rien.

Je pense que l'instruction du PPS doit impliquer l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins. Encore faut-il que ces acteurs se trouvent à un moment donné en contact avec la personne, le propositus. Si le propositus n'est pas amené à rencontrer le chirurgien-dentiste, cela devient difficile. C'est de notre ressort d'y répondre. Notre démarche est encore embryonnaire, la HAS n'a mis le PPS en ligne que depuis quelques semaines. Nous sommes au début du process. La HAS se contente de proposer un modèle. C'est ensuite aux acteurs de se l'approprier.

C'est le bon moment d'en parler. Je trouve d'ailleurs que la réunion de ce jour est la bienvenue, puisque c'est peut-être la bonne façon d'entrevoir la manière dont nous pouvons

travailler en commun pour mettre à la bonne place votre compétence et votre expertise.

Evidemment, tout le monde ne va pas se précipiter pour remplir le PPS. Il faudra du temps. Quoiqu'il en soit, nous ne faisons ce matin que vous présenter des concepts, qui mettront au moins une dizaine d'années pour être appliqués. Il y a des freins.

Si vous êtes nombreux aujourd'hui, vous n'êtes pas pour autant représentatifs de votre profession, de même que nous ne sommes pas non plus nous-mêmes représentatifs du corps médical. Nous sommes des « intrus », atypiques, car nous nous intéressons à ce sujet. Malheureusement, je ne suis pas certain que tous les professionnels de santé s'y intéressent.

Toutefois, si la réponse à cette question prendra au moins 10 ans, vous avez une place importante à prendre pendant l'instruction du PPS.

Dr Dominique BRACHET

Président de l'URPS CD Pays de la Loire

C'est dans les Pays de la Loire qu'a été lancée l'action de dépistage systématique avant l'entrée en EHPAD dont il a été question tout à l'heure.

Je souhaiterais vous raconter une anecdote qui me concerne personnellement. Mon cabinet se situait à environ 50 mètres de l'entrée de la maison de retraite de l'EHPAD dans mon village. De nombreux patients m'étaient donc amenés par les infirmières qui traversaient la rue ; ce n'était pas très compliqué.

Il se trouve que, depuis le début du mois, j'ai déménagé. Je suis entré dans une maison de santé qui se situe à 250-300 mètres. En réaction, le directeur de l'EHPAD a signifié qu'il n'avait plus de personnel pour accompagner les patients, et que ce serait dorénavant aux familles de s'occuper des soins bucco-dentaires des résidents.

Je crois que nous pouvons parler de ce sujet entre nous, professionnels de santé, mais il faut aussi absolument associer le médico-social à la réflexion sur celui-ci. En effet, si les directeurs d'établissements ne priorisent pas le bucco-dentaire dans leur activité, ils ne mettront pas les moyens, et nous aurons beaucoup de difficultés à assurer un suivi.

Il se pose donc un problème de priorisation. Une des solutions que nous avons évoquées à l'ARS Pays de la Loire consiste à inclure le bucco-dentaire dans les objectifs à atteindre dans les plans tripartites qui sont signés entre les Conseils généraux, l'ARS et les EHPAD.

Evidemment, nous risquons de retrouver ce problème pour d'autres sujets que le bucco-dentaire. Comment donc parvenir à faire en sorte que les responsables économiques des établissements prennent en compte suffisamment les problèmes dont la santé bucco-dentaire ?

Pr Claude JEANDEL

Vous avez parfaitement raison. Les sujets sont nombreux, et ne se limitent pas au domaine bucco-dentaire. Il faut comprendre l'autre. Je ne pense pas qu'il faille nécessairement voir l'attitude d'un directeur d'EHPAD comme étant une attitude de rejet. Toutefois, chacun a ses contraintes. Nous connaissons les directeurs d'EHPAD. Ils avancent souvent des arguments qui donnent du sens à leurs décisions. Ils ne font pas nécessairement ce qu'ils veulent. Qui plus est, on ne nous dit pas tout.

Par conséquent, la seule façon d'en sortir est de faire en sorte d'appliquer des référentiels de certification, sans que ceci soit vécu comme une contrainte supplémentaire. Je pense que c'est par le biais des marqueurs de certification que nous pouvons progressivement y parvenir.

L'ANAES et l'HAS en sont parfaitement convaincus. Je vais prendre un autre exemple que celui que vous donnez, qui me paraît plus choquant encore. Est-il normal, lorsque l'on accède à un établissement de santé à 70 ans ou plus, de ne pas évaluer l'autonomie de la personne et de ne pas s'enquérir de son autonomie antérieure, dans les actes de la vie quotidienne (capacité à s'habiller seul, etc.) ?

On apporte un plateau-repas aux personnes sans savoir si elles sont capables de s'alimenter seules. N'y a-t-il pas là un non-sens ? Nous pouvons multiplier les exemples. Si nous voulons faire bouger les lignes, il faut passer par des obligations telles que la certification, à condition que la ressource soit placée en regard, y compris en termes de compétences. Le maillage territorial doit être tel qu'il permette de solliciter vos compétences partout.

Hier soir, en aparté, nous évoquions le problème que représente le retour sur investissement. Finalement, s'il existe un retour sur investissement de la prévention, c'est sur une échelle de temps de 10 ou 15 ans. Or nous sommes sur une gestion de court terme.

Un directeur d'établissement doit rendre un bilan tous les ans. S'il est convaincu de l'intérêt d'une démarche, il n'en verra toutefois le résultat que 10 ans plus tard. C'est en effet seulement 10 ans plus tard qu'un éventuel ralentissement de la perte d'autonomie pourra être démontré.

D'ailleurs, entre nous, ce n'est pas intéressant pour un directeur d'établissement ; je m'explique. La tarification d'un EHPAD va à l'encontre même de l'objectif de prévention. Un directeur n'a pas intérêt à faire de la prévention en EHPAD, car son GMP (GIR moyen pondéré) sera réduit, tout comme son enveloppe d'APA.

Le modèle est donc un modèle « à l'envers » ; rien n'incite à faire de la prévention en EHPAD.

Dr Régine VELAY

Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes de l'Hérault

Vous avez évoqué, dans les faiblesses, le fait que la cohabitation était difficile entre les différents modes d'exercice.

Ceci touche particulièrement notre profession, puisque nous sommes 92 % de chirurgiens-dentistes libéraux en France. Le problème qui se pose est d'autant plus difficile à aborder que nous ne nous comprenons pas avec les Agences régionales de santé. Cette situation est liée au fait qu'il n'existe pas de culture commune entre les personnes qui sont réunies dans les débats.

Au niveau de l'ARS du Languedoc-Roussillon, nous venons de renouveler les conventions tripartites, et nous nous rencontrons régulièrement pour discuter de tout cela. Nous nous trouvons confrontés au problème qu'a évoqué Marc AIME tout à l'heure : les chirurgiens-dentistes ne sont pas tous de mauvaise volonté, contrairement à ce qui est parfois laissé croire au grand public, mais ils revendiquent simplement que leurs actes et leurs déplacements soient pris en compte.

Actuellement, dans tous les cadres expérimentaux sur des bassins de vie prédéterminés dont vous avez parlé les uns et les autres, il est demandé aux chirurgiens-dentistes d'intervenir à titre de bénévoles, c'est-à-dire sortir de leur cabinet dentaire, se couper de leur patientèle, se déplacer, arriver avec une valise, ou, si un fauteuil est installé sur place, pratiquer les soins sur place, tout ceci au titre du bénévolat ou de la simple consultation.

Or, le praticien a mis un engagement bien plus important en termes de finances. Cela vous désole peut-être que nous parlions de finances, j'en ai conscience. Nous ne traitons certes pas de ce thème. Toutefois, si nous n'en parlons pas, il ne se passera rien. Vous avez souligné que 10 ans étaient nécessaires pour que la situation évolue. Si nous ne mettons pas sur la table le problème des finances, cela ne mettra pas 10 ans, mais bien davantage.

Il va bien falloir traiter avec les libéraux. Peut-être y a-t-il de la mauvaise volonté de part et d'autre. Toutefois, fort heureusement, on trouve également des personnes de très bonne volonté de part et d'autre. Il faut cibler les personnes qui sont prêtes à travailler en coordination.

Vous avez affirmé que nous étions des intrus ici. Il est vrai que nous sommes des intrus. Quelle en est la raison ? On nous demande notre seule bonne volonté, pour mener une action qui relève de la santé publique à l'échelle de notre pays au XXI^{ème} siècle. On n'est même pas capables de mener une prévention de base dans les écoles maternelles, et on récupère nos vieillards des EHPAD dans un état catastrophique. Or nous sommes là, à simplement débattre. Etant donné notre âge à tous, cette problématique nous concernera directement très prochainement. Il serait temps que nous nous réveillions, ne serait-ce que par égoïsme.

Pr Claude JEANDEL

D'abord, nous sommes peut-être des intrus, mais c'est nous qui avons sûrement raison : je l'affirme haut et fort. En effet, nous nous appuyons sur des données de santé publique. Tous les clignotants sont au rouge. Je ne vais pas revenir sur les imperfections de nos dispositifs.

Effectivement, l'aspect financier, avec la fragmentation des enveloppes, représente un des éléments de blocage. Rien n'incite là à la prévention.

Je vous donne toutefois une lueur d'espoir : plongez-vous dans la lecture de l'article 48 du PLFSS 2012, qui permet aux expérimentations PAERPA dans les régions pilote des accostes dérogatoires des tarifs. Cette mesure s'applique aux médecins libéraux ainsi qu'aux autres professions libérales, tels que les kinésithérapeutes. Je pense donc que vous êtes concernés ; je ne vois pas pour quelle raison vous ne le seriez pas.

Ensuite, c'est au niveau de votre URPS de vous manifester et de vous rapprocher peut-être des autres URPS. Essayez de travailler entre URPS, notamment avec des pharmaciens. Nous avons besoin de tous les acteurs pour repérer les sujets fragiles et intervenir. Pour l'intervention, ce n'est pas le médecin qui peut remplacer le chirurgien-dentiste, ni l'inverse. C'est à nous de « forcer le modèle ».

LA SANTE ORALE DES PERSONNES ÂGÉES



QUELS ENJEUX DE LA SANTÉ ORALE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ?

Pr Véronique DUPUIS

Chef du Pôle d'Odontologie et de Santé buccale, CHU de Bordeaux

Le nombre de personnes âgées augmente, et celles-ci vieillissent de plus en plus. Les patients sont de plus en plus âgés, et donc de plus en

plus édentés. En effet, si les progrès de la prévention diminuent le nombre d'édentés chez les moins de 40 ans, après 60 ans nous avons 50 % d'individus édentés d'au moins un maxillaire et plus de 60 % après 70 ans. C'est donc un fait que la durée de vie des dents, pour l'instant, ne suit pas l'allongement de la durée de vie.

Etre largement édenté revient à être gravement handicapé. Nous déterminons des corrélations fortes entre santé orale et physiologie, pathologies générales, santé psychologique, vie sociale et contexte environnemental. Nous allons examiner ces facteurs les uns après les autres.

Les altérations physiologiques entraînent des déficits sévères au niveau de la mastication, de la déglutition, ainsi qu'aux niveaux digestif, phonétique et respiratoire.

En 2005, en Aquitaine, 20 % des personnes en institution présentaient un état de dénutrition, et 40 % avaient été identifiées à risque de malnutrition. Une des causes était l'état de santé bucco-dentaire. 90 % des personnes avaient des besoins en soins bucco-dentaires.

Il existe une nette corrélation entre la baisse de l'efficacité masticatoire et le choix alimentaire. Il faut garder à l'esprit que tout aliment placé dans la cavité buccale doit pouvoir être mastiqué, non seulement pour être insalivé, mais aussi pour fractionner ce que l'on mange en petites particules. Ainsi, l'estomac peut achever le travail, et le travail de digestion peut commencer.

Prenons l'exemple du petit pois. Si nous mangeons une assiette de petits pois sans mastiquer - c'est-à-dire qu'elle est avalée- la coque du petit pois ne permet pas, une fois qu'il se trouve dans l'estomac, sa dégradation

pour pouvoir être assimilé. Cela signifie que l'assiette de petits pois avalée, qui n'a pas été broyée par les dents, ressortira intacte.

L'état de santé bucco-dentaire est très important pour pouvoir mastiquer, broyer les aliments et aider à la digestion.

Il existe une forte corrélation entre l'absence de calage postérieur de la mandibule par les dents et les troubles de la déglutition, avec le risque de fausses routes. Vous pouvez faire un exercice qui va vous permettre de mettre le doigt sur un élément essentiel. Vous allez, dans un premier temps, avaler votre salive de façon simple : lorsque vous avalez, vous devez serrer les dents, chassez la salive avec votre langue au niveau des voies digestives supérieures. Maintenant, faites le même exercice en ne serrant pas les dents, c'est-à-dire en laissant un espace entre les dents du haut et du bas. Vous voyez que c'est beaucoup plus difficile.

Cette expérience signifie, donc, que lorsqu'un patient âgé, grabataire ou dépendant, n'a plus de dents postérieures il ne peut plus avoir ce réflexe ; il ne parvient plus à avaler. C'est ainsi que certains patients mastiquent sans fin des aliments, qui sont finalement rejetés dans l'assiette, ou s'ils ne sont pas recrachés s'échappent au niveau des commissures labiales.

Les facteurs favorisant les troubles de la déglutition sont la déshydratation et la dénutrition évidemment, mais aussi les médicaments (diminution du niveau de conscience, altération de la sensibilité bucco-pharyngée), la mauvaise hygiène buccale, l'absence de calage postérieur (édentations, prothèses inadaptées et baisse d'efficacité musculaire) et les candidoses oropharyngées.

Pour la fonction digestive, j'ai évoqué une corrélation entre la baisse de l'efficacité masticatoire et l'absorption alimentaire. Lorsque l'on avale des aliments sans les avoir mastiqués, l'estomac est obligé de travailler

beaucoup plus pour réduire les particules afin que celles-ci puissent passer dans l'intestin. Ceci rend les estomacs « dyspeptiques ». Dès lors que le patient a « bouloché » (c'est-à-dire qu'il a avalé tout rond), l'estomac a tellement de travail à faire que le patient s'en trouve fatigué. Son estomac gonfle, lui fait mal et il réduit alors progressivement ses quantités d'aliments pour essayer de ne pas avoir mal à l'estomac quand il a fini de manger.

Dans la réalisation de la fonction phonétique les dents servent d'appui à la langue. Leur absence entraîne des difficultés d'élocution. Toutefois, le patient parvient toujours à surmonter ces difficultés. Au bout d'un certain temps, il se met à parler normalement sans prothèse. Lorsqu'on lui remet des prothèses, il faut alors qu'il se réhabitue et qu'il réapprenne à parler.

En l'absence de dents, on constate également un plus grand nombre d'encombrements bronchiques. L'état d'hygiène de la bouche a également un impact sur la présence de bactéries pathogènes dans l'appareil respiratoire.

Il existe un lien très fort entre la santé orale et les pathologies générales : le diabète, l'immunodépression, les médicaments (qui ont un impact sur la cavité buccale), les insuffisances fonctionnelles hépatique et cardiaque, les antalgiques en traitement de fond. Tout le monde sait désormais que le diabète a un impact sur l'état des gencives, et que l'état des gencives a un impact sur le diabète.

Les conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire sont l'endocardite d'Osler, des maladies cardio-vasculaires, des infections rénales, des infections respiratoires, des problèmes d'articulation, le diabète, et des décompensations ou aggravations de pathologies lourdes. Parfois, les médecins ne sont pas tout à fait conscients du lien entre la bouche et l'organisme général. Il faut donc leur rappeler.

Les caractéristiques pathologiques de la personne âgée sont les suivantes : une baisse multi-systématique des capacités physiologiques, la polymédication, une récupération plus lente, une sensibilité accrue aux médicaments, une détérioration fonctionnelle, une intrication de symptômes, et un effet cascade amenant une détérioration pouvant entraîner la mort.

D'un point de vue thérapeutique cela se traduit par : une difficulté à circonscrire le normal du pathologique, une difficulté à diagnostiquer les maladies, un retard de diagnostic des maladies curables, une collecte des données plus longue et plus laborieuse - Il faut y penser, car nous sommes amenés à y passer beaucoup plus de temps.

Cela implique également une intervention interdisciplinaire, une approche globale (à la fois biologique, pathologique et sociale), l'établissement de priorités – nous ne réaliserons pas de bridge sur implants mais chercherons plutôt à restaurer une alimentation correcte, un plaisir de vivre et une qualité de vie avec des moyens plus simples et appropriés à la personne-, la définition et la discussion du niveau d'intervention médico-dentaire. Les traitements médicamenteux ont parfois des impacts sur les dents, notamment sur la sécheresse buccale. Diminuer très légèrement les quantités de médicament ou répartir différemment les prises pourra modifier le flux salivaire, ce qui permettra de mieux mastiquer au moment des repas et d'avoir plus de confort avec sa prothèse. Le lien entre le médecin et le chirurgien-dentiste est très important. Le traitement doit s'intégrer dans le cadre de vie et favoriser en priorité la qualité de vie. Parfois, on réalise des soins plus compliqués et plus difficiles pour le praticien, qui demandent plus de mises en jeu personnelles, mais qui apportent plus de confort aux patients même si esthétiquement ils ne sont pas parfaits.

La personne âgée présente :

- une sénescence du système digestif.
Si les dents ne fonctionnent pas et que l'on ne met pas de prothèse la dénutrition s'en trouve aggravée ;
- Une altération de la denture ;
- Des maladies parodontales qui s'aggravent ;
- Une atrophie de la muqueuse gastrique et de la masse villositaire ;
- Une dysrégulation de l'appétit due à des changements hormonaux, à des médicaments, à l'hyposialie etc...

Il est très compliqué de manger après avoir pris cinq ou six comprimés, gélules ou gouttes de médicaments, on n'a plus faim. Qui plus est, la plupart du temps, les médicaments ne sont pas d'un goût exceptionnel ; ce n'est donc pas très agréable.

L'hypostasie est également très invalidante au niveau de l'appétit

- Un ralentissement du transit intestinal ;
- Une élévation du seuil de perception de la soif.

Cela a pour conséquence :

- une diminution de la consommation de viande, de fruits frais et de légumes, qui sont compliqués à manger lorsque l'on n'a pas de dents ;
- une réduction des capacités d'absorption des oligoéléments ;
- une constipation, ce dont s'inquiète toujours la personne âgée ; elle est en effet obsédée par l'occlusion intestinale. L'usage de laxatif de façon inappropriée peut alors entraîner un contexte de déshydratation ;
- une anorexie.

Chez la personne âgée, on constate aussi un changement du pouvoir discriminant olfacto-gustatif et une réduction de l'appétit. Cela est dû à une atrophie des glomérules olfactifs (70 % à 70 ans), une atrophie des papilles gustatives, ainsi qu'une perturbation des mécanismes de contrôle d'appétit / satiété.

Les conséquences en sont :

- la prédominance de perception de la saveur amère. Celle-ci n'est pas forcément la plus agréable. Ceci explique la surabondance de sucre et d'aliments sucrés ;
- une anorexie ;
- un impact supplémentaire de la prise des médicaments sur l'envie de manger.

Chez la personne édentée, mal appareillée ou non appareillée le choix de la nourriture molle entraîne une réduction du flux salivaire, les aliments riches en vitamines sont souvent chers, et surtout difficiles à mastiquer, ils sont donc éliminés.

Progressivement, l'alimentation se trouve donc carencée, pour ne pas avoir mal à l'estomac, parce que l'on ne parvient pas à mastiquer, et parce que le temps de repas qui est octroyé dans les EHPAD est inférieur au temps nécessaire pour manger ou à cause de l'absence de personnel.

Il devient donc très compliqué de pouvoir s'alimenter lorsque l'on devient âgé. Ce fait a un impact très important sur la vie quotidienne.

Il faut également penser aux problèmes psychologiques. La perte des dents est toujours douloureusement ressentie. J'aime bien illustrer cela par les photos d'une patiente.



Celle de gauche correspond au jour où la patiente est venue me rendre visite. Elle n'avait plus une seule dent et

venait se faire faire une prothèse bi-maxillaire classique. Je voudrais que vous vous arrêtiez sur les yeux de cette dame. Je trouve que tout le désespoir du monde y est contenu. Ces yeux me semblent plus parlants que tous les discours que je pourrais tenir. Vous voyez en plus qu'il s'agissait d'une personne très coquette, qui était toujours très soignée, portait des bijoux et se maquillait.

La photo de droite a été prise après la restauration de sa bouche. Voyez à présent le bonheur dans ses yeux, le jour où elle porte sa prothèse et peut de nouveau mener une vie normale, par exemple rencontrer ses amies. Une fois que j'ai montré cette diapositive, il me semble que j'ai tout montré.

En conclusion, il faut absolument que la profession organise la prise en charge des patients.

Nous devons créer des réseaux ville-hôpital. Il faut que les patients aient accès à la prévention en premier lieu, chose importante et essentielle, ainsi qu'aux soins, de manière secondaire. Des évolutions réglementaires dans la prise en charge de la personne âgée sont également nécessaires (bilan bucco-dentaire gérontologique).

Comme il existe un médecin coordonnateur, nous proposons qu'il puisse y avoir un chirurgien-dentiste coordonnateur qui organise la prise en charge thérapeutique au mieux, afin que le patient ne se rende pas tardivement chez le chirurgien-dentiste, quand c'est très grave et qu'il n'y a plus rien à faire.

S'agissant du type d'actes remboursés par l'Assurance Maladie, il faudrait élargir le champ des prestations chez les personnes âgées, par exemple le remboursement des rebasages simples, qui redonne une fonctionnalité à la prothèse en permettant au patient de ne se déplacer que deux fois seulement : une fois pour déposer sa prothèse et une fois pour la récupérer, plutôt que la réalisation d'une nouvelle prothèse complète qui exige du patient qu'il revienne entre sept et dix fois, ce qui n'est pas pertinent et va à l'encontre du bien-être de la personne âgée et des dépenses induites auprès de la sécurité sociale.

QUELLES ORGANISATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ ORALE DES PERSONNES ÂGÉES ?



Dr Marie-Hélène LACOSTE

*Odontologue des hôpitaux,
Hôpital gériatrique Garonne-Toulouse*



Dr Eric-Nicolas BORY

*Odontologue des hôpitaux,
Centre hospitalier Le Vinatier, Bron (69)*

La santé orale des personnes âgées s'articule autour de soins préventifs et de soins curatifs. Nous insistons sur les soins préventifs, car, pour un adulte, la prévention est facile à réaliser au quotidien ; mais lorsque l'on devient âgé, sa mise en œuvre est plus compliquée. Quant aux soins curatifs, se pose le problème d'accès aux soins des personnes âgées.

