

Axe 2

Le chirurgien-dentiste intégré dans l'équipe soignante en gériatrie.

1. Institutions concernées :

Unités de Formation et de Recherche (UFR) d'odontologie et de médecine, formation continue des médecins en particulier en lien avec la médecine gériatrique, éditeurs de logiciel de gestion hospitalière, ministère de la Santé et de la Prévention, hôpitaux, ensemble des professions médicales et paramédicales.

2. Problématiques à résoudre :

La santé bucco-dentaire est rarement évoquée par les professionnels de santé ayant un contact régulier et privilégié avec le patient malade. De nombreux médecins ou infirmières n'ont pas le réflexe de conseiller des consultations dentaires alors que :

- La détection d'une maladie neuro-dégénérative, d'un accident vasculaire ou même d'une arthrose pourra influencer la qualité du brossage.
- La mise en place d'un nouveau traitement pourra avoir une incidence sur la santé bucco-dentaire (chimiothérapie, neuroleptique, radiothérapie...).
- La réalisation de soins médicaux en l'absence d'une bouche saine pourra être préjudiciable pour la réussite du traitement médical (prothèses articulaires, traitement de l'ostéoporose, greffe...).

Les consultations de prévention, les consultations d'évaluation gériatrique, la prise en charge des orthophonistes, l'évaluation du nutritionniste sont autant des moments de mobilisation de la personne âgée afin qu'elle consulte un chirurgien-dentiste. Cela pourrait être fortement conseillé lors d'une hospitalisation, d'un séjour court en service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR / anciennement service de Soins de Suite et de Réadaptation), en Unité de Soins Longue Durée (USLD / Unité de Soins Prolongés Complexes (USPC)) et bien sûr dès l'entrée dans un EHPAD.

Le programme ICOPE¹ développé par l'OMS permettant de prévenir la dépendance s'appuie sur des questions simples pour détecter les situations de fragilité. Il est testé au CHRU de Toulouse pour la France. La santé bucco-dentaire n'est pas intégrée en première intention dans la partie évaluation de la nutrition, dans les questions et dans les conseils. Pourtant les études ont montré que les personnes âgées avaient une vision fautive de leur véritable état bucco-dentaire.

3. Exemples sur lesquels s'appuyer :

- La Suède a développé des protocoles afin d'inclure le chirurgien-dentiste dans l'équipe de soins des maisons de retraite avec une première évaluation par le personnel soignant. Une programmation des soins selon l'évaluation est ensuite réalisée.

- L'Assurance maladie initie dans la nouvelle convention une évaluation bucco-dentaire (Bilan dentaire spécifique) dans les établissements médico-sociaux dont les EHPAD. Il convient toutefois d'être vigilant sur les modalités d'intervention, l'information du patient, l'information des tutelles et des familles et la possibilité de prendre en charge l'hygiène bucco-dentaire par les équipes (temps, matériel...).

PROPOSITION 5 :

Uniformiser un programme d'enseignement concernant la santé bucco-dentaire dans les formations initiales et les formations continues des médecins, pharmaciens et sage-femmes. Elles doivent être obligatoires dans les formations de la filière gériatrique. Elles doivent être réalisées par un chirurgien-dentiste.

PROPOSITION 6 :

Inclure la santé bucco-dentaire dans les diagnostics de première intention (consultation d'entrée, consultation gériatrique) permettant de prévenir et de dépister. La prévention bucco-dentaire se ferait au sein même des établissements qu'ils soient hospitaliers ou médico-sociaux. Le recrutement de praticiens hospitaliers, le renforcement de la spécialité Médecine Bucco-Dentaire (ou MOA), la mise à contribution des étudiants en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années et l'ouverture aux praticiens libéraux

¹ Integrated Care for Older People: présentation du programme:
<https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance> (page consultée le 01/12/2023).

permettraient d'inclure un chirurgien