Lorsque nous avons une personne âgée en face de nous, nous devons nous interroger sur trois aspects :

- ses conditions de vie (le contexte social de la personne âgée)
Les aidants et les équipes de professionnels nous aident à comprendre comment est cette personne pour pouvoir lui permettre d'accéder au mieux au lieu de soins vers lequel elle sera orientée ;
- l'état général du patient
Un patient âgé a des polypathologies potentielles chroniques, aiguës. Il faudra s'orienter vers les médecins généralistes, les médecins gériatres, mais aussi les médecins coordonnateurs des établissements ;
- les incapacités

Le patient est-il capable d'assurer son hygiène, de manipuler sa prothèse ? Ce sont les aidants, professionnels ou familiaux, les équipes de soins, mais également le chirurgien-dentiste qui doivent faire l'évaluation. Ce dernier devra notamment évaluer la capacité de son patient à pouvoir intégrer les traitements.

Pour cela, une organisation interdisciplinaire et multidisciplinaire est nécessaire.

La personne âgée doit bénéficier de soins bucco-dentaires adaptés en particulier à ses conditions de vie.

A domicile, il faut ainsi évaluer quel est son isolement, sa précarité (les soins bucco-dentaires peuvent coûter cher), les conditions d'hygiène et la présence d'aidants qui peuvent l'aider à assurer son hygiène ou la mise en place de sa prothèse.

Dans les EHPAD, c'est bien évidemment le projet de vie et le projet de soins, ainsi que l'engagement de l'EHPAD et la mobilisation des équipes.

A domicile comme en EHPAD, il s'agira de connaître les principales pathologies et leur traitement. Souvent, les médecins généralistes ne pensent pas à nous informer des traitements pris.

Il faut s'inscrire dans le projet de soins, et non pas rester autiste dans notre spécialité en cherchant à faire au mieux uniquement en considération de notre discipline, et évaluer le bénéfice-risque : faut-il effectuer des extractions ? A quel moment ? Ne peut-on pas les différer ?

Il faut évaluer le contexte cognitif car, par exemple, même avec un contexte cognitif légèrement altéré le patient peut avoir du mal à accepter et supporter une prothèse.

Pour les incapacités, il faut évaluer la dextérité, l'habileté et la compréhension des patients, la difficulté d'implication pour les soins - va-t-il pouvoir venir, maintenir l'hygiène, effectuer ses visites de contrôle ? - les difficultés de déplacement qui peuvent engendrer une fatigabilité et les difficultés d'accès aux structures.

Le lieu de soins constitue un des points clés. Quelle est la structure de soins la plus adaptée pour le patient ? Quel est le plateau technique à inscrire ?

Le praticien doit travailler dans des conditions ergonomiques : il ne s'agit pas de pratiquer de la dentisterie de campagne. La personne âgée doit bénéficier de soins sécurisés. Dans un EHPAD, il doit ainsi bénéficier du même type de soins et de la même sécurité sanitaire que dans un cabinet dentaire.

Au cabinet dentaire, nous prendrons surtout des patients âgés autonomes, plus ou moins polyopathologiques, mais aussi des patients âgés fragiles.

Il faudra évidemment veiller à l'accompagnement et au déplacement de ces patients. Se posera alors le problème des transports spécialisés, nous n'avons pas de bons de transport pour nos cabinets.

Le MEOPA est une liberté qui nous a été octroyée. Or finalement, peu de cabinets libéraux en sont équipés.

Dans les EHPAD, on s'intéresse bien sûr aux patients dépendants et aux patients âgés fragiles ou fragilisés. Il s'agit de créer un lieu de soins adapté. Il est hors de question de fixer un fauteuil au sol. Il faut conserver la mobilité, mettre en place une salle dédiée aux soins, en prévoyant les déplacements éventuels d'un praticien libéral au travers d'associations, de réseaux de soins.

Le MEOPA est plus rare dans les EHPAD, mais commence à émerger avec la prise en charge de la douleur.

Le lieu de soins peut se trouver dans des structures spécialisées telles que les centres hospitaliers. Dans ce cas, il reçoit des personnes âgées polyopathologiques, souvent avec des troubles cognitifs importants. C'est un lieu de soins spécialisé avec des praticiens formés, aidés par des équipes médicales gériatriques, ce qui est très important.

L'accès aux transports, ainsi qu'une surveillance éventuelle et une assistance médicale peuvent être possibles. A l'hôpital gériatrique du CHU de Toulouse, le Gérontopole, un fauteuil gériatrique et un charriot de soins permettent de se déplacer et d'intervenir dans toute la structure. Ce fauteuil peut être monté ou descendu ; surtout, grâce à une bascule de l'assise, ce fauteuil est très confortable pour les personnes âgées.

Il existe un grand nombre d'expériences d'organisation de la prise en charge de la santé orale des personnes âgées en France, très diverses. Nous avons souhaité présenter une synthèse de l'état des lieux.

L'organisation se décline autour de deux axes principaux :

- une politique de santé publique en santé orale pérenne répondant aux besoins des différents groupes de personnes âgées (toutes les personnes âgées peuvent être concernées par ce dispositif) ;
- un parcours de soins adapté, qui peut s'inscrire dans

une globalité de parcours de soins de la personne âgée.

La notion de personne âgée recouvre différentes situations : la personne âgée en bonne santé, la personne âgée fragile et la personne en très forte perte d'autonomie, qu'elles soient à domicile ou en institution.

Le premier axe important d'action des organisations consiste à sensibiliser et à informer. Ce peut être l'objet de campagnes de prévention. Certaines existent en France et se développent à l'heure actuelle. Elles doivent s'adapter aux différentes cibles.

En ce qui concerne les personnes âgées, une information doit s'effectuer très précocement en direction des jeunes retraités, qui n'ont pas nécessairement pris soin de leur santé orale au cours de leur vie active. Il s'agit d'une nouvelle forme de prévention. Nous devons nous adapter au vieillissement et à ses conséquences sur la santé orale.

Bien évidemment, les personnes âgées porteuses de maladies chroniques sont à cibler plus particulièrement, par exemple par l'intermédiaire d'associations comme celles des diabétiques ou des insuffisants rénaux, pour montrer que pour cette population le sujet est encore plus important, et qu'une bonne santé orale peut prévenir des complications de leur maladie chronique.

Les aidants familiaux et professionnels, les conjoints, enfants et famille des personnes dépendantes sont importants à atteindre par ces campagnes de prévention car ces acteurs s'avèrent primordiaux dans l'accompagnement, dans l'hygiène de la vie quotidienne et dans l'hygiène bucco-dentaire, que les personnes âgées vivent à domicile ou résident en institution.

Les professionnels médicaux doivent également être ciblés. Même les assistantes sociales peuvent jouer un rôle important dans l'orientation et la prise de conscience.

Il faut informer l'ensemble des partenaires potentiels jusqu'aux financeurs, pour pouvoir obtenir les moyens nécessaires et pour faciliter les coopérations entre les différents acteurs.

Le deuxième axe important d'action répond au besoin en formation, en favorisant les relations interdisciplinaires et interprofessionnelles : la formation des acteurs de la gériatrie : les gériatres, qui sont de plus en plus demandeurs de formations ; les médecins coordinateurs ; les médecins généralistes qui interviennent en institution ; les soignants des EHPAD (un grand nombre d'initiatives se mettent en place, existent déjà de manière concrète et leur évaluation d'impact est positive) ; les intervenants au domicile, lorsqu'ils doivent faire des gestes auprès de

leurs proches.

Les chirurgiens-dentistes ont également besoin d'être formés à la gériatrie et au vieillissement ; ce n'est pas effectué systématiquement dans toutes les facultés. Il est bon de l'introduire aussi bien en formation initiale qu'en formation continue.

La formation des soignants peut porter sur l'importance de la santé orale, sur les bonnes pratiques en matière d'hygiène orale. La formation peut toutefois prendre un autre sens, par l'intermédiaire de correspondants, de référents ou de relais en santé orale. Ce sont des personnes qui assument de nouvelles missions comme la formation de leurs collègues en établissement. Dans certains cas, les correspondants santé orale peuvent participer au repérage de lésions. Avec l'utilisation de grilles, ils observent et peuvent orienter plus rapidement vers la structure de soins la plus appropriée en demandant éventuellement un avis au médecin gériatre avant d'adresser une personne vers un professionnel de la santé bucco-dentaire.

Les formations peuvent très bien évoluer vers la définition de responsabilités, notamment la fonction de chirurgien-dentiste coordonnateur ou de référent d'EHPAD.

Ce peut être un chirurgien-dentiste libéral ou salarié, qui intervient une demi-journée par semaine ou tous les 15 jours, pour effectuer un bilan des nouveaux entrants, et s'assure que l'ensemble des résidents d'un EHPAD dispose bien d'une prise en charge que ce soit en cabinet de ville, en milieu hospitalier ou par un réseau de santé, par exemple.

De même, les soignants correspondants en santé orale (ou référents), ont un rôle important à jouer au niveau de leur structure, dans la formation de leurs collègues, dans la diffusion de référentiels, pour contrôler que tout est en place dans la structure, et ainsi pouvoir assurer une bonne hygiène au quotidien et adresser rapidement une personne qui en aurait besoin.

Le dépistage, qui est important, constitue le troisième axe. Un bilan de santé orale senior pourrait être mis en place, surtout chez les personnes à risques (en particulier les personnes porteuses de maladies chroniques). Certains dispositifs organisent des consultations de proximité pour effectuer des dépistages chez les personnes à domicile.

Un bilan de santé orale pourrait être inclus dans le bilan de pré-admission en EHPAD; Si tel n'est pas le cas, il serait important que celui-ci soit effectué très rapidement, après l'entrée en EHPAD.

Ce bilan de santé orale pourrait également être intégré dans des consultations pluridisciplinaires et des bilans gériatriques plus complets, notamment en ce qui

concerne la nutrition et les consultations mémoire.

Un quatrième axe d'action, fondamental, consiste à assurer une hygiène orale quotidienne conforme aux bonnes pratiques. Un grand nombre d'initiatives sont menées, mais elles ne touchent pas nécessairement la totalité des établissements ou des résidents. Une formation pratique des soignants doit être mise en place, après une formation théorique, sur la maîtrise du geste, afin que le geste soit effectué avec bienveillance et respect de la personne âgée.

L'application de référentiels et l'évaluation de leur mise en place sont importantes. Il faut stimuler la personne autonome, éventuellement organiser des ateliers dans un établissement pour encourager les personnes et rappeler les bons gestes. Ce peut être des interventions dans un hôpital de jour, sous forme d'ateliers. Les correspondants en santé orale, par délégations, peuvent très bien assurer ces missions.

Un ensemble de protocoles doivent être définis : l'entretien des prothèses, les personnes en soins palliatifs, etc.

Parfois, le personnel des établissements rencontre des difficultés pour mettre à disposition le matériel d'hygiène bucco-dentaire nécessaire. Certains établissements jugent que c'est aux familles de le fournir. Toutefois, lorsque la famille est absente, qui va le fournir ? Il faudrait résoudre ce problème et trouver un financement pour ce minimum requis.

Un atout pour la mise en place d'une bonne hygiène est d'assurer sa traçabilité, d'inscrire le suivi quotidien dans le dossier de soins. Pour cela, au préalable, il est nécessaire de déterminer les besoins d'hygiène bucco-dentaire pour chaque résident, les protocoles à mettre en place.

Eu égard à cette politique, certaines régions comme l'Île-de-France invoquent la notion de label, pour amener vers des critères qui pourraient participer à une certification ou à une accréditation.

Le parcours de soins doit être adapté, en permettant l'orientation de l'usager vers la structure de soins la plus appropriée en fonction de ses besoins identifiés. Il est essentiel de disposer d'une offre de soins graduée. Le premier niveau peut être :

- le cabinet de ville de proximité
- une équipe mobile

Elle peut réaliser des examens de dépistage et orienter vers la structure de soins la mieux adaptée. Elle peut disposer d'une unité portable. Ceci est parfois difficile à mettre en œuvre car on peut avoir besoin

d'une assistante dentaire. Il faut que les conditions soient ergonomiques pour travailler

Des soins à domicile sont évoqués, mais sont-ils généralisables en grand nombre ? Ceci semble coûteux, et va toucher peu de personnes.

- Une unité mobile
Elle permet de mutualiser un cabinet dentaire entre plusieurs établissements, et d'apporter des soins de proximité. Certains dispositifs ont été évalués avec mise en évidence d'un service médical rendu.
- L'aménagement de lieux de soins :
 - o Cabinet dentaire dans un EPHAD ;
 - o Cabinet dentaire dans l'hôpital local ;
 - o ...

Quant aux centres hospitaliers, qui disposent d'un plateau technique adapté et d'un cadre sécurisé, ils constituent un dernier recours pour les patients les plus lourds à prendre en charge.

Les réseaux de santé vont faciliter la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie en coordonnant l'accès dans cette offre de soins graduée.

Il est essentiel de travailler avec un réseau de partenaires pour coordonner au mieux cette prise en charge. La concertation entre l'ensemble des intervenants est primordiale, dans une approche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Les chirurgiens-dentistes peuvent tout à fait s'insérer dans les réseaux et filières gériatriques, pour apporter leur contribution.

Il est fondamental d'organiser un parcours de soins cohérent pour les personnes âgées et les personnes âgées dépendantes, quel que soit le degré de perte d'autonomie. Les personnes en forte perte d'autonomie doivent être impérativement prises en compte. Ce parcours de soins se caractérise par un diagnostic, un projet d'hygiène orale personnalisé, un projet de soins adapté aux besoins, un accompagnement aux soins adapté. Tout ceci peut s'inscrire dans le projet personnalisé de soins du patient.

Un suivi organisé s'inscrit dans la durée en fonction des facteurs de risques individuels.

Il est nécessaire de répondre aux urgences dans des délais acceptables. En effet, de nombreuses personnes âgées en forte perte d'autonomie attendent parfois de longs mois avant d'être prises en charge.

Les médecins, chirurgiens-dentistes, soignants et correspondants en santé orale sont tous concernés par la prise en charge de la personne âgée. C'est un échange entre l'ensemble de ces professionnels avec des outils partagés, qui permettra de prendre la meilleure décision rapidement.

Parmi les conditions de réussite de mise en place du dispositif, nous notons l'engagement :

- des établissements et des dispositifs d'aide et d'accompagnement des personnes âgées. La volonté de la direction et de l'encadrement au niveau d'un établissement ou d'un groupe d'établissements est déterminante,
- des chirurgiens-dentistes et de leurs représentants professionnels (URPS, ONCD),
- des ARS, qui peuvent inscrire le thème dans les priorités de santé publique, introduire des critères spécifiques dans les conventions tripartites et participer au financement.

La mise en place de conventions et de partenariats semble également essentielle, tout comme le développement de réseaux de partenaires, avec des filières gérontologiques, des réseaux gériatriques, des établissements, des associations de personnes âgées, les collectivités locales, les conseils généraux (qui peuvent diffuser des plaquettes d'information auprès des personnes les plus autonomes comme ils le font déjà pour d'autres sujets comme l'incontinence urinaire ou la nutrition), les mutuelles santé, les caisses de retraite (campagne de prévention), l'Assurance Maladie (bons de transport), etc.

La reconnaissance de la place de la santé orale, par l'ensemble des acteurs, est importante, se traduisant entre autres par la création de la fonction de chirurgien-dentiste coordonnateur, de celle de correspondant (ou de référent) en santé orale, ainsi que par la mise en place d'une rémunération adaptée afin que les professionnels s'impliquent.

En conclusion, les constats et les besoins sont similaires dans de nombreuses régions. Des initiatives ont vu le jour et ont montré leur utilité. Un impact réel sur la santé orale des personnes âgées a été mis en évidence. Des questionnaires ont été réalisés auprès des usagers et de leur entourage, qui montrent le bénéfice de cette prise en compte.

Des initiatives locales permettent actuellement l'extension des dispositifs existants. Les ARS reconnaissent leur utilité, et cherchent à les démultiplier.

L'observation des initiatives interrogées montre que ce sont en majorité les personnes âgées les plus autonomes qui sont ciblées. Il reste plus difficile d'organiser un dispositif ou une prise en compte des besoins pour les personnes en forte perte d'autonomie, notamment les GIR 1 et 2, en particulier en ce qui concerne l'accès aux soins dentaires.

Dans la perspective de développer l'odontologie gériatrique, il serait utile :

- d'intégrer les filières gériatriques et les réseaux ;
- d'harmoniser et de diffuser des référentiels adaptés aux personnes âgées en termes d'hygiène, de parcours de soins et de prise en charge ; les professionnels en ont besoin.
- d'inclure dans le programme de formation initiale des soignants, infirmières et aides-soignants, un module sur la santé orale qui soit enseigné par un chirurgien-dentiste.

DÉBAT

Pr Marysette FOLLIGUET

Depuis combien de temps avez-vous mis en place ces organisations chacun dans votre région?

Dr Eric-Nicolas BORY

Dans notre présentation, Il s'agissait d'une synthèse de tout ce qui a été réalisé en France. Quant à la mise en place d'une organisation, elle peut prendre une bonne dizaine d'années. A l'époque où l'initiative a été lancée en Rhône-Alpes rien n'existait nulle part. Actuellement, les ARS s'emparent de la thématique, les gériatres se sentent de plus en plus concernés ; Il existe donc une volonté de développer quelque chose. Si l'ensemble de ces bonnes volontés se réunissent, cela peut aller très vite.

Dr Marie-Hélène LACOSTE

A Toulouse, nous avons créé un réseau de soins en 2006 et il y a eu en parallèle le développement du Gérontopole.

En fait, le CHU de Toulouse et le pôle gériatrique, très dynamique, ont surfé sur la vague. J'ai été intégré à l'équipe médicale du CHU de Toulouse. Comme j'avais une culture libérale, cela a permis de passer les étapes plus rapidement.

Lorsque l'on crée une organisation, il ne faut pas rester isolé ni rester sur ses prérogatives. Il faut tenter de comprendre la culture des médecins et les objectifs de l'ARS. Les institutions savent que de nombreuses actions ont été menées.

Il faut faire preuve de cohérence et s'entraider les uns les autres. Je pense que c'est le but de cette journée, notamment de la table ronde de cet après-midi.

Dr Marc AIME

Président de l'URPS CD Lorraine

Je m'adresse au Docteur Bory. J'ai eu un contact avec lui et une partie de son réseau il y a un peu plus d'un mois.

Les chirurgiens-dentistes libéraux sont opposés au bus dentaire. Le réseau que le Docteur Bory a permis de mettre en place depuis plus de 10 ans m'a prouvé le contraire, moi qui étais absolument contre. Il faut donc toujours aller voir les choses avant d'en parler.

J'ai deux questions à poser sur le réseau que vous gérez.

Quel est le pourcentage de recours aux chirurgiens-dentistes libéraux par rapport aux soins dans les EHPAD, mais également dans les établissements accueillant des jeunes et des adultes en situation de handicap, qui représentent, je crois, la plus grande part d'activité du réseau? Parce que comme nous le disons et le pensons nous allons avoir du mal à nous intégrer à cause des déplacements et à cause du système bucco-dentaire français qui n'est pas adapté, en particulier au niveau du financement.

Où trouvez-vous les fonds pour les transports ? Le réseau autour de Lyon gère, si je ne me trompe pas, environ 80 % des soins bucco-dentaires par déplacement des résidents dans le centre du Docteur Bory.

Personnellement, la première question qui m'a été posée en Lorraine était la suivante : nous n'avons pas de fonds pour déplacer les personnes, comment faire ?

Dr Eric-Nicolas BORY

Pour répondre à la question du pourcentage de personnes prises en charge par le cabinet de ville et les dentistes libé-

raux, je dirai que tout dépend du degré d'autonomie des personnes d'un EHPAD. Les personnes qui continuent à consulter leur chirurgien-dentiste peuvent être de 5 à 10 % dans un EHPAD. Ce taux est relativement faible.

L'intervention du réseau permet d'encourager les personnes à s'orienter le plus possible vers les cabinets de ville.

En ce qui concerne les personnes en forte perte d'autonomie, les chirurgiens-dentistes libéraux n'interviennent pas dans le cabinet, car ce n'est pas possible. En revanche, ils peuvent intervenir dans le cadre du réseau.

La part reste donc relativement faible. La tendance reste néanmoins à un développement progressif.

S'agissant du financement du transport, vous citez l'expérience en Rhône-Alpes. La majorité des soins des personnes âgées sont réalisés, non à l'hôpital, mais dans l'unité mobile qui se rend dans les EHPAD.

Dr Marie-Hélène LACOSTE

En ce qui nous concerne, en Midi-Pyrénées, nous nous sommes d'abord déplacés gratuitement, nous avons montré à la CPAM que nous étions capables de soigner. Nous avons procédé à une évaluation de notre travail.

Ensuite, la CPAM nous a donné un fonds qui n'était pas pérenne. Nous avons rémunéré les praticiens pour leurs déplacements, avec des fiches-navettes. Il existe désormais un fonds de l'ARS. Ce n'est toujours pas pérenne, mais nous y travaillons. Par contre, au travers du réseau, lorsque les patients les plus dépendants et les plus pathologiques nous sont envoyés à l'hôpital, comme je suis praticien hospitalier, je délivre des bons de transport. Il s'agit d'une entente entre les dentistes libéraux et l'hôpital, avec une coordination. Nous réfléchissons à des bons de transport adaptés. Il faudra faire attention au problème des ambulanciers, des taxis et des VSL, qui représentent un monde particulier.

Pr Véronique DUPUIS

Philippe Poisson a travaillé sur le sujet. En tant que chirurgien-dentiste conseil de la MSA, il a une réponse à vous apporter.

Dr Philippe POISSON

Dans le cadre de l'action régionale NABUCCOD d'Aquitaine, nous avons réfléchi à trouver une solution à ce problème.

La solution réside dans l'affection de longue durée. Les patients qui se trouvent en établissement sont, pour la très grande majorité, en affection de longue durée. Dans ce cadre, il faut s'interroger sur le lien entre leur affection longue durée et les répercussions sur la prise en charge bucco-dentaire. Pour ce faire, des grilles ont été élaborées. Si répercussion il y a, le ticket modérateur pour la prise en charge des soins est exonéré, et le déplacement dans le cadre de l'affection longue durée est pris en charge. C'est vers cela que nous nous sommes principalement tournés.

Dr Dominique BRACHET

Président URPS CD Pays de Loire

Je me demande si nous ne sommes pas dans le « bricolage ». Nous essayons de récupérer des financements, alors que nous devrions obtenir que soit simplement reconnu le fait bucco-dentaire. C'est à ce titre que nous devrions obtenir des financements pour le transport.

Lorsque nos patients en EHPAD ont besoin d'une appendicectomie, nous ne le faisons pas dans l'infirmierie : nous emmenons le patient à l'hôpital. Tous les jours, les EHPAD emmènent des patients à l'hôpital ou chez le cardiologue. Pourquoi ne les emmènent-ils pas chez le chirurgien-dentiste ? Je pense que c'est un problème de priorisation. Nous pourrions en reparler.

Ma question était autre ; je n'ai pas entendu jusqu'à maintenant que nous pourrions avoir affaire à deux types de patients à prendre en charge : des patients qui sont encore soignables, auxquels on peut encore faire des prothèses car leur état cognitif est encore suffisamment bon pour qu'ils puissent le supporter, et des patients dans leurs deux dernières années en EHPAD, pour lesquels il devient très difficile de prodiguer des soins et qu'on va gérer de façon simple, enlever une dent ou éviter une infection, c'est-à-dire faire en sorte que le patient soit le moins mal possible.

Je crois que nous devrions axer nos réflexions de deux façons différentes :

- *prodiguer le soin d'urgence, que nous serons encore obligés de réaliser pendant quelques années ;*
- *si nous parvenons à mettre en place parallèlement une politique de prévention suffisamment efficace, faire en sorte d'avoir beaucoup moins affaire au soin d'urgence d'ici 10 ou 15 ans.*

Peut-être devrions-nous commencer tout de suite à mettre en place un bilan bucco-dentaire chez les personnes âgées.

Je souligne qu'il convient également de former les professionnels, car nombre de chirurgiens-dentistes ne sont pas formés correctement aux soins sur la personne âgée.

Dr Marie-Hélène LACOSTE

Je peux vous faire part de l'expérience toulousaine. Lorsque je suis arrivée dans l'unité de long séjour, qui est une EHPAD avec des pathologies importantes, je me suis demandé si je parviendrai à soigner tout le monde (140 malades).

Le premier point a été d'organiser les soins de prévention, et de déterminer les protocoles de ceux-ci. Ces protocoles intègrent l'installation du patient. Il faut montrer aux équipes comment installer son patient.

Ensuite, comment soigner ces patients et quel challenge s'offre à nous ? Peut-être n'ai-je pas été suffisamment claire. Lorsque je parle du bénéfice-risque, c'est cela : nous mesurons ce qui sera le mieux pour le patient.

En début de semaine, j'ai procédé à des extractions sur une patiente en fin de vie. Elle est allée mieux pendant deux jours, puis son état s'est dégradé. Hier déjà, elle allait de nouveau mieux. Je ne sais pas ce qu'il en est aujourd'hui.

Je me suis appuyée sur l'équipe médicale. Cette dame avait une ulcération très importante, car elle présentait des morsures. Les médecins m'ont dit d'extraire la dent, car la morphine n'agissait pas sur cette ulcération. Ai-je bien fait d'extraire la dent ? Je me suis donc aidée de l'équipe médicale. Il ne faut pas rester éloigné dans notre spécialité, rester dans la tour d'ivoire de notre cabinet dentaire, mais aller se frotter aux équipes médicales et poursuivre le même objectif.

J'ai une formation en gériatrie. Je parle donc le langage des géiatres. Je m'inscris donc dans le projet de soins des géiatres. Je suis d'accord avec vous. Je pense qu'une spécialité d'odontologie gériatrique émerge, comme il existe de l'odontologie pédiatrique. Des étudiants seraient formés à la culture gériatrique et gérodontologique.

Dr Bernard SARRICASSIPIAN

Odontologiste des hôpitaux, Hôpital de Guéret

Je souhaite ajouter une réflexion. Un tel dispositif ne peut fonctionner que s'il est mis en place dans une région sur-dotée en praticiens libéraux. Il ne peut fonctionner si la région est sous-dotée en praticiens.

Dr Marie-Hélène LACOSTE

L'expérience de Toulouse est étendue à tous les départements ; l'ARS nous a demandé de nous occuper de trois départements déficitaires : l'Ariège, où il existe un désert démographique et où les structures hospitalières sont éloignées, le Lot, très déficitaire lui aussi et le Comminges, région qui se trouve près des montagnes.

C'est par des organisations simples, bien construites, avec les institutions, que nous y arriverons. Il ne faut pas compliquer la situation, mais identifier les objectifs de chacun et se mettre autour de la table.

La Faculté dentaire de Toulouse est importante, mais les étudiants ne se déplacent pas comme cela non plus. Il faut créer une effervescence de compétences.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET SANTÉ ORALE DES PERSONNES ÂGÉES

FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ ORALE DES PERSONNES ÂGÉES

Pr Marysette FOLLIGUET

*Chef du Service de Santé publique
U.F.R. d'Odontologie – Université Paris-Descartes*



Je souhaite aborder le cadre théorique de la formation en posant les questions suivantes : existe-t-il une formation ? Est-il nécessaire de mettre en place des référentiels et de légiférer pour intégrer la santé orale à la formation ?

Le contexte actuel se caractérise par un état bucco-dentaire et un accès aux soins insatisfaisants. Pour qu'il y ait amélioration, il faut organiser une formation adaptée pour tous les professionnels de santé en charge des personnes âgées et les aidants naturels. La HAS affirme depuis longtemps que les personnes âgées dépendantes présentent un risque élevé de caries et de pathologies parodontales pouvant retentir sur la santé générale. Le vieillissement croissant de la population nous conduit à être confrontés à des niveaux de dépendance élevés, à partir de 80 ans, et de ce fait, la prise en charge s'avère complexe.

La prise en charge bucco-dentaire de patients âgés doit s'accompagner d'une réflexion éthique. En effet, le professionnel doit se poser la question de l'application du juste soin ainsi que celle de la maltraitance. Que penser de l'absence d'examen de la cavité buccale des patients alités ne pouvant exprimer ni symptômes, ni douleur ?

Un objectif prioritaire dans tous les établissements prenant en charge des personnes âgées doit être d'assainir la cavité buccale. Il s'agit d'éliminer la plaque bactérienne, d'éviter l'inflammation gingivale et donc effectuer une toilette buccale quotidienne adaptée à l'état du patient. Si la personne âgée a des dents, on utilisera la brosse à dents et si l'utilisation de la brosse n'est pas appropriée, d'autres moyens sont disponibles tels que les compresses, les bâtonnets de mousse. Il ne

faut pas non plus négliger le nettoyage des prothèses. Toutefois, la toilette buccale n'est pas un geste aisé à réaliser, elle doit faire l'objet d'une éducation de la personne âgée ou, si celle-ci est dépendante pour les soins, des personnels qui s'en occupent. Si la réalisation d'un bilan odontologique à l'entrée en EHPAD est essentielle, il convient également de mettre en place de manière systématique la toilette buccale quotidienne et de s'assurer qu'elle est correctement effectuée. Cet aspect de l'hygiène de la personne âgée a été inclus dans les bonnes pratiques de soins en EHPAD (document issu du Ministère de la Santé). Malheureusement, cela dépend de la bonne volonté des personnes et de nombreux freins, y compris financiers, empêchent la mise en place aussi bien du bilan systématique que de la toilette buccale.

L'établissement de bonnes pratiques de soins nécessite une coopération de l'ensemble de l'équipe soignante. Il convient d'acquérir les connaissances théoriques concernant la santé dentaire mais aussi la maîtrise des pratiques permettant la réalisation de la toilette buccale quotidienne. La formation des professionnels est donc à la base des bonnes pratiques de soins et elle peut être dispensée par un chirurgien-dentiste référent. La mise en œuvre de ces bonnes pratiques de soins pose également la question de la délégation de tâche qui fait l'objet d'un autre débat.

En établissement, la prise en charge de la santé orale doit être déclenchée par le binôme directeur-médecin coordonnateur. Sans volonté émanant de la Direction, les structures ne disposeront pas des moyens matériels, humains et de formation suffisants pour assurer cette mise en œuvre.

A domicile, la prise en charge relève le plus souvent des aidants naturels. Ceux-ci ont également besoin de disposer des informations et d'acquérir les connaissances théoriques et pratiques ; leur formation est également indispensable.

Parmi les missions du médecin coordonnateur d'EHPAD s'inscrit la participation à l'élaboration du projet de soins de l'établissement, dans lequel l'hygiène bucco-dentaire doit clairement figurer. Le coordonnateur assure par ailleurs la liaison avec tous les intervenants extérieurs, dont les chirurgiens-dentistes. Comme le médecin coordonnateur est, par décret, en charge de la formation des professionnels paramédicaux, il est en capacité d'organiser un plan de formation de l'ensemble des personnels de l'établissement sur l'hygiène bucco-dentaire.

Les professionnels médicaux et sociaux participant à la prise en charge des personnes âgées sont, pour la plupart, inscrits au Code de la Santé publique.

Le référentiel de compétence des Infirmiers diplômés d'Etat (IDE) comporte dix points :

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Le troisième point implique l'accompagnement dans la réalisation de la toilette buccale et en conséquence la nécessité d'être formé à la prise en charge de la santé orale.

Les infirmiers exercent majoritairement dans les hôpitaux publics :

- 12 % Libéral
- 50 % Hôpital public
- 14 % Hôpital privé
- 21 % Non-hospitaliers
- 3 % Etablissements pour personnes âgées

Nous retrouvons, bien sûr, des IDE dans les établissements pour personnes âgées. Cependant une situation particulière est à souligner, celle des patients âgés hospitalisés au sein de services de médecine ou de spécialités qui ne peuvent parfois pas prendre en charge leur propre toilette buccale. Il serait intéressant d'instaurer un réflexe de toilette buccale parmi les infirmiers diplômés d'Etat travaillant dans les hôpitaux publics. Par ailleurs, les infirmiers interviennent également au domicile, là où réside le plus grand nombre de personnes âgées.

Les aides-soignants figurent également au Code de la Santé publique dont les articles R.4311-3 à R. 4311-5 stipulent :

L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'IDE; il réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne.

Il accompagne la personne dans les activités de la vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.

Les aides-soignants doivent ainsi être à même de participer à la prise en charge de la santé orale.

Leur formation comporte des stages auprès des personnes âgées et handicapées en long et moyen séjour. Théoriquement, leur formation doit inclure la santé bucco-dentaire.

L'assistant de soins en gérontologie, que nous connaissons mal, est un aide-soignant ou un aide médico-psychologique ayant suivi une formation complémentaire de 140 heures consacrée à l'aide aux patients fragilisés par la maladie dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Ainsi, qu'ils exercent en établissement ou au domicile, ces assistants de soins doivent participer à la prise en charge de la santé orale.

La majorité des personnes âgées résident chez elles. La réalisation de l'hygiène orale à domicile est parfois difficile à mettre en œuvre. Une loi de 2002 a rénové l'action sociale et a conféré leurs lettres de noblesse aux services d'aide à domicile.

98 % des personnes intervenant à domicile sont des femmes. Environ 500 000 intervenants à domicile sont en activité, ce qui constitue un chiffre identique à celui des infirmières. Leur niveau de formation est variable. Les personnes en emploi direct, (soit 24 % d'entre elles), ne disposent d'aucune formation dans le secteur sanitaire et social. En revanche, les personnes salariées d'organismes prestataires de soins, (soit 37 % des in-

tervenants à domicile), disposent généralement du diplôme d'aide à domicile. Les 39 % restants exercent à la fois en aide directe et par le biais d'associations, sans réelle formation. Par ailleurs, les tâches des aides à domicile connaissent actuellement une évolution, passant du statut d'aide-ménagère vers l'accompagnement de personnes fragiles. Il convient donc d'adapter et de faire évoluer la formation des personnes qui prennent en charge les personnes âgées en situation de plus en plus fragile. Une politique de professionnalisation se met lentement en place dans le but de valoriser les filières et parcours de tels personnels. Les auxiliaires de la vie sociale disposent pour leur part d'un diplôme d'Etat qui correspond à l'évolution du diplôme d'aide à domicile. Ils reçoivent une formation de plus de 1000 heures. L'intervention sociale vise à compenser un état de fragilité, de dépendance, ou de difficultés lié à l'âge, la maladie, le handicap ou les difficultés sociales par une aide dans la vie quotidienne. L'auxiliaire sociale favorise le maintien d'une personne âgée à domicile.

L'ensemble de ces personnels devrait pouvoir aider les personnes âgées à effectuer leur hygiène orale, ou la réaliser quand celles-ci ne sont plus en capacité de le faire.

L'aidant familial est, tel que défini par la HAS, une personne non professionnelle qui apporte son aide, partielle ou totale, à une personne dépendante de son entourage pour les actions et activités de la vie quotidienne. Les aidants familiaux sont, pour 25 %, des parents, frères et sœurs, pour 20 % des enfants, pour 15 % des conjoints et pour 40 % des personnes extérieures à la famille. Ce fardeau lourd est porté par environ 3 millions de personnes en France qui, d'évidence, doivent être formées à cette lourde tâche.

L'assistante dentaire est une personne susceptible d'aider à la réalisation de la toilette orale. Ce métier n'est cependant pas inscrit au Code de la Santé publique et, à ce titre, aucune assistante dentaire ne peut être recrutée dans une structure hospitalière ou médico-sociale telle un EHPAD. Les assistantes dentaires exercent donc uniquement dans les cabinets dentaires. Leur formation n'est pas sanctionnée par un diplôme d'Etat et se déroule en contrat de professionnalisation, en alternance entre des cours théoriques et un stage pratique en cabinet dentaire. Le financement se fait dans le cadre de la formation professionnelle. La France disposait en 2004 de 18 500 assistantes dentaires et ce chiffre doit aujourd'hui approcher les 20 000.

La profession d'hygiéniste dentaire existe dans la grande majorité des autres pays européens ainsi qu'aux Etats-Unis et au Canada. Les hygiénistes dentaires peuvent faire partie de l'équipe de soins d'un cabinet dentaire

dans lequel ils prennent en charge certains actes tels que les détartrages ou les clichés radiographiques. Les prérogatives des hygiénistes varient selon les législations des pays. Les hygiénistes exercent également des missions de santé publique. Ils peuvent intervenir auprès des personnes âgées au sein de services à domicile ou en établissement, en milieu scolaire voire dans des centres de santé primaire. Cette profession en développement fait l'objet d'un intérêt croissant au niveau communautaire. L'exercice de cette profession doit permettre à des patients de tous âges de préserver ou de retrouver leur santé bucco-dentaire. En Suisse, la formation dure trois ans dont un an de stage et représente 5 400 heures. Nous pouvons nous demander pourquoi cette profession n'existe pas en France.

Les données épidémiologiques font ressortir des besoins importants en soins bucco-dentaires et en hygiène orale pour les personnes âgées. Les répercussions sur la santé générale sont également connues. Certains plans ministériels concernent les personnes âgées. Le plan Bien Vieillir comporte un volet sur les soins dentaires et prévoit la mise en place d'une consultation gratuite de prévention. En 2007, une expérimentation de la CNAM et des professionnels a eu lieu, dont les résultats ne sont pas disponibles, et n'a conduit à aucune mesure concrète en raison peut-être d'un manque de moyens financiers. Depuis 2008, un plan des métiers de la dépendance vise à identifier les besoins des personnes dépendantes, à y répondre et à former des professionnels pour mieux les accompagner. Le besoin de professionnels paramédicaux et sociaux pour 2015 est estimé à 400 000 personnes. En 2005, le nombre de personnes de plus de 80 ans a dépassé le million ; en 2015, elles seront deux millions. Nous espérons que ce plan ministériel permettra de mettre à disposition les personnels nécessaires à la prise en charge des personnes âgées.

Le plan des métiers de la dépendance présente comme particularité une déclinaison au niveau régional. Les questions de démographie professionnelle se posent plus particulièrement dans des régions de désert médical aussi bien en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes que les personnels paramédicaux et sociaux prenant en charge les personnes âgées. Le plan propose de mettre en place les formations sociales ou sanitaires au niveau régional afin que chaque région dispose d'un potentiel de personnels suffisant. La formation représente en effet l'objectif principal du plan au travers de la simplification des diplômes, de l'amélioration de la formation initiale et continue, de l'adaptation des compétences aux besoins des personnes âgées et de la facilitation de l'accès des aidants familiaux à la formation.

Les personnes âgées constituent un groupe de population nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Les soignants qui les entourent doivent être formés et il faut créer des référents en santé orale. Ce nouvel aspect du métier de soignant permettrait de valoriser les professions d'aide-soignant et d'infirmière. Le chirurgien-dentiste doit aussi remplir, au-delà de sa mission de soin, un rôle de formation des personnels.

LA SANTÉ ORALE : UN PRÉREQUIS À LA PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION EN EHPAD



Dr Geneviève RUAULT

*Déléguée générale de la Société française de Gériatrie et Gérontologie
Responsable du programme MobiQual*



Dr Joseph BARANES

*Responsable scientifique et coordinateur de régies 95
Chirurgien-dentiste du groupe de travail MobiQual*

Notre travail s'appuie sur la démarche MobiQual. Cette démarche vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles, s'appuie sur des outils et touche à des thématiques centrales en gériatrie telles que nutrition, dénutrition et alimentation, dépression et prévention du suicide, maladie d'Alzheimer, soins palliatifs, fin de vie et bientraitance, et risques d'infection. Le programme MobiQual concerne aussi bien les EHPAD que les établissements sanitaires et est à présent étendu aux services de soins à domicile. Les outils de MobiQual servent la pluri-professionnalité et définissent la place et les compétences de chacun. Par exemple, le thème de la dénutrition comporte une boîte à outils destinée à chacun des professionnels concernés intervenant dans l'établissement, que ce soit la diététicienne, les équipes de soins, les médecins traitants ou les pharmaciens.

Les EHPAD sont souvent démunis face au problème de la dénutrition, certains le négligent ou le nient. La HAS évoque 15% à 38% de dénutrition en EHPAD et une étude récente, de 2011, donne le chiffre de 45 %. Le problème est similaire à domicile ou en établissement hospitalier. Une personne insuffisante cardiaque passant dix jours en cardiologie et ayant un régime sans sel dont on ne préoccupe pas par ailleurs de savoir si elle peut mâcher ne bénéficiera pas nécessairement d'un plateau-repas

adapté et ressortira dénutri. Or La dette énergétique chez la personne âgée est très difficile à compenser.

La dénutrition est le facteur le plus prédictif d'événements péjoratifs chez la personne âgée avec un risque de décès, de morbidité et de perte d'autonomie augmenté. La dénutrition est un des 6 items d'un indicateur de fragilité, au même titre que la dépression, la chute et l'iatrogénie, qui doit être repéré à tous les niveaux de prise en charge.

Aujourd'hui, la dénutrition est reconnue comme problème de santé publique et enjeu de la qualité des soins et du service rendu. La circulaire de la DSS en a fait un thème de gestion de risque en EHPAD. La Société française de Gériatrie et de Gérontologie a accompagné les ARS sur le sujet au cours de 80 réunions.

La dénutrition signifie une diminution des apports et/ou une augmentation des consommations énergétiques. Il convient donc de repérer toutes les situations et facteurs de risque pouvant influencer sur ces deux éléments. La santé bucco-dentaire en est un.

Seulement 3 % des personnes âgées gardent une denture saine. 50 % des personnes âgées sont totalement

édentées, 100 % d'entre elles ont une hygiène défectueuse et 25 % présentent une candidose oropharyngée très invalidante, en relation avec l'hypo ou l'asialie. Les pertes de dents modifient le choix des aliments et provoquent la diminution des apports, notamment en réduisant la consommation de viandes, de fruits frais et de légumes. Une mauvaise mastication n'agit jamais isolément des facteurs étiologiques et y participe largement.

Face à cette situation de santé bucco-dentaire les professionnels de santé sont pris d'une résignation généralisée. Les directeurs d'EHPAD formulent des demandes de résolution du problème et les soignants souhaitent bénéficier de formations. Les chirurgiens-dentistes s'interrogent sur la manière d'y répondre et avec quels moyens. Il semble que chacun se sent démuni et qu'on fait avec.

Prenons un exemple concret, qui schématise parfaitement le problème des EHPAD. Un homme de 94 ans se présente en bon état de santé bucco-dentaire dans un EHPAD. Il dispose d'une bonne mastication et de dents bien soignées, malgré quelques dents manquantes. Après deux ans d'institutionnalisation, sa santé bucco-dentaire est désastreuse : il a perdu sa capacité masticatoire, ses prothèses sont tombées et les caries se sont multipliées.

Il existe une corrélation entre l'état de santé bucco-dentaire, l'alimentation et l'état de santé général. L'état buccal détérioré a une incidence sur le choix des aliments, sur le plaisir, sur l'appétit et présente des répercussions sur la facilité à mastiquer, déglutir et à manger entraînant des carences. La qualité buccale demeure le centre des préoccupations des personnes âgées jusqu'à la fin de leur vie. Le vieillissement physiologique agit sur la détérioration de l'état buccal, l'état des prothèses et des dents restantes. L'état buccal a des répercussions sur la qualité de vie. Tout est intriqué.

Le réseau inter-établissements du Val-d'Oise a souhaité mener une action : Bien vieillir, Bien Manger, Bien Sourire, pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD. Le projet retenu visait, en construisant un modèle de formation d'un référent en confort et santé orale, d'un médecin coordinateur et de chirurgiens-dentistes volontaires de proximité dans les 70 établissements du Val-d'Oise reliés au travers d'un réseau, à montrer que la formation des personnels en EHPAD permettait d'atteindre un meilleur état bucco-dentaire. L'action menée ces dernières années présente de très bons résultats sur le terrain.

La prévention de la dénutrition passe par l'évaluation de l'état de santé bucco-dentaire à l'entrée en établis-

sement. Son corollaire est la mise en œuvre de soins adaptés ainsi qu'un maintien quotidien de l'hygiène bucco-dentaire.

Nous allons brièvement vous présenter l'outil MobiQual nutrition-dénutrition-alimentation ainsi que son guide d'utilisation rédigé par l'ARS Ile-de-France. L'outil s'attache à aborder la problématique dans son ensemble, en commençant par le plaisir de manger.

La mallette pédagogique que représente l'outil s'adresse à l'ensemble du personnel de l'établissement : au directeur, à l'équipe de soins, à l'équipe de restauration et au chirurgien-dentiste. Il a pour objectifs la sensibilisation et la formation. La sensibilisation à la dénutrition, en particulier à ses déterminants, de l'ensemble de l'équipe constitue une étape indispensable. Les formations sont pluri-professionnelles et dispensées in situ. Les américains ont montré que les formations les plus efficaces étaient celles se déroulant in situ, avec l'ensemble des équipes. Nous cherchons donc à faire monter la compétence de l'ensemble des professionnels puis à fournir une aide à la pratique grâce à des outils et à des liens de coopération. Nous souhaitons également instaurer une culture de l'évaluation des pratiques. A cet effet, tous les outils proposés contiennent des programmes d'évaluation des pratiques.

Nous vous conseillons de vous rendre sur le site de MobiQual pour y trouver une plaquette de présentation, des fiches pratiques présentant des exemples de bonnes pratiques et les outils d'évaluation recommandés par la HAS. Tous nos outils se basent d'ailleurs sur les recommandations existantes de la HAS et de l'ANAES et des cahiers des charges produits par les plans tels que le plan Alzheimer. Nous disposons également de posters et d'un DVD présentant des séquences filmées. Enfin, les documents de formation sont modifiables.

La plaquette évoque les effets de l'âge sur le statut nutritionnel, les conséquences de la dénutrition et la prévention de la dénutrition. Ce dernier sujet comporte l'hygiène bucco-dentaire, qui a également fait l'objet d'une fiche spécifique. La plaquette évoque également le repérage et le dépistage, le diagnostic de la dénutrition et la prise en charge commençant par une enquête alimentaire sur 3 jours. Cette dernière inclut également l'activité physique, qui constitue un sujet important dans la mesure où elle permet de lutter contre la sarcopénie. Nous avons de plus réservé un sort aux régimes restrictifs, qui ne sont pas pertinents chez une personne très âgée en EHPAD, l'important étant qu'elle mange. Une difficulté rencontrée par les soignants est que les familles assimilent parfois l'abandon de ces régimes à de l'abandon de soin.

Les fiches pratiques sont au nombre de 12 :

1 « *Bouger* »

Elle concerne l'activité physique. Manger sans bouger n'empêche pas la fonte des muscles

2 « *S'hydrater en buvant et en mangeant* ».

3 « *L'hygiène bucco-dentaire* »

Elle se penche notamment sur l'hygiène buccale après le repas ainsi que sur le devenir des prothèses dentaires. Une prothèse trempant toute la nuit dans une solution ne constitue pas toujours une situation idéale. De plus, la prothèse elle-même n'est pas nécessairement la bonne solution. Certaines personnes qui mangeaient correctement ne mangent plus une fois appareillées.

La fiche en question fait partie du cahier infirmier. Elle évoque trois cas de figure : la personne consciente et capable d'effectuer son hygiène bucco-dentaire, la personne incapable d'effectuer cette dernière et la personne incapable qui y est opposée.

4 « *L'aide au repas* »

Elle montre les gestes simples et essentiels.

5 « *Les aides techniques pour le repas* »

Ces aides sont apportées pour une meilleure indépendance, une plus grande sécurité de la personne au moment des repas.

La fiche a un abord assez large. Elle met par exemple en évidence les troubles de la vision. Un trouble de la vision centrale ou de la notion de couleur peut nuire à la perception de l'assiette. Les différents appareillages permettant les aides techniques sont donnés.

6 « *Le danger des régimes restrictifs* »

Les régimes restrictifs ont été exclus, sauf cas exceptionnels, même par exemple les régimes sans sel pour les insuffisants cardiaques sauf en cas de décompensation aiguë. Le propos est de faire manger les personnes avant tout.

7 « *Quand les apports alimentaires ne suffisent pas* »

Lorsque les apports alimentaires sont insuffisants, il est possible d'enrichir l'alimentation de manière naturelle, nous en donnons des exemples.

8 « *Les troubles de la déglutition* »

En premier nous sensibilisons les équipes sur les troubles de la déglutition. Les personnes peuvent en effet cesser de manger en raison de tels troubles. Nous expliquons une approche graduelle d'évaluation et de traitement.

9 « *Alimentation et maladie d'Alzheimer* »

10 « *Le refus alimentaire* »

Il est frappé d'une urgence d'exploration avec une réflexion pluridisciplinaire. S'il ne faut pas nécessairement faire manger à tout prix, il convient de se pencher sur les causes et le sens du refus alimentaire.

11 « *le pèse-personne* »

Il doit être adapté.

12 « *Les systèmes de restauration en EHPAD* »

Autogestion ou sous-traitance ? Il n'est pas possible d'enrichir les aliments lorsque la prestation est totalement externalisée.

Nous proposons 3 fiches, sous la rubrique ils le font, donnant des exemples tirés de la pratique de ce qui peut être fait d'un point de vue alimentaire par les professionnels :

- Trucs et astuces pour enrichir vos recettes..
Ils ne constituent d'ailleurs pas des bonnes pratiques mais uniquement des conseils.
- Cuisine à texture modifiée et enrichie
Les exemples proviennent du réseau LINUT, en Limousin
- Le restaurant à Muzillac : histoires de cocottes
C'est l'exemple d'un restaurant d'une structure ouvert vers l'extérieur et qui permet de garder le lien social, le bien manger ensemble.

MobiQual propose également 6 outils d'évaluation recommandés par la HAS sous forme de fiches :

- Une courbe de poids, avec au verso les éléments du diagnostic de dénutrition.
La mesure du poids est la base de l'évaluation du statut nutritionnel,
- Une grille de surveillance alimentaire, avec au verso un algorithme pour adapter la prise en charge.
Elle permet de savoir ce que mange réellement la personne,
- Evaluation des portions alimentaires
Elle est issue de Suvimax,
- Recueil des goûts et réticences alimentaires
Cela permet d'adapter les repas,
- MNA®
Il permet l'évaluation de l'état nutritionnel,
- Echelle de Blandford
Elle permet l'évaluation des troubles du comportement alimentaire dans le cas de la maladie d'Alzheimer.

MobiQual propose également deux posters. Le premier, établi d'après l'étude Suvimax, concerne l'évaluation des portions alimentaires. Le deuxième traite de l'adaptation de la prise en charge nutritionnelle, lors du suivi d'une personne dénutrie, selon les recommandations de la HAS de 2007.

Un DVD-Rom est aussi adjoint comportant :

Une session DVD avec 5 séquences vidéo :

- l'aide au repas (3.43)
- les aides techniques pour le repas (3.20)
- le confort de la personne au moment du repas (2.30)
- les ateliers diététiques (2.54)
- l'activité physique favorise l'autonomie (4.20)

Une session « annexes »

- vidéos flash: reprise des 5 séquences en version compressée pour envoi par courrier
- diaporama de formation: 90 vues en power point
- fichiers imprimables: documents inclus+ guides et recommandations
- adresses de sites

Enfin, le programme est évalué au moyen d'un questionnaire à trois rubriques :

- I- impact de l'action sur l'état nutritionnel des résidents ;
- II- impact sur le plaisir de manger et l'activité physique ;

III- participation des personnels et impact en termes de réflexion et d'organisation.

Cela permet d'évaluer l'évolution, à partir d'un avant / après, en particulier celle des pratiques.

Plus de la moitié des EHPAD de France ainsi que 900 IFSI s'appuient sur le programme MobiQual. Ce dernier est également enseigné dans les capacités et dans les DU, à Dauphine dans le cadre des politiques générales ainsi qu'à l'EHESP, pour les responsables qualité.

L'ARS Ile-de-France a mis en œuvre une expérimentation pratique de l'outil MobiQual en établissement. Les informations sur celle-ci ainsi que le guide pratique d'utilisation édité à cette occasion sont disponibles en ligne sur le site de l'Agence.

MobiQual, avec toutes les thématiques et les outils liés, est disponible sur le site :www.mobiqua.org, qui contient également un accès au site sur les risques infectieux en EHPAD.

PERCEPTIONS, REPRÉSENTATIONS ET DIFFICULTÉS DES SOIGNANTS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ ORALE DES PERSONNES ÂGÉES

Marie-Fleur BERNARD

*Cadre de Santé – Service hospitalo-universitaire d'Odontologie
Hôpital Albert Chenevier – Créteil (94)*

Le sujet que je vais aborder a fait l'objet d'un travail de recherche infirmier il y a quelques années. Je vais vous présenter les résultats d'une enquête réalisée auprès d'infirmières où sont mises en évidence les difficultés qu'elles rencontrent dans la réalisation des soins d'hygiène bucco-dentaires. Suite à ce travail, des actions d'amélioration ont été entreprises à l'hôpital Emile - Roux de l'A.P. – H.P..

La prévalence de l'altération de l'état bucco-dentaire des personnes âgées est élevée. C'est d'autant plus le cas pour les personnes en fin de vie ou pour celles qui sont handicapées. Les professionnels paramédicaux savent que l'absence d'hygiène bucco-dentaire provoque de l'inconfort, de la douleur, des infections et a des conséquences physiques et psychologiques importantes. Pourtant, les soins bucco-dentaires demeurent insuffi-

samment réalisés auprès de cette population.

A partir de ce constat, j'ai souhaité comprendre pourquoi ce soin est si peu réalisé par les aides-soignants et les infirmiers. Quatre hypothèses d'explication relevant de quatre domaines différents pouvaient être posées :

- l'état et la réaction des personnes âgées ;
- les aspects organisationnels et institutionnels ;
- les aspects techniques et la méconnaissance des procédures de soins ;
- les représentations et le ressenti des infirmiers et des aides-soignants, sans doute fortement renforcés par les autres difficultés.

Je souhaitais enquêter principalement sur la quatrième hypothèse mais, d'évidence, je ne pouvais demander directement aux soignants quel était leur ressenti ou leur

vécu. J'ai mené des entretiens semi-directifs auprès de dix infirmières après avoir élaboré un guide d'entretien qui a permis d'amener progressivement les soignants à livrer leurs difficultés.

La première difficulté mise en avant par les infirmières interviewées est l'état et la réaction des personnes âgées. En premier lieu le refus de soins est cité. Les personnes en gériatrie ou fortement handicapées peuvent s'opposer aux soins car elles ne comprennent pas les consignes même si le soin réalisé a pour objectif leur bien-être. De même, elles peuvent refuser parce que les soignants ne choisissent pas le bon moment ou les outils appropriés, ou encore parce qu'elles ne demandent pas l'avis de la personne, ou parfois parce qu'elles ne font pas preuve de douceur dans le soin. De plus, il est difficile d'imposer une hygiène bucco-dentaire à des personnes très âgées ou en fin de vie, qui pour certaines, ne se sont jamais souciées d'une telle hygiène au cours de leur vie. Enfin, de nombreuses maladies neurologiques dont la démence peuvent conduire à une opposition forte aux soins.

Si le refus de soin est évoqué comme la raison principale, elle n'est pas la seule.

La rapidité et l'importance de l'altération de l'état buccal s'explique également chez les personnes atteintes de pathologies neurologiques par le fait qu'elles respirent souvent la bouche ouverte et que les soins de suppléance ne sont pas toujours réguliers.

Le ralentissement moteur et intellectuel, lié au handicap est une autre cause de l'insuffisance de soins, de même que l'arthrose et les douleurs. La capacité à penser et à décider pour elle-même est fréquemment diminuée et la personne âgée ne sait et/ou ne peut plus réaliser ses soins.

Dans le cas d'un trismus qui constitue un réflexe et non une opposition les soignants ne vont pas chercher à forcer l'ouverture de bouche, ils vont au contraire vite abandonner.

La souffrance de la personne est un autre motif à l'insuffisance de soin de bouche. Lorsque le soignant est confronté au vieillissement et à la mort prochaine, il lui est difficile d'aller soigner la bouche de l'autre.

Le vieillissement a aussi des répercussions au niveau des tissus qui favorisent la dégradation de l'état buccal. Les nombreux traitements médicamenteux administrés entraînent une sécheresse buccale.

Enfin, le manque de connaissance et l'insuffisance de moyens constitue une autre piste d'explication. Beaucoup de personnes âgées ne savent pas où se rendre et à qui parler pour se faire soigner.

Sur les aspects institutionnels, les soignants mettent souvent en avant le manque de temps. Mais ne s'abrite-t-on pas derrière cette raison, pour ne pas faire le soin ?

S'agit-il d'un véritable manque de temps, ou plutôt d'une question de gestion des priorités, de choix ? Souvent les infirmières s'appliquent à réaliser les soins sur prescriptions médicales, dont les soins d'hygiène bucco-dentaires ne font pas partie, puisqu'ils relèvent de leur rôle propre.

Le manque de personnel, l'absence de travail en binôme aide-soignant/infirmier, la mobilité des soignants sur diverses unités, ainsi que le turnover des patients dans les unités de soins lié au raccourcissement de la durée de séjour, créent des conditions de travail non-facilitantes. L'éclatement des lieux de travail des soignants, le fait qu'ils soient souvent amenés à changer de service, nuit à la bonne connaissance qu'ils ont de leurs patients et donc à l'accompagnement de ces derniers.

La charge de travail des équipes est souvent en lien avec la gravité de l'état de santé des personnes hospitalisées. Les services de soins ne disposent pas d'outils d'évaluation de l'état buccal.

Les prescriptions médicales sont insuffisantes et l'examen buccal à l'entrée en institution n'est pas systématique.

Le manque de transmission orale et écrite entre infirmiers et aides-soignants constitue également une piste d'explication.

Enfin, le manque de produits et de matériels et l'équipement de ces derniers ne facilitent pas la tâche des soignants. En effet, il n'existe pas de set rassemblant tous les produits et matériels nécessaires aux soins d'hygiène buccale.

En ce qui concerne l'aspect technique, les soignants ont une mauvaise connaissance des procédures et des protocoles, qui sont d'ailleurs en nombre insuffisant au sein des unités.

Le temps de réflexion sur l'attention et la qualité des soins est insuffisant. Il n'y a pas d'audit ou d'enquête sur les soins d'hygiène bucco-dentaires, contrairement à ce qu'il se passe pour la douleur ou les escarres par exemple.

Il y a peu de groupe de réflexion éthique, alors que l'absence de soin peut être en soi considérée comme une forme de maltraitance.

Enfin, la formation initiale et continue n'est pas centrée sur les pratiques.

En tant qu'ancien formateur en IFSI, je peux affirmer que nous avons d'importants progrès à accomplir dans le domaine de la formation. Toutefois, des progrès sont en cours et nous permettent d'espérer qu'à l'avenir, le soin bucco-dentaire chez les personnes âgées sera davantage développé.

D'un point de vue psychologique, l'altération de l'état buccal a un impact sur le vécu des infirmières. Leur ressenti est refoulé et bien souvent ces dernières ont des

difficultés à exprimer le sentiment d'intrusion, de dégoût ou de répulsion. C'est comme s'il était interdit de parler de son vécu dans les soins. Pourtant, au cours de l'enquête, les infirmières ont fini par pouvoir dire que le soin était invasif, qu'il impliquait souvent un rapport de force et qu'il conduisait à la mise en place de mécanismes de défense. Elles préfèrent donc parfois abandonner ou fuir ce soin, parce qu'il est trop difficile de s'y confronter.

Par ailleurs, aller dans la bouche de l'autre implique une intimité partagée, la bouche constituant entre autres le lieu de la sexualité et de l'échange, ce qui est loin d'être évident pour le professionnel. Comme, contrairement à ce qui se passe chez le chirurgien-dentiste, les personnes ne sont pas nécessairement volontaires cela rend les choses encore plus difficiles.

Enfin, la régression des patients conduit à des relations infantilisantes, ce qui amène les soignants à être tirillés entre l'obligation de soins et le refus de coopérer de certains patients. Les soignants sont confrontés à la difficulté de savoir jusqu'où aller dans le soin et s'il faut obliger le malade à effectuer ce soin.

Confrontés à la souffrance, à la vieillesse et à la mort, les soignants n'ont pas de groupe de parole qui leur permettrait de s'exprimer.

En raison de ces quatre catégories de difficultés, le constat est alarmant.

En gériatrie, l'état buccal est altéré dans 70 % des cas. En fin de vie, ce chiffre est porté à 90 %.

L'altération de l'état buccal entraîne des conséquences majeures sur l'état physique, sur l'alimentation, sur la déglutition, sur la mastication, sur la respiration, sur la communication, sur les douleurs et sur les infections.

Elle a également des répercussions psychologiques sur l'image et l'estime de soi. Ce n'est pas parce que l'on est un grand vieillard que l'on n'est pas soucieux de son apparence. De même, ce n'est pas parce que quelqu'un se trouve dans les derniers moments de sa vie qu'il ne peut avoir une bouche saine, permettant de manger et de s'exprimer.

L'altération de l'état buccal a de surcroît des conséquences interpersonnelles sur les relations de proximité. Des familles sont parfois en situation de souffrance car elles ne peuvent plus embrasser ou toucher leur proche.

Face à cette situation extrêmement insatisfaisante, un projet clinique infirmier a conduit à mettre en place quatre actions d'amélioration dans un hôpital gériatrique.

En premier lieu un groupe de travail interdisciplinaire a été créé. Faire collaborer les différents professionnels intervenant auprès des personnes âgées, chirurgiens-dentistes, diététiciens, aides-soignants, infirmiers et médecins, est le meilleur moyen d'optimiser les actions pour obtenir le meilleur résultat possible en termes

d'état de santé bucco-dentaire.

Le groupe de travail a permis d'associer le pharmacien, le stomatologue, le médecin, l'infirmière et le psychologue de l'équipe mobile de soins palliatifs, ainsi que des cadres, des infirmiers et des aides-soignants de chaque unité de soins de l'hôpital. Ce groupe a travaillé à la libération de la parole autour des difficultés, à évoquer les différentes représentations du soin buccal et à bâtir des outils en collégialité (exposés ci après). Des laboratoires sont également intervenus en soutien.

Le compagnonnage de l'équipe mobile de soins palliatifs, notamment l'infirmière, constitue la deuxième action. Le terme compagnonnage a son importance, car il ne s'agit pas de donner des leçons et de dire aux équipes qu'elles effectuent mal leur travail mais de collaborer avec elles pour évaluer ensemble l'état bucco-dentaire et leur montrer comment procéder. La notion de collaboration recoupe l'idée de formation-action sur le terrain, qui constitue à mes yeux l'un des moyens de faire évoluer les pratiques. Le rôle de l'infirmière et du médecin de l'équipe mobile étant aussi de valoriser le travail entrepris et d'encourager les soignants.

La troisième action concerne la formation. Il n'existe aucune véritable formation spécifique sur les soins de bouche.

Une journée de formation spécifique sur les soins de bouche a été organisée sur l'établissement, ainsi que deux journées d'action dans le cadre de la Quinzaine du Sourire. Il est essentiel de bâtir une formation comprenant, certes, des apports théoriques de spécialistes du bucco-dentaire comme les chirurgiens-dentistes mais aussi des apports de professionnels de terrain.

En effet, les infirmiers et aides-soignants ne doivent pas être dépossédés de ce soin dans la mesure où, le plus souvent, ce sont eux qui sont au chevet du malade. D'ailleurs les soins de bouche relèvent bien de leur compétence comme cela est précisé dans les décrets professionnels infirmiers et aides-soignants, inscrits au Code de la Santé publique.

La dernière action d'amélioration repose sur la mise en place de la supervision clinique infirmière ou sur l'organisation de groupes de parole.

Assez présente dans les pays anglo-saxons, au Canada et en Suisse, une telle supervision est trop peu développée en France. Elle constitue une manière de réfléchir à sa pratique, à ce qu'on fait concrètement au chevet du malade, à la façon de réaliser le soin, à la manière de l'aborder et de l'informer et aux conséquences sur son vécu. Cette action n'a pu être mise en place mais ne doit pas être abandonnée.



GRILLE D'EVALUATION DE L'ETAT DE LA BOUCHE 1

Etiquette patient

Informez la personne âgée, lui expliquez l'utilité de l'évaluation de son état buccal, cherchez à obtenir sa coopération, la rassurez et insistez sur la notion de confort

| INDICATEUR | OUTIL ET METHODE DE MESURE | PONDÉRATION | | | Dates | | | | | | | |
|---------------------|--|---|---|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 0 | 1 | 2 | | | | | | | | |
| Voix, Communication | Parler avec le patient, Écouter | Normale | Sèche et rauque | Difficulté à parler | | | | | | | | |
| Les lèvres | Observer, regarder, Toucher | Lisses, rosées et humides | Sèches et fissurées | Ulcérations ou Saignements, Douleurs. | | | | | | | | |
| Les dents | Regarder, observer : apparence des dents et ensemble de la dentition | Propres et sans débris Prothèses propres | Plaques et débris localisés (entre dents), Dents abîmées Prothèses dentaires sales. | Douleurs, Plaque dentaire, Débris généralisés, Dents prothèses très abîmées | | | | | | | | |
| Les gencives | Regarder | Roses, fermes et bien dessinées | Inflammatoires, oedémateuses | Débris Saignements | | | | | | | | |
| La langue | Regarder | Rose et humide, présence de papilles | Pâleuse, moins de papilles moins colorée | Rouge et brillante, Noire, Fissurée, boursouflée, | | | | | | | | |
| La salive | Observer | Transparente | Visqueuse, épaisse | Absente | | | | | | | | |
| Les muqueuses | Observer l'apparence des tissus | Roses et humides | Inflammatoires, dépôts, plaques blanches, sans ulcération. | Ulcérations et/ou Saignements, Douleurs. | | | | | | | | |
| La déglutition | Observer, Demander avaler salive | Normale | Douleurs, Bouche sèche, Difficultés à déglutir. | Absence de déglutition, Impossibilité de s'alimenter. | | | | | | | | |
| Le goût | Demander au malade | Normal | Altération du goût | Goût métallique | | | | | | | | |
| Odeurs | Sentir | Normal | Odeur désagréable, Halitose, mauvaise haleine | Odeur insupportable, Putride, malade gêné | | | | | | | | |
| TOTAL | Première évaluation : | Cochez cases, inscrivez un commentaire ou surlignez le problème majeur si nécessaire | | | /20 | /20 | /20 | /20 | /20 | /20 | /20 | /20 |

Rayer les indicateurs qui ne peuvent être évalués ou qui entraînent des réponses qui ne sont pas en lien avec un problème bucco-dentaire, inscrire (NO : non observable), puis ne pas tenir compte de l'item et réduire le score d'autant. Le score doit être retranscrit dans les transmissions ciblées. Si score supérieur à 1 : renouveler l'évaluation ++
 Un score inférieur ou égal à 0 : bouche saine (poursuivre les soins d'hygiène 3 fois/24h)
 Un score entre 0 et 10 : bouche altérée (soins de bouche d'hygiène et/ou médicamenteux toutes les 4 h)
 Un score entre 10 et 20 : bouche très altérée (soins de bouche d'hygiène et/ou médicamenteux toutes les heures si nécessaire)

Prothèses dentaires
 OUI NON
Entretien journalier
 Matin Soir

| TYPE DE BOUCHE | SOINS ROLE PROPRE SOIGNANTS HYGIENE DE BASE 1ère INTENTION | SOINS SUR PRESCRIPTION TRAITEMENTS 2ème INTENTION | RECOMMANDATIONS SURVEILLANCE EFFETS INDÉSIRABLES OU SECONDAIRES DES TRAITEMENTS |
|---|---|--|---|
| <p>BOUCHE DOULOUREUSE</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Procéder aux soins de bouche d'hygiène : Brosse à dents et dentifrice Set de soin de bouche | <ul style="list-style-type: none"> - Procéder aux soins de bouche d'hygiène avec BICARBONATE 14% en rinçage de bouche sur prescription toutes les 3 à 4 h, 14 jours. | |
| <p>APHTES Petites lésions de forme irrégulières, disséminées, avec point blanc au centre, halo inflammatoire rouge vif autour Ils sont favorisés par les carences en cuivre et certains aliments (gruyère, noix, fraises...)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher la cause, consultation en stomatologie, si nécessaire | <p><i>Douleurs : Aphtes et ulcérations localisés</i></p> <p>Anesthésique local : - LIDOCAINE Chorydrate , monohydrate Visqueuse 2% tube de 100g, 1 càc au moment des douleurs, maximum 3 fj, tant que le malade souffre (douleurs buccales post radiques...). <i>Hors A.M.M.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Attention aux risques de fausses routes, application à distance des repas (attendre 3 heures). - Désagréable au goût. - Badigeonner ou tamponner à l'endroit des lésions. |
| <p>HERPÈS Fissures aux commissures des lèvres et/ou vésicules plus ou moins bulleuses, soit desquamées, soit blanchâtres.</p> | | <p><i>Douleurs : Aphtes et ulcérations buccales multiples</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SUCRALFATE Agent protecteur 2 sachets dans 1 verre d'eau, en bain de bouche quelques minutes ou en tamponnements locaux, 4 fj, après repas. Jusqu'à guérison. <i>Hors A.M.M.</i> - ACETYSALICYLATE 1000 1 sachet dans 1 verre d'eau en bain de bouche 3 fj. - ACYCLOVIR crème dermique à 5% tube de 2g. En cas d'herpès labial 1 application 5 fj jusqu'à guérison. - VALACYCLOVIR Chlorhydrate 1 cp jusqu'à 6 cp/j. - IMMUDON 1 à 6 cp/j pour les gingivites. | <ul style="list-style-type: none"> - Si persistance au delà de 7 jours consultation stomatologie |
| <p>ULCÉRATIONS MUCIQUES Érythèmes, œdèmes, desquamation des muqueuses buccales, fissures plus ou moins profondes enflammées, lèvres et langue boursoufflées.</p> | | <p><i>Traitement analgésique par voie générale :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - IBUPROFENE 1c à 400 mg 3 fois/j - PARACETHAMOL (DOLIPRANE DAFALGAN 1 à 2 gel 3 fois/j - MORPHINE titrage selon l'intensité de douleur | <p>Surveillance effets secondaires des AINS.</p> |

Le groupe de travail au sein de l'hôpital a été productif pendant plusieurs années et a conduit à la mise en place :

- d'une grille d'évaluation de l'état buccal ;
- d'une procédure soins d'hygiène non médicamenteux ;
- d'une procédure soins d'hygiène médicamenteux ;
- de recommandations par type de bouche, en fonction des thérapeutiques.

Tous ces outils ont été présentés et validés par la CLSSI (Commission Locale du Service de Soins Infirmiers) et la CME.

La grille d'évaluation de l'état buccal repose sur dix indicateurs (voix/communication, lèvres, dents, gencives, langue, salive, muqueuses, déglutition, goût, odeurs) et vise à aider les soignants à évaluer. Chaque item va être pondéré. Par exemple, des muqueuses roses et humides traduisent un état normal et entraînent une pondération zéro quand des muqueuses inflammatoires présentant des dépôts entraînent une pondération un. Si la bouche est très abîmée, la pondération est de deux. La pondération des items conduit à un score sur 20 qui permet de définir les types de soins à réaliser sur 24 heures pour revenir à un état buccal satisfaisant. Cet outil est notamment utile lors de l'arrivée du malade en institution, afin d'évaluer son état bucco-dentaire pour mettre en place des actions d'amélioration.

En ce qui concerne les recommandations de soins de bouche non médicamenteux et médicamenteux par type de bouche je m'arrête sur le cas de la bouche douloureuse. Celle-ci peut s'expliquer par différentes raisons : aphtes, herpès, ulcérations, mucite. Il y a toujours au préalable les soins correspondant au rôle propre du soignant, avant toute thérapeutique. On s'aperçoit que, souvent, les soignants utilisent des médicaments sans prescription, à mauvais escient et dans la durée, ce qui n'améliore pas l'état bucco-dentaire du patient, et oublie de réaliser l'hygiène. Le premier soin devrait être de brosser les dents du patient. Il y a ensuite les thérapeutiques recommandées et la surveillance de celles-ci.

Une journée de formation professionnelle ouverte au public et aux professionnels du bassin de vie, aux EHPAD et aux familles a également été organisée.

Ensuite, un film de 18 minutes intitulé Réhabilitation des soins de bouche aux personnes âgées, composé de sept séquences montrant en pratique les différentes méthodes d'hygiène, a été réalisé par plusieurs membres du groupe aidés d'un aide-soignant employé au service communication de l'établissement. Ce film a été primé à FILMED et aux entretiens de Bichat.

Pour conclure, la santé orale des personnes âgées passe par le développement des compétences des soignants. Les actions mises en œuvre suite au travail de recherche ont favorisé un meilleur confort, une meilleure autonomie et une meilleure qualité de vie de la personne, au-delà même de la santé orale.

Il convient de poursuivre ces actions dans la durée. Comme dans le cas du Plan Douleur, nos efforts doivent toujours se poursuivre car l'objectif n'est jamais entièrement rempli.

Soigner la bouche correspond à se préoccuper de la personne dans sa globalité, sur les plans physique, psychologique et social.

J'estime que nous devrions faire des EPP sur les soins de bouche et prendre en compte ce soin dans la certification des établissements.

Je pense aussi que l'existence d'hygiénistes dentaires pourrait aider les professionnels dans les unités de soins qui accueillent des personnes âgées fragilisées ou dans les USLD qui prennent en charge des personnes lourdement handicapées.

DÉBAT

De la salle

Le Pr Marysette Folliguet a fait allusion à la délégation de tâches. Sous quelle responsabilité se déroulerait une telle délégation ?

Pr Marysette FOLLIGUET

Les hygiénistes dentaires seraient sous la responsabilité de référents, tels que le médecin ou le chirurgien-dentiste référent d'un établissement.

Dr Dominique BRACHET

Président de l'URPS CD Pays de Loire

Je ne pense pas que la création d'un métier supplémentaire permette de résoudre les problèmes de financement. Aujourd'hui, nous ne manquons pas de personnels mais de fonds pour payer les personnels. Les établissements n'ont pas de difficultés à trouver des infirmiers ou des aides-soignants mais ils ne peuvent pas les payer. Ce n'est pas parce que l'on mettra à disposition des hygiénistes ou des assistants dentaires formés autrement qu'ils pourront les payer. Et si ceux-ci, une fois formés, ne trouvent pas de travail que deviennent-ils ?

Pr Marysette FOLLIGUET

Les ministères ont conscience des besoins en financement des établissements. Si des personnes sont formées à remplir une mission essentielle, les établissements en profiteront.

De la salle

Des cours sur les soins bucco-dentaires sont-ils dispensés en IFSI ? Est-ce au niveau national ou uniquement dans certains IFSI ? Par ailleurs, par qui et comment, plus particulièrement financièrement parlant, les formations in situ évoquées lors de la présentation MobiQual sont-elles assurées ? La formation du personnel soignant est essentielle aussi bien en amont qu'in situ.

Marie-Fleur BERNARD

En ce qui concerne la formation initiale, le référentiel de formation infirmier a évolué en 2009, avec un nouveau programme. Depuis, les IFSI ont abandonné les TP et l'apprentissage pratique est réalisé sur le terrain, avec les pro-

fessionnels de proximité. C'est pourquoi, il convient absolument de développer la formation continue sur des groupes hospitaliers comprenant des apports théoriques, la visualisation de films et éventuellement l'apprentissage de l'utilisation des outils. Je retiens aussi l'idée de l'hygiéniste dentaire travaillant en collaboration avec les directeurs de soin. Comme les cadres de santé, ces derniers ont une mission de formation de terrain des équipes. Nous devons commencer par former les professionnels de terrain et de proximité, qui pourront à leur tour former les étudiants infirmiers et aides-soignants aux pratiques essentielles pour aborder les patients handicapés ou en fin de vie.

Le groupe hospitalier dans lequel j'exerce ne propose aucune formation spécifique sur les soins d'hygiène bucco-dentaire. En revanche sur le Val-de-Marne, deux diplômes universitaires, le DU « Alzheimer et démences apparentées » et Le DU « Procédures de soins en gériatrie », ainsi que la capacité de gériatrie, à l'hôpital Emile Roux, abordent le thème. Un véritable programme de formation demeure à bâtir.

Dr Joseph John BARANES

L'expérimentation du Val-d'Oise a été financée dans sa totalité par la caisse de retraite Réunica. Ce financement nous a permis de monter un modèle de référent en confort et santé orale validé par un maître de conférences des universités en pédagogie de la santé et par un enseignant du diplôme universitaire. L'important est qu'à partir de ce modèle on peut voyager avec MobiQual sur la direction transversale de la formation.

Dr Geneviève RUAULT

S'il convient de parler de la formation initiale, la formation continue est également importante. Ce sujet constitue un thème important de DPC pour l'ensemble des professionnels. Le Conseil national professionnel (CNP) de gériatrie qui réunit la Société française de gériatrie, le collège des enseignants, les syndicats de gérontologie clinique, la FAMCO, le syndicat des médecins généralistes et gériatres intervenants en EHPAD, le nouveau syndicat auprès de la CFMF et ANGGEL, l'association des gériatres et gérontologues intervenant en libéral, portera cette thématique. Nous avons demandé notre agrément en tant qu'ODPC non seulement en ce qui concerne les médecins mais également pour les

infirmiers, les aides-soignants et les diététiciennes dans un but de cohérence et d'harmonisation des pratiques et de travail dans l'inter-professionnalité.

Le travail sur nutrition-dénutrition-alimentation et les déterminants est actuellement en cours d'adaptation avec l'ensemble des fédérations de soins et d'aide à domicile, qui ont signé avec nous une convention, à l'ensemble des acteurs du soin et de l'aide à domicile. Si certains aides à domicile n'ont pas de compétences soignantes, ils ont une compétence d'attention à certains éléments tels que la dépression et la prévention du suicide. Il leur est également possible de regarder dans le réfrigérateur, élément significatif qui peut laisser penser à une dénutrition. La transversalité implique les acteurs de proximité à domicile, les médecins libéraux, les EHPAD et les établissements sanitaires. Cette thématique est extrêmement importante dans le cas des parcours des PAERPA.

MobiQual est financé par la CNSA. Ces outils sont donc disponibles gratuitement, moyennant une charte d'engagement d'entrée dans la démarche. Cette charte correspond à affirmer que les outils seront véritablement utilisés et qu'ils ne serviront pas qu'à caler une table.

De la salle

Madame Bernard, le programme de formation que vous proposez aux soignants évoque-t-il les signes d'alerte qui peuvent être rencontrés dans la cavité buccale, tels que des ulcérations d'origine dentaire ou prothétique? Proposez-vous des préconisations face à ces signes d'alerte ?

Marie-Fleur BERNARD

Je ne suis plus formateur et travaille maintenant au service d'odontologie universitaire de Créteil. Lorsque j'étais formateur, je m'efforçais d'apporter dans le module de gérontologie des éléments en supplément de la dénutrition. Nous insistions beaucoup sur le besoin d'un examen minutieux de la cavité buccale, en commençant par l'examen de la bouche avant qu'elle soit ouverte, sur l'utilisation d'une lampe pour analyser les muqueuses, sur le fait d'ôter les prothèses pour examiner etc... Nous indiquions que le premier pas à effectuer est d'interroger le patient afin de savoir comment ce dernier vit son état buccal.

De la salle

De fait, nous nous situons dans le cadre d'une délégation de tâche.

Marie-Fleur BERNARD

Il ne s'agit pas d'une délégation de tâche car l'examen de l'état du corps relève du rôle de l'infirmier. L'examen de la cavité buccale fait partie de leur travail comme l'examen des risques hémorragiques, des escarres ou de la douleur.

TABLE RONDE : PARTAGE D'EXPERIENCES

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET NUTRITION DES SENIORS EN LORRAINE



Dr Eliane ABRAHAM

Médecin coordonnateur - Réseau Gérard Cuny - Nancy - Lorraine

Éléments de contexte

Les réseaux gérontologiques en région Lorraine ont constaté dans leur population de personnes âgées fragiles, les conséquences d'une absence de suivi bucco-dentaire.

A l'initiative du Dr Deutscher, médecin coordonnateur régional pour l'Association Régionale de Mutualité Sociale Agricole de Lorraine (ARMSA), le Collège des Gériatres Lorrains a souhaité répondre à l'appel à projet Bien vieillir, lancé par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dans le cadre du programme national Bien vieillir 2006, afin d'apporter une réponse collégiale à ce constat.

Le projet ainsi déposé, intitulé « Santé bucco-dentaire et nutrition des seniors en Lorraine », reposait sur 2 stratégies d'intervention complémentaires :

- Une démarche de formation vers les médecins traitants et les chirurgiens-dentistes, privilégiant une rencontre et des débats interdisciplinaires, un partage de connaissances et une réflexion commune sur la prise en charge de la santé bucco-dentaire pour en améliorer la qualité;
- Une démarche d'information des seniors actifs âgés entre 55 et 75 ans, sur la santé bucco-dentaire et nutritionnelle.

Le programme, mené entre 2006 et 2008, s'appuyait également sur une mutualisation de moyens d'intervention de 7 réseaux gérontologiques en Lorraine : Réseau Gérard Cuny (Nancy), Age et Santé (Bar le Duc), ReseauLun (Lunéville), Gérontonord (Thionville), Vermois et Sel (Saint Nicolas de Port), Regeme (Creutzwald) et Regesa (Dieuze).

Objectifs

Le projet « Santé bucco-dentaire et nutrition des seniors

en Lorraine » avait pour objectif de contribuer à l'amélioration ou au maintien de la santé bucco-dentaire des seniors actifs, âgés entre 55 et 75 ans, en région Lorraine afin:

- D'améliorer la prise en compte des problématiques de santé bucco-dentaire et nutritionnelles des seniors par les médecins traitants et les chirurgiens-dentistes, en formant 100 médecins traitants et 50 chirurgiens-dentistes;
- De rendre acteurs les seniors dans le maintien ou l'amélioration de leur santé bucco-dentaire et nutritionnelle en mobilisant et informant 500 seniors.

Déroulement du programme :

La mise en place du programme s'est déroulée en plusieurs étapes :

- 1 Constitution d'un comité de pilotage du programme, composé des médecins coordonnateurs de 3 réseaux gérontologiques lorrains ;
- 2 Création d'un groupe de travail en charge d'élaborer les supports de formation des professionnels, et de construire les outils d'information des seniors. Différents outils ont ainsi été modélisés :
 - des supports d'intervention Powerpoint pour les formations professionnelles et pour les conférences débats destinées aux seniors ;
 - 1000 mallettes pédagogiques remises lors des rencontres avec les professionnels et les seniors contenant :
 - les supports d'intervention Powerpoint;
 - 3 documents créés spécifiquement pour le programme sur : l'histoire de la brosse à dents et du dentifrice, les gestes quotidiens d'hygiène bucco-dentaire, les possibilités d'adaptation de sa nutrition en fonction de ses possibilités de mastication ;
 - un échantillon de matériel de soin quotidien dentaire (fil dentaire, dentifrice, brosse et brosses) et un carton de retour pour la consultation de dépistage auprès du chirurgien-dentiste pour les seniors ;

- des brochures existantes : « La gencive : le garde du corps de votre sourire », « A chaque âge son brossage » (UFSBD), « Guide nutrition à partir de 55 ans », « Guide nutrition pour les aidants de personnes âgées », « Pense-bête nutrition », « Guide des ressources en information et éducation nutritionnelle » (INPES), « L'équilibre alimentaire n'en faites pas tout un plat » (CERIN) ;
 - le matériel de démonstration : maxi mâchoire et sa brosse à dents ;
 - des outils de communication et de mobilisation : affiches pour les conférences séniors (300 exemplaires) et cartons d'invitation pour les professionnels (5000 exemplaires), autocollants avec le visuel du programme.
3. Formalisation de l'engagement des réseaux à participer au programme et à organiser au moins une action de formation professionnelle et une action d'information grand public sur leur territoire ;
 4. Formation des formateurs : formation de chaque binôme intervenant (gériatre / chirurgien-dentiste) sur chacun des territoires à l'animation des formations destinées aux professionnels et des conférences débats dédiées aux séniors ;
 5. Mise en place et animation, sur chacun des territoires concernés, d'une ou plusieurs réunions d'information grand public et d'une ou plusieurs formations destinées aux professionnels de santé (médecins traitants, chirurgiens-dentistes) ;
 6. Evaluation du programme.

Les résultats du programme

- Le programme a été décliné sur les 7 territoires prévus :
- Réseau Gérard Cuny (Nancy) : 6 sites de conférences séniors, 2 sites de formation professionnelle ;
 - Age et Santé (Bar le Duc) : 3 sites de conférences séniors, 2 sites de formation professionnelle ;
 - ReseauLu (Lunéville) : 2 sites de conférences séniors, 1 site de formation professionnelle ;
 - Gérontonord (Thionville) : 1 site de conférence séniors, 1 site de formation professionnelle ;
 - Vermois, Sel et grand couronné (Saint Nicolas de Port) : 2 sites de conférences séniors, 1 site de formation professionnelle ;
 - Regeme (Creutzwald) : 3 sites de conférences séniors, 2 sites de formation professionnelle ;
 - Regesa (Dieuze) : 2 sites de conférences séniors, 1 site de formation professionnelle.
- Le programme d'intervention auprès des séniors a été décliné sur 19 sites, pour un total de 437 personnes concernées, soit 87 % de l'objectif fixé. 22 % des participants sont allés consulter un chirurgien-dentiste dans les 3 mois qui ont suivi l'action.

Le niveau de satisfaction des séniors a pu être évalué selon plusieurs critères, portant à la fois sur le cadre de réalisation (accueil, lieu de tenue de la conférence) et le contenu des apports et des échanges (intérêt sur le sujet traité, outils distribués et intervenants). Sur l'ensemble des sites de conférences concernés, 97,8 % des participants se sont dits satisfaits ou très satisfaits.

Ce sujet « nouveau » qu'est la santé bucco-dentaire a donc su mobiliser largement les séniors actifs ou jeunes retraités, et ce, malgré 2 facteurs limitants :

- ce public est fortement sollicité de toute part par des actions diverses (et leur participation à cette action témoigne de l'intérêt porté),
- la météorologie très perturbée pendant la période du programme (chutes de neige) n'a pas facilité le déplacement des personnes.

La formation à destination des professionnels a été mise en place sur 10 secteurs en Lorraine, pour un total de 95 médecins traitants et 58 chirurgiens-dentistes, soit 153 professionnels formés. L'objectif a été presque atteint concernant les médecins (100) et a été dépassé en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes (50).

Le contenu et les apports de la formation sur la santé bucco-dentaire ont répondu aux attentes d'une majorité des médecins traitants et des chirurgiens-dentistes qui ont pu y assister. Néanmoins, certains participants auraient souhaité que certains sujets soient davantage développés : gestes quotidiens de prévention, éducation des séniors, examen clinique dentaire.

L'atteinte de l'objectif d'amélioration de la prise en compte des problématiques de santé bucco-dentaire et nutritionnelles des séniors par les médecins traitants et les chirurgiens-dentistes a été mesurée en comparant l'état des connaissances sur la santé bucco-dentaire des professionnels avant la formation (pré-test) versus à l'issue immédiate de la formation (post-test).

Avant la formation, certains déterminants de santé essentiellement sociaux ou psychosociaux étaient bien identifiés par la grande majorité des professionnels comme ayant une relation avec l'hygiène bucco-dentaire des séniors : la nutrition, la vie relationnelle, l'estime de soi et l'autonomie de vie. D'autres déterminants, plus médicaux, apparaissaient plus méconnus pour une proportion importante de professionnels : les chutes, l'infection urinaire, la fracture du col fémoral ou l'autonomie à la marche.

En post-formation, il est apparu que les intervenants ont convaincu de façon probante les participants sur certains déterminants de santé liés à l'hygiène bucco-dentaire, comme l'hospitalisation ou l'autonomie à la marche. Il en va de même pour la question des chutes, des infections urinaires ou des fractures du col du fémur.

Conclusion

La mise en place et la réalisation de ce programme a reposé sur un partenariat très riche impliquant les réseaux de santé Personnes Agées, les chirurgiens-dentistes et les médecins traitants.

Ce programme constitue également une réalisation concrète dans la recherche d'une mutualisation de moyens des réseaux gérontologiques. Ce programme a pu être décliné simultanément sur l'ensemble des 7 territoires prévus, garantissant dans le même temps une certaine équité territoriale pour le public concerné. La mise en place de l'action à un niveau local a été rendue possible par le partenariat développé avec les communes. Sur certains territoires, des séniors se sont impliqués dans l'organisation des conférences-débats.

Le programme d'intervention a concerné un total de 437 séniors et a donc su mobiliser très largement ce public sur un sujet a priori peu fédérateur et peu exploité ou médiatisé en éducation pour la santé à ce jour.

Concernant les formations professionnelles, 95 médecins traitants et 58 chirurgiens-dentistes ont été concernés. Le programme de formation a donc su impliquer largement ces professionnels, malgré les difficultés à mobiliser sur ce sujet, et sur une fin d'année particulièrement chargée en termes de sollicitations. Ces formations ont incontestablement permis des échanges, des débats et des liens entre ces 2 typologies de professionnels.

Les limites au programme

Ce type d'action, répondant aux missions de prévention, de formation et d'information des réseaux gérontologiques, nécessite une organisation logistique lourde, restant à la charge des équipes des réseaux et s'ajoutant au travail habituel autour de la prise en charge des patients.

La réalisation d'un programme régional décliné localement ne peut se faire sans une appropriation locale des techniques et outils d'intervention par les équipes des réseaux.

On peut raisonnablement penser que l'objectif « d'améliorer la prise en compte des problématiques de santé bucco-dentaire des séniors » est globalement atteint. Pour ce qui relève des pratiques médicales, cette évaluation ne peut se faire qu'à moyen ou long terme.

Continuité et appropriation du projet à moyen et long terme

• Les outils d'intervention utilisés sur ce thème de la santé bucco-dentaire sont maintenant modélisés et,

dans une optique de valorisation et de partage de ceux-ci, sont disponibles sur le site Internet du réseau Gérard Cuny (www.reseau-gerardcuny.com) et les professionnels se les approprient.

- Cette première expérience de programme mutualisé entre réseaux gérontologiques s'est poursuivie par d'autres projets sur d'autres priorités de santé (consommation d'alcool chez le sujet âgé fragile, déficiences visuelles...).
- Ce programme a permis d'enclencher la mise en place d'enseignements partenariaux : cursus de formation des chirurgiens-dentistes et formation des médecins gériatres.
- Les travaux menés sont repris par l'Agence Régionale de Santé de Lorraine dans le cadre du Programme Régional de Santé.

LE PROGRAMME « LA VIE À PLEINES DENTS, LONGTEMPS »



Nicole BOUKHEROUFA

*Coordinatrice régionale
Service Prévention et Promotion de la Santé
Mutualité française Bourgogne*

En France, on compte 13 millions de personnes de plus de 60 ans et 4,7 millions de plus de 75 ans. 6 % d'entre elles vivent en établissement¹.

Leur santé bucco-dentaire apparaît comme une préoccupation nationale dès 2003 dans le plan Mieux Vieillir, puis dans la loi de santé publique du 9 août 2004 et le Programme National Nutrition Santé 2005-2008.

Le Ministre de la Santé et des Solidarités, Xavier Bertrand, a lui-même appuyé ces actions lors du congrès de l'association dentaire française, fin 2005 : « Je souhaite aussi que la situation des personnes âgées dépendantes, hébergées en établissements, soit mieux prise en compte. Leur état bucco-dentaire alarmant a un retentissement sur leur état général (infections, dénutrition, dégradation de l'image de soi). Il faut donc promouvoir la création d'une offre de soins adaptée dans les EHPAD² ».

En effet, une étude³ révèle qu'une grande majorité des résidents ayant encore des dents naturelles nécessite des soins :

- 44 % ont besoin de soins parodontaux ;
- 53 % ont besoin d'extraction ;
- 33 % ont besoin de soins conservateurs ;
- 53 % ont besoin de création ou de modification de prothèse ;
- 48 % n'ont pas consulté depuis plus d'un an.

Parallèlement, les plans régionaux de Santé publique ont relayé concrètement cette préoccupation nationale. Aussi c'est en Bourgogne qu'a été initiée, début 2006, l'élaboration d'un programme de santé bucco-dentaire en faveur des personnes âgées accueillies dans les établissements et services mutualistes.

Fort de l'expérience bourguignonne, le programme « La vie à pleines dents, longtemps » est aujourd'hui déployé dans 11 régions et porté par les services régionaux de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française, en capacité d'apporter une réponse locale à ces orientations nationales. Il bénéficie d'un financement et d'une expertise par le réseau des établissements médico-sociaux mutualistes (Génération Mutualistes),

le pôle Prévention promotion de la santé de la Direction santé de la Mutualité Française et le réseau des centres de santé mutualistes.

Présentation de « La vie à pleines dents, longtemps »

« La vie à pleines dents, longtemps » est un programme de formation-action sur la prévention bucco-dentaire. Il est conçu pour les professionnels des établissements⁴ et des services d'aide à domicile⁵ (aides-soignants, infirmiers, direction, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie, cuisiniers...).

Son but est de générer une prise de conscience sur l'importance d'une bonne hygiène de la bouche et sur les conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire, en encourageant la toilette au quotidien et le recours aux actes de prévention et de soins, ces actes permettant ensuite d'améliorer considérablement la santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement ou accompagnées à domicile.

Les formations sont animées par des professionnels de santé : gériatres, infirmiers, chirurgiens-dentistes.

Objectifs du programme

- Former et sensibiliser à la fois les professionnels, les personnes âgées et leurs familles.
- Améliorer les connaissances et travailler sur les représentations pour lever les obstacles à la mise en place de bonnes pratiques bucco-dentaires.
- Développer les « savoir-faire » au niveau de la toilette bucco-dentaire et des soins (dents, appareil, bouche).
- Articuler les actions en santé bucco-dentaire et l'initiation d'actions portant sur la nutrition et la prévention de la dénutrition.
- Favoriser les échanges et la dynamique de groupe afin d'améliorer l'appropriation du thème et la transition entre théorie et pratique au quotidien.
- Faire évoluer les pratiques professionnelles et l'organisation des soins au niveau des différents établissements et services.

Déroulement du programme en région

Les responsables prévention de la Mutualité Française

et les professionnels de santé interviennent auprès des équipes des établissements et des services de soins à domicile. Les principales étapes de la mise en place du programme sont les suivantes :

- Diagnostic initial et identification des professionnels à former.
- Formation de 2 jours animée par un formateur en Prévention Promotion de la santé et par des intervenants spécialistes (gériatre, infirmier, chirurgien-dentiste). La formation est dispensée à des groupes d'environ 15 stagiaires, pluridisciplinaires (y compris la direction) et venant d'établissements ou de services différents :
 - Situation bucco-dentaire des personnes âgées et résistance aux soins ;
 - Les représentations de la bouche et les soins afférents ;
 - Fonctions et pathologies de la bouche liées au vieillissement ;
 - Lien avec l'état de santé général de la personne âgée ;
 - Lien entre santé bucco-dentaire, esthétique et estime de soi ;
 - Lien entre santé bucco-dentaire et nutrition ;
 - Aspects relationnels et techniques de la toilette bucco-dentaire.
- Nomination du "référént bucco-dentaire" (chargé de l'animation du projet bucco-dentaire dans l'établissement) par la direction, parmi les professionnels formés.
- En établissement uniquement : séance de sensibilisation auprès des résidents et des familles (en présence des professionnels formés et du référent buccodentaire de l'établissement). Distribution de dépliants et de trousse dentaires.
- Séance de sensibilisation de l'ensemble du personnel (en présence des professionnels formés et du référent bucco-dentaire). Distribution de supports d'information.
- Mise en place du protocole bucco-dentaire selon les modalités définies localement. Dans les établissements, ce protocole inclura notamment : un examen bucco-dentaire, le recensement des résidents porteurs de prothèses, deux toilettes par jour, des pesées régulières et l'identification des prothèses par un marquage des initiales.
- Temps d'analyse de la pratique et d'échanges, 4 à 12 mois après la formation, avec les référents bucco-dentaires des établissements et des services d'aide à domicile de la région.
- Animation du projet bucco-dentaire au quotidien sous l'impulsion de la direction et du référent bucco-dentaire.

Des outils de communication adaptés

Des outils de communication et d'information adaptés aux différents publics sont diffusés en suivant les étapes

du programme et matérialisent ainsi son développement dans les établissements auprès des différents publics (le personnel, les familles, les résidents et les différents acteurs professionnels libéraux et institutionnels).

Une évaluation très positive du programme

Déployé en Bourgogne depuis 2007, « La vie à pleines dents, longtemps » a fait l'objet d'une évaluation par l'Observatoire Régional de la Santé en 2009.

En trois ans, le programme a permis de former 365 professionnels relais dans la région Bourgogne, répartis sur les 18 établissements mutualistes et l'ensemble des SSIAD et services prestataires. Parmi ces professionnels, les trois quarts accompagnent des personnes âgées confrontées à des problèmes de santé bucco-dentaire. Outre le niveau de satisfaction très élevé chez plus de 85 % des professionnels formés, près des deux tiers ont déclaré que la formation avait eu une influence positive sur leurs pratiques professionnelles.

La compétence développée la plus souvent citée est l'appropriation de méthodes de soins, suivie de la vigilance par rapport au dépistage de problèmes bucco-dentaires et l'aptitude au conseil.

Près de 65% des professionnels déclarent ainsi avoir modifié leurs habitudes de travail et intégré complètement l'hygiène bucco-dentaire dans les soins à la personne.

En 2010, l'objectif était atteint : les résidents bénéficient désormais au quotidien des 2 toilettes recommandées dans le programme.

L'ORS poursuit l'évaluation du programme à travers des indicateurs de processus et de résultats.



L'ASSOCIATION DOMIDENT 31

Dr Brigitte PINCE

Présidente de l'Association DOMIDENT 31 – Haute Garonne

DOMIDENT est une association créée en 2006 par des chirurgiens-dentistes libéraux qui a pour but de promouvoir l'accès aux soins et la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes ne pouvant se rendre dans une installation professionnelle fixe, techniquement aménagée pour l'art dentaire.

DOMIDENT est une association créée en 2006 par des chirurgiens-dentistes libéraux qui a pour but de promouvoir l'accès aux soins et la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes ne pouvant se rendre dans une installation professionnelle fixe, techniquement aménagée pour l'art dentaire.

Objectifs

- Assurer la prise en charge bucco-dentaire des patients âgés dépendants sur leur lieu de vie habituel (domicile ou institution),
- Améliorer la prévention des pathologies dentaires, en partenariat avec l'Union française pour la Santé bucco-dentaire,
- Améliorer la nutrition et par conséquent l'état de santé des personnes âgées dépendantes.
- Développer un savoir-faire en matière de soins spécifiques des patients âgés dépendants,
- Favoriser la coopération et la coordination des professionnels de santé impliqués dans les soins gériatriques (gériatres, médecins généralistes, infirmiers, orthophonistes, aides-soignants, etc...),
- S'intégrer à des équipes de soins pluridisciplinaires dans des bassins de santé à forte carence médicale.

Organisation des soins

Parcours de soins à domicile ou en EHPAD

Pour contacter l'association, l'EHPAD, le patient, la famille, ou le médecin du patient, appellent le coordinateur. Celui-ci contacte le praticien membre de l'association le plus proche du patient pour une première visite du malade.

Le praticien concerné se déplace au chevet du patient pour réaliser un diagnostic et établir un projet thérapeutique.

3 Propositions de prise en charge selon le degré de dépendance du patient :

- Les soins doivent être réalisés dans un cabinet dentaire
Acheminement du patient avec Véhicule Sanitaire Léger (VSL), Ambulance, moyen personnel.

- Les soins peuvent être réalisés au domicile ou en EHPAD

L'association met à la disposition de ses adhérents des mallettes de soin et de prothèse.

- Les soins nécessitent une intervention spécialisée (MEOPA)

Acheminement du patient par VSL, Ambulance vers le CHU ou vers un plateau technique adapté pour une hospitalisation ambulatoire.

Etant donné le contexte de fragilité et de pathologies multiples et multifactorielles rencontré chez les patients âgés dépendants, il n'est pas souhaitable ni possible de réaliser tous les actes et soins dentaires régulièrement effectués au cabinet dentaire. DOMIDENT propose d'établir une démarche de soins adaptée aux personnes âgées dépendantes, garantissant une sécurité sanitaire aux patients pris en charge. Les soins dispensés répondent aux données acquises de la science et prennent en compte la dépendance du malade pour la réalisation de l'acte de soin. Les praticiens sont rémunérés directement par les patients selon l'article R4127-210 du code de santé publique.

Moyens mis à la disposition des membres du réseau :

- Des équipements spécifiques répondant au mieux aux souhaits émis par des praticiens officiant sur le terrain. Deux types d'équipements contenant chacun des miroirs éclairants pour faciliter l'examen buccal dans une situation réputée difficile:

- Des mallettes de soin; véritables plateaux techniques mobiles, ergonomiques, fiables, (avec compresseur, détartreur, micro-moteur, turbines et contre-angles) permettant de réaliser soins et détartrages.
- Des mallettes de prothèse permettant de réaliser des prothèses adjointes ainsi que des retouches de prothèses amovibles déjà existantes pour améliorer leur adaptation.

- Une charte du praticien qui définit l'exercice du chirurgien-dentiste sur le plan de la déontologie, du fonctionnement, du mode d'exercice, de la rémunération des actes de soin.

- Une fiche navette (secrétariat + praticien) remplie à chaque intervention, par le secrétariat et le praticien intervenant et remise au coordinateur en fin d'année pour

évaluation des actions de DOMIDENT et dotation d'un défraiement correspondant au déplacement du praticien.

Bilan du fonctionnement

Le développement de l'activité de DOMIDENT tient à son organisation de plus en plus structurée: étendue du réseau en relation avec l'augmentation du nombre de praticiens, secrétariat dédié, coordination, acquisition de nouveaux équipements, convention avec les établissements médico-sociaux, praticiens référents et référents bucco-dentaires dans les EHPAD.....

La création par l'ARS de bassins de santé a initié la mise en place d'une structure DOMIDENT sur certains bassins de Midi-Pyrénées en vue d'étendre ce mode de fonctionnement à toute la région.

Sur le seul département de la Haute Garonne plus de 500 patients ont été soignés à domicile, dont 80% d'appels émanant des institutions. L'âge moyen des patients est de 82 ans. Les femmes représentent 70% de la population traitée. Les patients pris en charge sont en état de grande dépendance, l'indice GIR des patients en institution se situe aux alentours de 2-3.

Appels téléphoniques

Le nombre des appels reçus par le secrétariat augmente régulièrement chaque année. De plus, les établissements médico-sociaux ayant déjà un correspondant DOMIDENT font directement appel à lui.

En réalité un praticien est dédié à un établissement médico-social, sachant que pour l'instant, faute de praticiens, tous les établissements ne bénéficient pas de la visite régulière d'un praticien.

Soins réalisés

Les praticiens consultés, réalisent une visite à domicile qui peut être suivie de séances ultérieures faites d'actes de soin ou de prothèse. Les actes de chirurgie seront réservés aux soins réalisés sur un plateau technique ou sous MEOPA en hospitalisation ambulatoire.

Même si l'ARS met l'accent sur ce point auprès des établissements, étant donné les problèmes d'observance des règles d'hygiène, les pathologies rencontrées le plus souvent chez les personnes âgées dépendantes concernent les problèmes parodontaux ; viennent ensuite la confection ou les réadaptations de prothèse adjointe.

Engagement des praticiens

Pour valoriser l'engagement des praticiens impliqués, l'association a réussi à obtenir auprès des institutions un soutien financier qui a permis de leur délivrer une indemnité de déplacement lors de leurs multiples interventions.

Par ailleurs, les praticiens apprécient le partenariat de DOMIDENT 31 : fiches navettes, matériel, prise de rendez-vous, mise à disposition d'un référent dans les établissements, d'un dossier médical bucco-dentaire du patient, d'un lieu suffisamment éclairé dans les établissements médico-sociaux.....

Dotation d'équipements

Les subventions apportées par les institutions (ARS, CPAM) permettent à l'association de faire l'acquisition de nouveaux équipements.

Rôle d'expert

DOMIDENT 31 a été contacté régulièrement par des praticiens d'autres secteurs géographiques pour des conseils de prise en charge de patients.

La caisse primaire d'Assurance Maladie consciente du problème de la prise en charge bucco-dentaire des patients dépendants, soutient les praticiens dans l'exercice du soin à domicile et prend en charge le déplacement du patient dépendant vers les cabinets de ville.

Différentes commissions COTER ont été mises en place par l'ARS, pour une réflexion sur la prise en charge des patients âgés dépendants et des patients atteints de démences type Alzheimer. Les membres de DOMIDENT 31 sont invités à participer à cette dynamique qui prévoit une organisation tenant compte des zones carencées en praticiens.

De son côté le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, initiateur du projet DOMIDENT, prévoit d'articuler avec DOMIDENT différentes organisations, telles qu'HANDIDENT et l'Union française pour la Santé bucco-dentaire autour de la prise en charge de la personne âgée dépendante.



ACTION NABUCCOD « PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION EN EHPAD »

Dr Philippe POISSON

Chef de projet de l'Action NABUCCOD – Aquitaine

L'action NABUCCOD est un volet du Plan National Nutrition Santé (PNNS) Aquitain destiné à répondre aux situations de dénutrition qui touchent

une part non négligeable des personnes âgées dépendantes hébergées en institution (environ 20 % - DRASS Aquitaine 2007). Une altération de l'état bucco-dentaire apparaît comme l'un des facteurs de risque de dénutrition. En Aquitaine, des études menées par l'Université et le CHU de Bordeaux (2007) ont relevé près de 90 % de besoins en soins bucco-dentaires chez les personnes âgées en court séjour.

A partir de ces résultats, l'action NABUCCOD a été lancée dans la région Aquitaine. Elle se compose de cinq interventions coordonnées dont l'évaluation a été conduite par l'ISPED - Université de Bordeaux.

1 EPP Gériatrie et Gérodontologie

La première intervention a concerné les directeurs, les médecins coordonnateurs, les infirmiers, les aides-soignants, les diététiciens et les cuisiniers de 150 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) aquitains (30 EHPAD par département). Elle a pris la forme d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) avec un volet « odontologie gériatrique » (procédures d'hygiène bucco-dentaire, signes d'appel bucco-dentaires, relation entre état bucco-dentaire, troubles de la déglutition et état nutritionnel) et un volet « gériatrie » (dépistage et prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée dépendante).

Résultats :

- Amélioration des pratiques entre les deux temps d'évaluation :
 - augmentation du nombre de dépistage du diabète
 - augmentation de la proportion de résidents bénéficiant d'un examen de la bouche - meilleur remplissage des dossiers concernant ces examens
 - augmentation du nombre de dépistage des escarres
 - augmentation du nombre de dépistage de troubles de la déglutition.
 - dans la recherche de facteurs de risque de dénutrition en cas de survenue d'un évènement intercurrent

• Domaines à améliorer :

- les examens de l'état psychique des résidents
- les examens de dépistage de la dénutrition.
- l'examen de la cavité buccale par les infirmiers et les aides-soignants
- les examens et suivis mis en place lors d'une perte de poids ou d'une prise alimentaire faible

2 Intervention IREPS Aquitaine

Cette seconde intervention s'est adressée aux aides-soignants et infirmiers. Elle a abordé les représentations de la vieillesse, ainsi que les attitudes au moment des repas. Vingt-cinq EHPAD en Aquitaine ont été sensibilisés.

Résultats :

L'analyse qualitative des représentations a révélé une amélioration des pratiques entre les deux temps d'évaluation (4 mois) :

- Image de la vieillesse
- Charge de travail

De plus, l'intervention a permis de valider un outil d'évaluation.

3 Groupe Odontologie

La troisième intervention a concerné la formation des chirurgiens-dentistes avec pour objectif d'impulser l'organisation de l'accès à la prévention et de l'accès aux soins bucco-dentaires au sein des EHPAD à l'aide d'outils pratiques (protocole organisationnel, protocoles de soins, grilles d'aide à la décision). Elle s'est déroulée en deux sessions : 1ère session à l'UFR d'Odontologie de Bordeaux, 2ème session au sein d'une structure hospitalière (CHU de Bordeaux et CH de Pau). Le programme a traité des spécificités du patient âgé dépendant ainsi que de sa prise en charge préventive et curative, des techniques de sédation consciente (MEOPA), des actes sous anesthésie générale et de l'organisation de l'accès aux soins bucco-dentaires.

Résultats :

Amélioration des connaissances des chirurgiens-dentistes concernant la prise en charge bucco-dentaire et l'organisation de l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes en EHPAD.

4 Groupe Activité Physique Adapté (APA)

Une quatrième intervention a consisté à proposer une

séance hebdomadaire d'Activité Physique Adaptée (APA) dans 5 EHPAD en Aquitaine et pour 2 groupes de 15 personnes maximum par EHPAD sur une période de 6 mois. L'objectif était de maintenir l'état physique et gérontologique des personnes âgées dépendantes.

Résultats :

Amélioration des capacités physiques des résidents entre les deux temps d'évaluation.

5 Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes à domicile

Enfin, la cinquième intervention a concerné des aides-soignants et des infirmiers de SSIAD et d'IFAS. Elle s'est déroulée en deux sessions.

La première session a été consacrée à l'utilisation des outils d'aide à la décision sur :

- l'identification de la personne âgée présentant des facteurs de risque d'affection bucco-dentaire,
- le besoin d'aide à l'hygiène bucco-dentaire,
- le besoin en soins bucco-dentaires,
- la recherche de troubles de la déglutition.

La seconde session a permis de réaliser une évaluation à deux mois et de revoir l'utilisation des différents outils à l'appui de cas cliniques documentés.

Résultats :

Action en cours d'évaluation.

Perspectives dans le domaine bucco-dentaire

- Financer, sur la dotation globale des EHPAD, un bilan gérontologique (effectué à l'entrée en établissement puis périodiquement) destiné à faciliter la coordination de l'accès à la prévention et de l'accès aux soins bucco-dentaires des résidents,
- Organiser le dépistage de signes d'alerte bucco-dentaires (journalier ou hebdomadaire en fonction du niveau de risque) par les aides-soignants et infirmiers, en EHPAD comme à domicile (SSIAD) à l'aide de l'outil d'aide à la décision.
- Accompagner les EHPAD dans l'organisation de procédures de maintenance hygiénique bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes,
- Accompagner les EHPAD dans l'organisation de l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes,
- Intégrer des objectifs bucco-dentaires dans la convention tripartite des EHPAD,
- Proposer la prise en charge du rebasage des prothèses amovibles sur le risque Maladie.

COMMUNICATIONS

BILAN NUTRITIONNEL ET BUCCO-DENTAIRE DES SENIORS (CAMPAGNE 2006 À 2012)



Dr Kazutoyo YASUKAWA

Maître de Conférences – U.F.R. d'Odontologie de Nancy – Université de Lorraine

Le bilan nutritionnel bucco-dentaire des seniors constitue une action qui est menée au sein de l'Assurance Maladie de Paris depuis 2006. Tout d'abord financée sur un financement propre de l'Assurance Maladie, cette

étude a ensuite été financée par l'ARS. Ainsi, nous réalisons chaque année un rapport et déposons un dossier de demande de financement que nous remettons à l'ARS. L'action n'est donc pas pérenne mais nous parvenons à assurer son maintien d'année en année.

L'étude trouve son origine dans une volonté de répondre à l'objectif du plan régional de santé publique d'Île-de-France de développement de la prévention et de dépistage de la dénutrition et de la déshydratation chez les personnes âgées. Nous nous sommes donc fixés comme objectif de sensibiliser les seniors à travers des conseils hygiéno-diététiques personnalisés reposant sur une consultation avec un chirurgien-dentiste et une diététicienne permettant d'identifier les pathologies bucco-dentaires et/ou nutritionnelles. Cette consultation devait également permettre de réfléchir aux besoins en soins bucco-dentaires et aux possibilités de recours aux soins.

Afin de remplir ce but, nous avons réalisé un mailing d'invitation auprès des assurés du régime général, avec comme population cible les patients âgés de 60 à 74 ans. Les consultations ont été menées au sein d'un centre de santé du site de Réaumur par un chirurgien-dentiste de prévention et une diététicienne de l'Assurance Maladie de Paris avec l'utilisation de questionnaires. Nous disposons de trois questionnaires. Le premier était à remplir par le patient. Le deuxième était rempli par les professionnels lors de l'examen sur la base de questions posées au patient. Le troisième concernait directement l'examen du patient.

Entre 2006 et 2012, nous avons vu 2 443 assurés. Ces patients étaient âgés en moyenne de 66,5 ans. Il y avait 52,2 % d'hommes. 49,3 % des patients vivaient seul. 62,1 % étaient considérés comme précaires, au regard d'un score EPICES > 30/100.

Résultats bucco-dentaires

- Un questionnaire auto-administré sur la perception de sa santé bucco-dentaire par le patient, le GOHAI, a fait ressortir le fait que les patients jugeaient leur santé bucco-dentaire plutôt satisfaisante, avec un score moyen de 52,3. Un patient considérant sa santé insatisfaisante recueillait un score proche de 12 quand un patient se considérant en parfaite condition recueillait un score de 60.
- L'hygiène bucco-dentaire des patients était déficiente dans 44,1 % des cas.
- Beaucoup de patients présentaient des dents manquantes et non remplacées.
 - ≤ 5 (51,4 %)
 - ≥ 6 (20,1 %)
- 86,1 % des patients nécessitaient des soins avec
 - Détartrage 54,8 %
 - Soins conservateurs 43,2 %
 - Soins parodontaux (hors détartrage) 14,8%
 - Soins prothétiques 48,7 %

Résultats nutritionnels

- IMC
 - Insuffisance pondérale : 3,6 %
 - Poids normal : 38 %
 - Surpoids : 35 %
 - Obésité : 18,6 %
- Alimentation
 - Équilibrée : 47,6 %
 - Peu équilibrée : 38,9 %
 - Non-équilibrée : 11,6 %
- Risque de malnutrition protéino-énergétique Broc-ker > 3 : 20,2 %

A la suite de l'enquête, un suivi bucco-dentaire et un suivi diététique ont respectivement été recommandés à 86,1 % et à 75,3 % des patients. Des conseils ont été dispensés au travers de discussions avec les patients, de remise de guides d'hygiène et de plaquettes d'information et une orientation a été proposée. 82,2 % des patients se sont dits prêts à modifier leurs habitudes bucco-dentaires et alimentaires.

Cette étude préliminaire a permis de constater que la population concernée était majoritairement précaire, mal informée et souvent mal orientée et présentait un très fort besoin en santé bucco-dentaire et en suivi/conseil diététique. Une étude de la MSA parue au BEH 32 du 13 septembre 2011 fait également ressortir un besoin en santé bucco-dentaire prioritaire voire urgent.

Concernant les leviers d'action et les perspectives je cite un paragraphe d'un article (La santé bucco-dentaire de la personne âgée, Marysette Folliguet, Florence Schvalinger, Nadia Elamrani ; Santé de l'homme n°417 de Janvier-Février 2012)

« L'Utilisation des services de soins :

Pour revenir à la population générale des personnes âgées, le recours – ou non-recours – aux services de soins est fonction de plusieurs facteurs :

- liés à l'état de santé des personnes : santé générale, mobilité, état de santé orale ;
- socio-démographiques : lieu de résidence, revenus, niveau d'éducation ;
- subjectifs : croyances personnelles, absence de besoin perçu, anxiété face aux soins, (in) satisfaction lors des soins précédents ;
- géographiques : éventuelles difficultés de déplacement des personnes, accessibilité des structures. »

Nous devons continuer cette action auprès des personnes âgées à domicile qui ne sont pas en situation de dépendance. L'analyse portant sur un nombre important de données, nous espérons que la convention qui sera prochainement signée entre l'Assurance Maladie de Paris et l'Université de Lorraine permettra d'exploiter l'ensemble des données.

FORMATION DE CORRESPONDANTS EN SANTÉ ORALE EN EHPAD : RETOUR D'EXPÉRIENCE

Dr Valérie BONNET

Chirurgien-dentiste – Association SOHDEV

Je vais vous présenter une expérience de mise en place de correspondants en santé orale. Ces personnes sont référentes en hygiène orale au sein d'établissements d'hébergement de personnes âgées.

Malgré de nombreux messages de prévention sur l'hygiène orale, cette dernière demeure insuffisante en EHPAD. Le personnel soignant suit une formation initiale inégale. Les soignants présentent une méconnaissance de l'importance de l'hygiène orale et du matériel approprié à utiliser. Les pratiques dans le domaine ne sont pas uniformes.

En 2011, une lettre circulaire de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS/RH4 n° 2011-210 du 6 juin 2011) a établi des orientations stratégiques pour la prise en charge de la santé des résidents. Cette lettre place la



prise en charge bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes comme première thématique d'action de formation nationale.

Diverses expériences menées, en particulier en Midi-Pyrénées et en Val-d'Oise, ont montré l'impact de la formation des personnels soignants sur l'amélioration de l'hygiène orale des résidents.

Le concept de correspondant en santé orale a été initié et validé dès 2007. Une étude, randomisée en double aveugle dans 12 EHPAD répartis en deux groupes de 6, de la santé orale des personnes âgées dépendantes a été mise en œuvre en 2009 dans le département du Rhône (ESOPAD). Elle comparait l'impact sur la santé orale des résidents de formations distinctes reçues par deux groupes de personnels paramédicaux. Le premier groupe était formé directement par des chirurgiens-

dentistes de SOHDEV quand le deuxième était formé par des correspondants en santé orale (CSO) ayant eux-mêmes bénéficié d'une formation spécifique par les chirurgiens-dentistes de SOHDEV. 15 CSO avaient été formés et avaient à leur tour formé 132 collègues. Une évaluation des connaissances avant et après la formation a montré dans les deux groupes une amélioration des connaissances de 4 points.

Les CSO ont reçu une formation de deux jours se déroulant sur deux niveaux. Le premier niveau correspond à l'acquisition des connaissances sur l'hygiène orale au travers d'une découverte de l'oralité, du matériel et d'une maîtrise des techniques d'hygiène orale. En niveau 2, les compétences de CSO sont acquises. Ce niveau est axé sur un programme de prévention avec connaissance et repérage des principales pathologies orales et une conduite en éducation pour la santé orale. Le matériel pédagogique, une mâchoire et une brosse à dents de démonstration et un CD-ROM permettant l'actualisation des connaissances et des pratiques, est laissé aux CSO. Un suivi est réalisé à six mois pour un retour d'expérience permettant de valider les protocoles créés. De plus, un renforcement des connaissances et compétences est proposé à ce moment-là. Une formation annuelle est également proposée autour d'un partage d'expérience et une formation continue est assurée. Les CSO reçoivent également une formation pour participer à des campagnes de prévention régionales, « Senior'Sourire ». Ces actions de prévention sont proposées aux personnes âgées, aux jeunes retraités et aux personnes dépendantes en institution ou à domicile.

Les CSO ont pour mission de mettre en œuvre et de suivre un programme de prévention. Leurs objectifs sont :

- la formation de l'ensemble du personnel soignant et des nouveaux soignants ;
- la mise en place des protocoles ;
- la mise en place de fiches de renseignement de santé orale pour le dossier d'admission des résidents ;
- l'harmonisation et la réalisation du suivi des pratiques ;
- l'identification des besoins en hygiène orale et en soins ;
- l'animation d'ateliers individuels ou collectifs d'éducation pour la santé orale auprès des résidents en prenant en compte l'autonomie et la coopération de ceux-ci ;
- le repérage précoce des pathologies orales ;
- la définition de la conduite à tenir et l'orientation vers un professionnel.

Les personnels ciblés par la formation sont des cadres de santé, des infirmiers, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques et des auxiliaires de vie. Les in-

firmiers diplômés d'état représentent un tiers du personnel formé et les aides-soignants diplômés, 38 %.

L'ensemble des professionnels d'un EHPAD s'organisent pour la prise en charge de l'hygiène orale des résidents. La Direction et les cadres s'engagent à les soutenir. Les CSO assurent la formation des soignants. L'ensemble des paramédicaux sensibilisent les résidents à l'hygiène bucco-dentaire. Les médecins et chirurgiens-dentistes sont informés et assurent la prise en charge des soins.

Depuis le 31 octobre 2013, 113 CSO ont été formés. Ces CSO ont à leur tour formé 286 soignants. De plus, le nombre d'établissements disposant de CSO est passé de 38 en juin dernier à 52 aujourd'hui.

D'après nos observations, les conditions de réussite de l'expérience sont les suivantes :

- l'implication des directions et des cadres ;
- la formation des cadres pour assister et légitimer les missions des CSO paramédicaux, assurer la dynamique et pérenniser les missions des CSO ;
- l'existence d'une culture de la prévention

Certains des CSO correspondants en hygiène orale sont d'ores et déjà correspondants en hygiène. De ce fait, ces CSO s'impliquent davantage dans la prise en charge de l'hygiène orale;

- la disponibilité du personnel soignant pour réaliser un geste qui prend du temps ;
- un ratio nombre de résidents sur nombre de soignants favorable ;
- la motivation des soignants ;
- la participation des accompagnants et des familles, notamment en suivant les recommandations de matériel à acheter et des gestes à effectuer pour l'hygiène orale;
- une offre de soins graduée et réactive.

De notre expérience ressort l'importance du besoin de généraliser les CSO dans tous les EHPAD. L'ARS de Rhône-Alpes a lancé un appel à projet pour la formation des soignants de tous les EHPAD, soit 30 filières gériatriques. L'ARS a engagé une action de développement de personnes relais au sein des EHPAD. Une formation de binômes infirmier ou aide-soignante et d'au moins un cadre permettra de faciliter les missions des CSO au sein des établissements, de promouvoir des protocoles et de rendre homogènes les pratiques. Cette organisation pourrait être étendue aux services de soins infirmiers à domicile, à raison d'une infirmière formée par service. De plus, un suivi annuel des CSO pourrait être assuré dans le but de dynamiser et d'assurer la pérennité du dispositif.

La formation de CSO est une condition essentielle pour

la réussite des actions de prévention et de surveillance de la santé orale. Elle a pour objectif d'obtenir et de maintenir la prise en charge au quotidien de l'hygiène orale des résidents.

LES SOINS D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE EN EHPAD : EXPÉRIENCE DE FORMATION DANS 76 EHPAD DE HAUTE-GARONNE

Dr Lucie RAPP

Chirurgien-dentiste – Pôle gériatrique – CHU de Toulouse



Les données sociodémographiques indiquent un vieillissement de plus en plus important de la population. La population vieillissante se divise en trois groupes : les personnes âgées autonomes, qui conservent leur capacité et leur liberté à se gouverner elles-mêmes, les personnes âgées fragiles, qui présentent une réduction des aptitudes physiologiques entraînant une limitation de leur adaptation au stress, et les personnes âgées dépendantes. Si une personne âgée autonome qui devient fragile peut redevenir autonome, une personne âgée fragile qui devient dépendante le devient irréversiblement.

Nous nous penchons ici sur la population âgée dépendante. Cette dernière vit généralement en institution et, plus particulièrement, dans les EHPAD. Ces personnes présentent des difficultés dans les activités de la vie quotidienne, notamment dans le maintien d'une hygiène bucco-dentaire correcte. Or, le personnel des EHPAD n'est pas ou peu formé à réaliser une telle hygiène. Une mauvaise hygiène dentaire associée à un vieillissement physiologique de la cavité buccale entraîne des pathologies locales qui ont des conséquences générales. A ce titre, le maintien de l'hygiène bucco-dentaire représente une véritable prévention.

Face au manque évident de protocoles et de formation du personnel, le pôle gériatrique du CHU de Toulouse a proposé en 2007-2008 de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cette dernière avait pour objectif le recrutement d'un odontologue référent dans les services, la concertation multidisciplinaire entre les différents professionnels de santé, la formation du personnel soignant et l'élaboration et l'affichage d'un protocole.

Le protocole distingue les patients coopérants des patients non coopérants. Si le patient est capable de cracher et de se rincer seul, il est considéré comme

coopérant. Le soignant se place donc derrière le patient, qui est en position assise, et réalise les soins dentaires à l'aide d'une brosse à dents souple et de dentifrice. Les muqueuses sont hydratées et nettoyées à l'aide d'une compresse imbibée de bicarbonate et les prothèses sont nettoyées et remises au patient. A l'inverse, le patient incapable de cracher et de se rincer est considéré comme non-coopérant. Il est donc installé en position semi-allongée, de côté. Seules les faces externes des dents, soit les faces les plus accessibles, sont brossées et ce le plus souvent sans dentifrice. Les muqueuses sont nettoyées à l'aide d'une compresse imbibée de bicarbonate. Les prothèses sont nettoyées puis remises au patient ou laissées à tremper dans un bain de bouche à la Chlorhexidine.

Les résultats de l'EPP ont été présentés lors d'un congrès et ont retenu l'attention de l'ARS, qui a contacté le praticien odontologue référent du pôle gériatrique du CHU de Toulouse en vue de les diffuser auprès de l'ensemble des EHPAD de Haute-Garonne.

Le protocole et la formation avaient pour objectif principal d'améliorer l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes résidant dans les EHPAD par l'amélioration des savoir-faire et des connaissances des personnels intervenants. La formation a consisté en deux phases : une séance théorique s'appuyant sur un diaporama et une séance pratique, au lit du patient. Les résultats de la formation sont recueillis au travers de trois questionnaires. Le premier, remis avant la formation et rempli par le médecin coordonnateur ou l'IDE référente, renseigne sur les pratiques de l'EHPAD et sur la perception des soins de bouche avant intervention. Le deuxième questionnaire est rempli lors de la formation afin de recueillir à chaud les impressions du personnel. Enfin, le dernier questionnaire rempli après la formation,

par le médecin coordonnateur ou l'IDE référente, renseigne sur l'impact de la formation et sur une éventuelle évolution des pratiques.

Les résultats de l'étude se traduisent par une analyse descriptive simple. L'échantillon est constitué de 50 EHPAD privés et de 26 EHPAD publics, avec 72 patients par EHPAD et une proportion de trois femmes pour un homme. Le GIR moyen pondéré de l'échantillon est de 720, soit un GIR légèrement supérieur à la moyenne. L'équivalent temps plein de personnel montre un léger sous-effectif. Enfin, 80 % des patients ont plus de 80 ans. L'échantillon était ainsi globalement assez représentatif des EHPAD français.

Avant formation, la totalité des EHPAD percevait les soins de bouche comme essentiels mais difficiles à réaliser, douloureux et complexes. Après formation, tous les EHPAD considèrent le rôle préventif des soins de bouche et 89 % d'entre eux ont acquis des connaissances nouvelles.

Avant la formation, seuls 25 % des EHPAD avaient connu une formation aux soins de bouche, la plupart du temps réalisée par un membre de l'équipe soignante. En termes d'organisation, les soins étaient généralement réalisés par une aide-soignante, une à plusieurs fois par jour, la plupart du temps lors de la toilette du matin. Une traçabilité et un protocole existaient dans la moitié des EHPAD et le matériel était considéré comme inadapté dans 28 % des établissements. Après formation, 97 % des EHPAD reconnaissent une modification de la technique, du matériel et de l'installation du patient. 97 % des EHPAD affirment connaître une amélioration et jugent le protocole adapté pour 88 % d'entre eux et facile à mettre en œuvre pour 72 %.

Avant la formation, les personnels des EHPAD avaient des appréhensions, dont la peur de faire mal au patient, de mal effectuer le soin et que le patient leur fasse mal. Dans 99 % des EHPAD des difficultés étaient rencontrées face à des patients atteints de démence ou de troubles

du comportement ou face à des situations telles que le refus d'ouvrir la bouche, la morsure, la sécheresse buccale et les troubles cognitifs. Après formation, les difficultés liées aux patients sont résolues dans 97 % des EHPAD et celles liées aux situations, dans 99 % d'entre eux.

Ainsi, avant formation, les EHPAD faisaient preuve d'une carence dans l'organisation des soins de bouche malgré une connaissance de l'importance de ces derniers. Il y avait un manque de formation et une absence de protocoles validés. Il existait des difficultés notamment dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs. Il n'y avait aucune harmonisation des pratiques. Après formation, les connaissances et les techniques de soins reposent sur un protocole validé. Nous notons également la résolution de certaines difficultés et une amélioration des pratiques. Cependant, l'organisation des soins et la production du matériel nécessitent encore des améliorations.

Entre 2010 et 2012, 122 EHPAD de Haute-Garonne ont été formés. L'ARS a mis en place un COTER, soit un groupe d'experts se réunissant pour réduire les inégalités en matière de santé, avec un volet bucco-dentaire. Le COTER a pour objectifs l'instauration d'un référent bucco-dentaire au sein des EHPAD, le dépistage et le suivi des pathologies bucco-dentaires à l'aide de l'indicateur OHAT, qui est une grille permettant à un non spécialiste d'évaluer rapidement l'état de santé bucco-dentaire du patient, et le suivi bucco-dentaire des patients dans le cadre de traitements curatifs en partenariat avec DOMIDENT 31.

A partir de l'EPP menée au sein du CHU de Toulouse, de l'élaboration d'un protocole et de sa diffusion dans les EHPAD, une collaboration unique et intéressante s'est mise en œuvre entre structures publiques et privées avec pour objectif le bien-être et la santé du patient.

PRIX FRANÇOISE ROTH

Dr Frédéric COURSON

Nous allons remettre le prix Françoise ROTH qui récompense le travail d'un étudiant, que ce soit dans le cadre d'un master, d'une thèse d'exercice, d'un stage ou d'une action, en santé publique dentaire. Ce prix concerne les étudiants en formation initiale, qu'ils soient en odontologie ou en santé publique, et vise à les encourager à poursuivre dans cette voie, voire à s'orienter vers ce domaine.

Je vais maintenant laisser Monsieur Jean-Charles TOMEIO, représentant de la Société Henry Schein, partenaire de l'ASPBD pour ce prix qu'elle dote, récompenser le lauréat.

Jean-Charles TOMEIO

La Société Henry Schein est heureuse de remettre le prix Françoise ROTH 2013 à Monsieur Nicolas MACQUERON de la Faculté dentaire de l'Université de Nice Sophia Antipolis pour une thèse d'exercice intitulée : « Etat de santé bucco-dentaire dans les EHPAD : comment lutter contre les bouches abandonnées ». Monsieur Nicolas MACQUERON se trouvant aux Etats-Unis ne peut être présent aujourd'hui, aussi c'est son directeur de thèse le Pr Laurence LUPI-PEGURIER qui réceptionne le prix pour lui.

Pr Laurence LUPI-PEGURIER

Nous remercions, Nicolas et moi, les organisateurs de ce prix. Lorsque Nicolas a reçu la nouvelle, il était si content qu'il m'a immédiatement appelée, j'étais en pleine consultation pédagogique, pour me l'annoncer et me faire part de sa joie.

Nicolas est un garçon très enthousiaste. C'est lui-même qui a choisi de travailler sur ce sujet que l'on ne peut aborder sans avoir le feu sacré. C'est un domaine difficile qui demande une grande motivation. Il ne voulait pas, s'il choisissait de faire sa thèse en santé publique, simplement compter les patients. Il souhaitait que son travail fasse progresser les choses.



Nous avons, à la faculté, mis en place des enseignements complémentaires. Dans ce cadre, des étudiants de 6^{ème} année ont suivi une formation avec un gériatre pour apprendre à communiquer avec des personnes atteintes de démence, car les examens bucco-dentaires de ces patients sont difficiles à réaliser. Nicolas a ensuite suivi une formation au recueil des données épidémiologiques et une formation au dépistage des lésions buccales.

Nicolas pour son travail de thèse a recueilli toutes les données. Nous avons ensuite, ensemble, fait les analyses statistiques. Nous nous sommes alors aperçu, après analyse multi-variée, que ce qui importait était le maintien d'une alimentation normale, de pouvoir soi-même accomplir ou pas les gestes d'hygiène orale, d'être dans un état de GIR compatible avec la réalisation de ces soins.

J'espère que Nicolas continuera dans cette démarche et viendra travailler avec nous en santé publique.

POSTERS

ETUDE PILOTE SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS D'UNE CONSULTATION MÉMOIRE ET LES PRATIQUES D'HYGIÈNE DE LEURS AIDANTS

Salomé RENARD-CRON¹, Julie CODRON¹, Agnès VEILLE-FINET², Gisèle FERNANDES², David HAJAGE³, Dorin FETEANU⁴, Marysette FOLLIGUET⁵

1-Université Paris-Descartes

2-Association internationale de Gérontologie

3-Unité de Recherche Paris-Nord

4-Centre ambulatoire - Hôpital Paul Brousse - AP-HP

5-Département d'Odontologie - HUPNUS (service de l'Hôpital Louis Mourier) - AP-HP.

La consultation mémoire est une consultation spécialisée du service de gériatrie de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif destinée à dépister les démences débutantes, poser un diagnostic précis et proposer un traitement aux personnes ayant des troubles mnésiques.

L'état bucco-dentaire des personnes atteintes d'une démence tend à se détériorer avec l'évolution de la maladie, il est essentiel de mettre en place des mesures préventives afin de ralentir l'apparition des pathologies dentaires. Par ailleurs, leur hygiène bucco-dentaire devient de plus en plus dépendante des pratiques de leurs aidants.

Objectifs

Décrire l'état bucco-dentaire des patients de la consultation mémoire et évaluer la relation entre l'état bucco-dentaire des patients et les pratiques bucco-dentaires de leurs aidants.

Matériels et méthodes

Un examen clinique bucco-dentaire est réalisé systématiquement à tout patient de la consultation mémoire par un externe en odontologie. Un questionnaire sur l'état de santé générale et l'état bucco-dentaire est proposé aux aidants naturels qui accompagnent le consultant. Tous les patients n'ont pas d'aidants.

L'étude a été faite sur 6 mois. 30 patients ont été examinés et 19 aidants ont répondu au questionnaire. Par la suite, une analyse descriptive de l'état bucco-dentaire des patients a été réalisée ainsi qu'une comparaison entre la santé bucco-dentaire des patients sans et avec un aidant.

Résultats

Les patients accompagnés par un aidant sont plus âgés et présentent des troubles cognitifs plus importants que les autres. Leur état bucco-dentaire est plus dégradé cependant ils ont une meilleure hygiène que les patients qui n'ont pas d'aidant.

Conclusion

L'autonomie des patients atteints d'une démence diminue avec l'évolution de la maladie, par conséquent les aidants sont de plus en plus sollicités pour les soins d'hygiène bucco-dentaire. Améliorer leurs connaissances et leurs pratiques, préviendrait l'apparition des pathologies bucco-dentaires, évitant les soins difficiles à réaliser et par conséquent en améliorant leur qualité de vie.

UN PROGRAMME DE RECHERCHE HOSPITALIÈRE EN GÉRIATRIE : POSE DE VERNIS FLUORÉ

Agnès VEILLE-FINET¹, Gisèle FERNANDES¹, David HAJAGE², Philippe CHARRU³, Marysette FOLLIGUET⁴

1 Association internationale de Gérodonnologie

2 Unité de Recherche Paris-Nord

3 Service de Gérodonnologie

4 Département d'Odontologie, HUPNUS (service de l'Hôpital Louis Mourier) AP-HP.

Introduction

Le mauvais état buccal des sujets âgés, un niveau d'hygiène non satisfaisant et les difficultés des soignants à intervenir dans la cavité buccale des patients conduisent à privilégier l'application de mesures préventives pour maintenir un meilleur état buccal.

Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact d'un vernis fluoré sur le développement des caries coronaires et radiculaires chez les personnes âgées institutionnalisées.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude d'intervention prospective randomisée portant sur 200 patients. Le patient est son propre témoin. Le vernis est appliqué à chaque patient inclus, de façon aléatoire, soit sur les dents des quadrants gauches soit sur les dents des quadrants droits. Le critère de jugement

principal sera le taux de caries coronaires et radiculaires apparues sur l'hémi-arcade dentaire pendant la période de l'étude, soit deux ans. Pour chaque patient, la comparaison du taux de caries entre l'hémi-arcade dentaire traitée par application de vernis fluoré et l'hémi-arcade témoin non traitée constitue le critère de jugement principal.

La population éligible est constituée de tous les patients hospitalisés dans les services de soins de longue durée des structures participantes pour lesquels un consentement de participation à l'étude a été recueilli.

Résultats

L'étude est en cours. L'application de produits topiques peut permettre de réduire l'incidence des nouvelles lésions, la progression des lésions existantes et limite de ce fait le recours aux soins.

ETAT BUCCO-DENTAIRE ET NUTRITION, UN LIEN DIFFICILE À MONTRER. A PROPOS DE LA COHORTE DU PHRC NUTRIDENT

Philippe CHARRU¹, Marysette FOLLIGUET², Agnès VEILLE-FINET², David HAJAGE³

1 Service de Gérodonnologie

2 Service d'Odontologie

3 Département de Santé publique - Hôpital Louis Mourier - GH HUPNVS - APHP

Le statut nutritionnel est un déterminant pronostique de l'état de santé et de la survie chez la personne âgée. La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique est évaluée à 4 à 5 % des plus de 65 ans en population communautaire, elle atteint 50 % à l'entrée en court séjour et se situe entre 20 et 70 % en Soins de Longue Durée (SLD). Il existe un faisceau d'arguments entre le risque de dénutrition et des variables bucco-dentaires : perte de dents et modification du régime alimentaire, rôle significatif de l'édentement et le port de prothèses défectueuses sur la perte de poids de plus de 5 %, lien entre état dentaire non fonctionnel et risque de mortalité à long terme. La littérature peine malgré tout à montrer le lien direct entre l'état bucco-dentaire et le

statut nutritionnel. Certains auteurs même ont montré que les traitements dentaires n'apportent pas d'amélioration dans la prise d'aliments et de nutriments.

Dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique, nous avons mis en place l'étude NUTRIDENT, sur 695 lits de Soins de longue Durée de l'APHP.

L'objectif principal était d'évaluer l'intérêt respectif de deux stratégies d'amélioration de l'état nutritionnel de personnes âgées hospitalisées en SLD en comparant l'impact de :

1/ une stratégie d'assainissement de la cavité buccale avec tentative de restauration d'un état dentaire minimal (4 couples masticateurs) et contrôle 3 fois par semaine de l'hygiène buccale,

2/ une stratégie d'incitation à l'alimentation avec prise de suppléments nutritionnels.

Le critère de jugement principal est la comparaison à 1 an, entre les deux groupes, du score GNRI (Geriatric Nutritional Risk Index), défini $GNRI = 1.489 \times \text{Albuminémie} + \text{Poids actuel/poids théorique}$.

Il s'agissait d'un essai d'intervention, prospectif, contrôlé, randomisé, multicentrique pour des patients présentant à l'inclusion un état de dénutrition modéré (GNRI entre 83.5 et 97.5).

Nous présentons dans ce travail les données des 112 personnes à l'inclusion dans la cohorte. (Nombre et état des dents, nombre de couples fonctionnels, indice de plaque et de tartre et état gingival, besoin de soins)

Le PHRC, maintenant en phase d'analyse de données, devrait nous permettre de progresser dans le lien entre cavité buccale et nutrition. Il a permis de souligner dans son déroulé les difficultés pratiques d'accès aux soins odontologiques dans des délais rapides. Il nous a forcé à réduire les ambitions du bras intervention dentaire en milieu d'étude sur certains centres.

EVALUATION DU BÉNÉFICE APPORTÉ PAR UN NOUVEAU DISPOSITIF MÉDICAL DANS LE CADRE D'UNE EPP SOINS DE BOUCHE

Charlotte GENDRE, Marie Hélène LACOSTE-FERRE
Pôle Gériatrie - CHU de Toulouse

Contexte

Dans le cadre de l'EPP « prise en charge des troubles bucco-dentaires chez les sujets âgés en USLD », la mise en place de protocoles de soins de bouche adaptés, d'un bilan bucco-dentaire systématique à l'entrée et la formation des soignants ont permis une amélioration de la santé orale. L'évaluation de la santé bucco-dentaire à l'aide de l'indice OHAT (Oral Health Assessment Tool), au cours de l'année 2012, montre que les items hygiène et état gingival et muqueux ont des scores encore trop élevés.

Objectifs

Améliorer l'hygiène orale et l'état gingival et muqueux à l'aide d'un nouveau dispositif médical de soins bucco-dentaires (brosse à dents, dentifrice, soins pour état gingival inflammatoire).

Matériels et méthodes

L'expérimentation concerne 40 personnes âgées en Unité de Soins de Longue Durée, entre 58 et 103 ans. Cette population est divisée en 2 groupes. L'étude se déroule en deux campagnes :

- 1ère campagne : un groupe utilise le nouveau dispositif et l'autre est témoin sur un mois
- Puis on observe un mois de trêve
- 2ème campagne : les groupes sont intervertis (le groupe test devient témoin et inversement)

Le nouveau dispositif médical testé comprend une brosse à dents manuelle coudable INAVA 20/100ème avec une pâte dentifrice ARTHRODONT PROTECT (Enoxolone-Fluor) et application d'ELUGEL (Digluconate de Chlorhexidine à 0,2 %).

Les indices utilisés pour évaluer ce dispositif sont l'Oral Health Index, le Sulcus Bleeding Index et l'Oral Health Assessment Tool.

Résultats

On observe une amélioration de la valeur des trois indices pour la population test alors que ces indices présentent une fluctuation naturelle faible dans la population témoin. On peut également remarquer une meilleure hygiène chez les femmes. L'âge n'a pas d'influence sur les indices.

Conclusion

L'action de l'énoxolone et du digluconate de chlorhexidine semble améliorer l'hygiène et l'état des muqueuses en diminuant l'inflammation. De plus la forme du gel paraît adaptée à la population âgée des USLD. Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour étendre les résultats à la population âgée.

SEPTICITÉ ORALE ET PERSONNES ÂGÉES : IMPACTS EN MÉDECINE GÉRIATRIQUE. NÉCESSITÉ D'UNE HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE AMÉLIORÉE

Didier GAUZERAN

Clinique Lambert, la Garenne-Colombes (92)

Introduction

Les personnes âgées, en particulier celles qui sont dépendantes, présentent souvent une hygiène bucco-dentaire défectueuse liée à des problèmes rhumatologiques, à un manque de motivation ou de prise en charge, à des muqueuses douloureuses... et alourdie par une hyposialie fréquente. Elles présentent alors une septicité orale plus ou moins marquée qui peut aggraver certaines pathologies systémiques sous-jacentes (diabète, infections pulmonaires, polyarthrite rhumatoïde...) et surinfecter certaines pathologies orales préexistantes et souvent rencontrées chez ces personnes (candidoses, lichen, ulcérations d'origine prothétique...). Une bonne hygiène orale, par des moyens adaptés, est fondamentale chez ces patients fragiles et vulnérables.

Dans ce contexte, une étude menée conjointement par l'AFLAR (Association française de Lutte Antirhumatismale) et les Laboratoires Pierre Fabre Santé, qui a pour objet l'évaluation de l'usage d'un accessoire d'hygiène bucco-dentaire (manchon ergonomique adaptable à la brosse à dents) chez les personnes ayant des difficultés de préhension, sera présentée.

Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle sur l'utilisation d'une brosse à dents INAVA SYSTEM® chez des personnes identifiées comme ayant des difficultés de préhension impactant leur brossage. Après avoir obtenu leur consentement, les personnes incluses dans l'étude ont répondu à un premier questionnaire qui a permis d'identifier leur profil médical

et leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire (problèmes rencontrés). Puis au terme de 7 jours d'utilisation d'INAVA SYSTEM®, ils ont rempli un second questionnaire permettant d'évaluer l'appréciation globale du système de brossage et son impact sur leur hygiène bucco-dentaire.

Résultats

126 personnes ont participé à l'étude et 109 questionnaires furent exploitables. Avec une appréciation globale satisfaisante (8/10) vis-à-vis du système de brossage testé, les personnes interrogées ont notamment apprécié ses caractéristiques ergonomiques. La prise en main a été jugée facile à très facile par plus de 90% des utilisateurs.

L'utilisation quotidienne d'INAVA SYSTEM® a eu un impact positif sur l'hygiène buccale par une meilleure accessibilité gingivo-dentaire et par l'amélioration de la durée du brossage, ceci pour la majorité des sujets interrogés. Enfin, trois-quarts des personnes ont été convaincues par la maniabilité et l'intérêt de ce système et ont déclaré avoir envie de réutiliser cette brosse à dents.

Conclusion

La santé bucco-dentaire des séniors est une problématique qui doit mobiliser l'ensemble des acteurs de santé intervenant auprès de cette population. Toutes les initiatives et/ou innovations concourant à faciliter la prise en charge de leur santé bucco-dentaire sont des avancées. Le système présenté ici s'inscrit dans ce contexte.

SUIVI BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES : ENQUÊTE DANS LES EHPAD PARISIENS

Nadia ELAMRANI

C.P.A.M de Paris

Selon les hypothèses retenues dans les projections de population de l'INSEE, la population des 75 ans et plus sera ainsi multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes. En supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800 000 actuellement (Michel Duée, Cyril Rebillard, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, Données

sociales-La société Française, 2006).

C'est cette dépendance des personnes âgées qui rend cette population dite « à risque ». Ces patients ont une bouche dégradée, sans signes de soins d'hygiène et de maintenance avec des conséquences sur la santé générale et la qualité de vie.

En effet, ces personnes fragiles rencontrent de grandes

difficultés d'accès aux soins et le suivi au quotidien demeure très insatisfaisant.

La CPAM de Paris intervient depuis 2002 dans les EHPAD parisiens afin de permettre un dépistage bucco-dentaire des résidents et une formation des soignants à l'hygiène bucco-dentaire. Son but est aussi de s'assurer qu'il existe un mode d'accès aux soins dentaires pour les résidents.

Notre enquête s'est portée sur cent résidents de 3 EHPAD parisiens, afin d'évaluer leur suivi bucco-dentaire, leur prise en charge et les barrières d'accès aux soins.

Nous avons pu conclure que l'établissement et le type de recours aux soins qu'il propose influencent le pourcentage de recours aux soins. Les principales barrières sont liées à l'organisation et à la communication au sein de l'établissement, aux longueurs administratives, au manque de

formation et de motivation des chirurgiens-dentistes traitants mais également du patient lui-même (le refus, la dépendance physique et psychique).

Cela nous permet de proposer différentes pistes d'amélioration comme la présence d'un chirurgien-dentiste au sein de l'équipe soignante pour une meilleure coordination des soins, la création du métier d'auxiliaire de santé dentaire pour prendre en charge l'hygiène bucco-dentaire.

Il faudrait également permettre aux chirurgiens-dentistes d'avoir une formation théorique et pratique à l'odontologie gériatrique. La géroodontologie apparaît désormais comme une discipline à part entière, le chirurgien-dentiste devant s'adapter lors de la prise en charge de la personne âgée à sa physiologie particulière, à son environnement physique et psychologique spécifique.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN PARODONTOLOGIE : EXEMPLE D'UN PROGRAMME PILOTE AU CENTRE DE SOINS DENTAIRES DE NANTES

Amélie ODIER

U.F.R d'Odontologie – Université de Nantes

Les parodontites sont des maladies chroniques pouvant être à l'origine de désordres esthétiques et fonctionnels qui entravent parfois sévèrement la qualité de vie du patient et de son entourage. Les résultats des thérapeutiques parodontales dépendent de la participation active du patient et de son adhésion au traitement, notamment au niveau du contrôle de plaque. Aussi, la prise en charge du patient atteint d'une parodontite nécessite une approche curative et éducative. L'éducation Thérapeutique du Patient (ETP) vise à accompagner le patient dans l'acceptation de sa maladie chronique et la gestion quotidienne de son traitement. Par une meilleure compréhension de sa maladie, de ses conséquences et du traitement, le patient devient acteur de sa thérapeutique. Il accepte mieux la nécessité d'un suivi à vie.

Objectifs

La mise en place d'un programme d'ETP en parodontologie au sein de l'Unité fonctionnelle de Parodontologie du Centre de Soins dentaires de Nantes apporte une approche complémentaire pour accompagner les patients volontaires afin d'être plus autonomes dans la gestion de leur maladie parodontale. Récemment développé, ce programme privilégie un accompagnement individualisé du patient et intègre les dimensions biomédicales et psychosociales.

Matériels et Méthodes

Le programme pilote d'éducation thérapeutique propose, au patient, un parcours éducatif structuré et intégré aux soins. Une consultation spécifique a été mise en place; ini-

tialement, elle a permis de tester les outils élaborés (questionnaire d'inclusion, diagnostic éducatif, étoile de compétence, etc.) et d'évaluer la méthode.

Résultats

Huit patients ont répondu au questionnaire d'inclusion; seuls deux d'entre-eux ont refusé de participer au programme. Les entretiens de diagnostic éducatif ont permis de recueillir de nombreuses informations sur leurs besoins, leurs connaissances (origines et conséquences, traitement de la maladie) et sur les conséquences psychosociales de la parodontite. L'analyse de ces informations pourrait enrichir la pratique du praticien et améliorer l'implication et l'autonomie du patient dans son traitement. Les outils éducatifs testés se révèlent utiles pour le patient et son praticien. Par exemple, l'étoile des compétences permet de clarifier ensemble les compétences à acquérir ou à améliorer et de définir conjointement des objectifs éducatifs.

Conclusion

En proposant une approche centrée sur le patient, l'ETP permet au praticien de mieux cerner les attentes et les freins de son patient et d'identifier les représentations et les connaissances de celui-ci sur sa maladie. Il peut alors ajuster sa stratégie thérapeutique avec plus de finesse et de précision, ce qui pourrait potentialiser l'efficacité du traitement et encourager la participation du patient.

TENSIONS ÉTHIQUES DANS LES PRISES DE DÉCISION CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SOINS SPÉCIFIQUES BUCCO-DENTAIRES. PROJET D'ÉTUDE DELPHI

Alessandra BLAIZOT^{1,2}, Thomas TRENTESAUX^{1,2}, Olivier HAMEL^{2,3}, Christian HERVE², Marysette FOLLIGUET⁴

1. U.F.R d'Odontologie – Université Lille 2

2 U.F.R de Médecine - Université Paris-Descartes

3 U.F.R d'Odontologie – Université de Toulouse

4 U.F.R d'Odontologie – Université Paris-Descartes

Introduction

Une précédente étude par entretiens semi-directifs d'aidants de patients en situation de handicap intellectuel et pris en charge dans un réseau de santé en odontologie a été conduite (1). Elle a montré qu'aidants et chirurgiens-dentistes prenaient des décisions pour ces patients dont les capacités étaient fortement limitées tout en essayant de reconnaître la place de chacun. Malgré tout, des conflits pouvaient émerger du fait des difficultés à fixer un seuil entre volonté de soins pour le bien du patient et respect du refus de soins du patient.

Objectifs

L'étude Delphi mise en place auprès de professionnels de soins spécifiques bucco-dentaires en France aura pour objectif d'explicitier les tensions révélées dans les prises de décision bucco-dentaire chez des patients dont l'autonomie est durablement restreinte.

Méthode

Cette méthode de recherche qualitative - dite de consensus – repose sur la constitution d'un groupe d'experts qui se

prête, à distance, à un processus itératif de questionnaires. Afin de s'assurer de la validité de la problématique et des questions les plus pertinentes, des patients en situation de handicap intellectuel, des aidants professionnels et non professionnels sont associés au projet dès sa phase initiale.

Discussion

Cette étude sera l'occasion de discuter des différents modèles de prise de décision qui s'affrontent pour des personnes dans l'incapacité de le faire pour elles-mêmes : utiliser les valeurs médicales pertinentes, demander aux proches de se prononcer, suivre le principe de bienfaisance, utiliser les valeurs que le patient incompetent aurait vraisemblablement eues s'il n'avait été incompetent, faire tout ce qui est possible pour ce patient...

(1)A. Blaizot, T. Trentesaux, C. Hervé, O. Hamel. *Décisions thérapeutiques bucco-dentaires chez des patients en situation de handicap intellectuel. Eléments de réflexions éthiques apportés par les aidants. Ethique et santé, 2013 (10) 9-17.*

ENQUÊTE JEUNES : LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES JEUNES DE 6ÈME PRIMAIRE, 2ÈME SECONDAIRE ET 4ÈME SECONDAIRE EN PROVINCE DE LUXEMBOURG (BELGIQUE)

C-H. BOEUR, F. DE CEULAER, M. DEMELENNE

Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg – Belgique

Introduction

Avant 2010, en province de Luxembourg, il existait très peu de données spécifiques sur la santé des jeunes. Pour pallier à cette problématique, l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg (OSL) a décidé de mettre sur pied le projet « Enquête Jeunes ». Cette enquête s'articule autour de deux thématiques : un suivi épidémiologique global et une thématique spécifique à savoir cette année la santé bucco-dentaire. Pour traiter au mieux la thématique spécifique, l'OSL a décidé de collaborer avec la Fondation pour la Santé Dentaire (FSD).

Méthode

L'échantillon est constitué selon la méthode des quotas (au minimum 400 élèves pour chaque année scolaire). Quinze jours avant la visite médicale scolaire, des dentistes de la FSD se sont rendus dans les écoles concernées par cette enquête pour réaliser un examen complet de la bouche. Les paramètres étudiés sont : l'indice carieux (CAOD et CAOF), les traumatismes dentaires, l'orthodontie, l'état des gencives, l'hygiène buccale, la présence de scellements et l'état du brossage.

Résultats

En province de Luxembourg, 1.547 élèves ont été examinés au cours de cette enquête. L'indice CAOD moyen chez les jeunes de 12 ans est de 0,93. Cette valeur se situe sous le seuil de référence (1,50) établi par l'OMS comme objectif à atteindre pour 2020. Un peu moins d'un jeune sur deux (46,6%) a une bouche indemne (CAOF = 0). En moyenne, l'indice CAOF est de 1,27 à 11 ans. A 16 ans, cet indice est multiplié par quatre avec un score de 5,09, ce qui représente une atteinte importante.

Discussion

La promotion de la santé bucco-dentaire fait partie des 10 problématiques prioritaires du programme quinquennal

de promotion de la santé 2004-2008 établi par le Ministère de la Communauté française de Belgique. Les résultats qui émanent de cette enquête sont encourageants. Toutefois, ils doivent servir de base pour mieux informer la population, les professionnels de santé et les décideurs politiques afin d'améliorer les orientations des programmes et les interventions en promotion de la santé bucco-dentaire chez les jeunes.

LES DISPARITÉS SOCIO-SPATIALES EN ODONTOLOGIE ET LEURS MÉCANISMES : ANALYSE DE MÉDIATION DE L'ÉTUDE RECORD.

Julie BURBAN, Basile CHAIX

INSERM URM-S 707

Introduction

Les maladies bucco-dentaires peuvent être classées comme problème majeur de santé publique en raison de leur impact sur la santé globale (facteurs de risque de maladies bucco-dentaires communs à d'autres maladies), la prévalence et les coûts de leurs traitements. La recherche dans la littérature scientifique nationale et internationale sur les inégalités socio-spatiales de santé bucco-dentaire est relativement parcimonieuse. Notre objectif est de décrire l'influence du milieu socio-spatiale sur la santé bucco-dentaire avec une attention particulière à l'impact des déterminants comportementaux sur la présence et la sévérité des caries dentaires.

Méthode

4124 sujets du projet Residential Environment and Coronary Heart Disease (RECORD) ont été utilisés dans les analyses de médiation. La prévalence de la carie dentaire a été étudiée avec le modèle de régression logistique et la sévérité des caries a été étudiée grâce à une valeur seuil. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS et Mplus.

Résultats

Après la construction d'un score de risque socio-économique, les facteurs de risque individuels pour la carie dentaire ont été introduits dans le modèle. Le modèle de l'analyse de médiation a été utilisé pour évaluer le rôle joué par les facteurs de risque possibles médiateurs dans les associations entre le score socio-économique et la carie dentaire. Les facteurs associés à la présence de carie sont le fait de fumer, de consommer du café et du thé et un tour de taille élevé. Pour la sévérité du nombre de carie, seul le tabac reste associé comme variable médiatrice. En fonction de la proportion des associations expliquée par chacun des facteurs de risque, le tour de taille était, de loin, le facteur le plus important expliquant la relation entre le score économique et la présence de carie dentaire.

« TOISE BUCCO-DENTAIRE » : UN EXEMPLE D'OUTIL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Bassam ABO AMER, Rafik ALLAL, Paul BISSILA

Service de Promotion de la Santé bucco-dentaire - Conseil général de Seine-Saint-Denis

Mieux communiquer dans le cadre de la promotion et de l'éducation pour la santé bucco-dentaire des enfants pour favoriser l'appropriation des enjeux de la santé bucco-dentaire, notamment en direction des parents, est un des objectifs du programme départemental de prévention bucco-dentaire.

Pourquoi une toise ?

Il s'agit d'un outil visuel et pédagogique sous forme de toise ayant pour objectif de :

- sensibiliser les parents et leurs enfants à la santé bucco-dentaire
- accompagner les messages de prévention en fonction de l'âge de l'enfant autour des 4 moyens de prévention lors des actions bucco-dentaires.

C'est l'aboutissement d'un travail de co-construction avec

les acteurs de terrain dans le cadre d'un groupe de travail sur la démarche « d'implication des parents ».

Elle a été élaborée et conçue par le SPAS et le Service de Communication du Conseil général avec les équipes techniques locales participantes au programme départemental de prévention bucco-dentaire en partenariat avec la CPAM du 93.

Public cible :

Elle s'adresse aux parents et aux enfants, via les professionnels de la santé dentaire, ceux de la petite enfance et du social, les enseignants, la médecine scolaire...

A cet outil est jointe une fiche synthétique expliquant comment l'utiliser, dans quel lieu et comment la lire en fonction des 4 colonnes représentant « l'évolution des dents », « l'hygiène bucco-dentaire », « l'accès aux soins », « l'alimentation ».

L'UNIVERSITÉ FRANCOPHONE DE DAKAR DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Cheikh ATHIE

ACDEV

L'université francophone de Dakar de promotion de la santé a vu le jour dans le prolongement de l'Université d'été francophone de santé publique de Besançon et fait partie avec celles-ci et les Universités en santé publique de Bruxelles et du Maghreb des 4 moments forts de santé publique dans la francophonie.

Elle est organisée par l'ONG AcDev avec la collaboration du Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal, de l'Université d'été francophone en santé Publique de Besançon et de ses partenaires.

Elle se tient en octobre et dure une semaine.

Contexte

Dans l'ensemble des pays africains, les dispositifs de santé publique se développent sous l'action conjuguée du législateur, des élus, des usagers et des professionnels. Ainsi les besoins de réflexions, d'échanges et de formations collectives se renforcent pour toutes les personnes concernées par ces évolutions.

Cette santé est donc de plus en plus « publique ». Elle se doit de reposer sur des bases de connaissances sûres et un savoir-faire avéré. Toutefois, en dehors de l'épidémiologie

et de la bio statistique, l'offre de formation reste succincte en matière de promotion de la santé, de prévention, d'organisation des politiques publiques, d'évaluation ou d'éducation pour la santé qui sont des champs complexes, aux concepts et aux pratiques peu stabilisés. L'Université de Dakar essaie de combler un manque dû à l'insuffisance des formations continues multidisciplinaires sur le territoire africain.

Cette formation est ouverte à toutes les personnes concernées par les questions actuelles de santé publique.

Objectifs

Fédérer les savoirs et les savoir-faire autour du concept de promotion de la santé.

Depuis plus d'une quinzaine d'années, de nombreux acteurs francophones de la santé publique, enseignants - chercheurs, décideurs et intervenants de terrain se sont regroupés en réseaux internationaux pour réfléchir sur leurs pratiques et enrichir leur formation.

Le concept de « promotion de la santé » (Charte d'Ottawa, OMS, 1986) est un des axes fédérateurs majeurs de cette démarche. Il constitue un fil conducteur de l'Université.

Déroulement

Plusieurs modules y sont proposés et sont orientés soit vers l'organisation du système de santé (politique, financement,...), soit sur les méthodes pour l'intervention et leur évaluation ou sur des thèmes plus spécifiques. Une dimension africaine a été donnée aux thèmes proposés car les axes traités ont été définis en fonction des besoins en santé de l'Afrique. La gestion des modules est prise en charge par des binômes de professionnels venant du Sud et du Nord. Durant la semaine, chaque participant suit l'un des modules proposés.

Une pédagogie active est proposée, avec un nombre de participants de 20 à 25 par module.

Un «référent-enseignant» est présent au cours de l'ensemble du module. Il joue un rôle d'animation dans le cadre d'une approche interactive et fait le lien pédagogique entre les différents enseignants.

L'enseignement comporte une alternance de communications magistrales et de travaux en ateliers.

Pour chaque module, un dossier documentaire (5 à 10 articles et/ou chapitres d'ouvrages) est remis avant la session aux participants. Il constitue un prérequis, qui vise à harmoniser les connaissances de tous les étudiants qui y participent.



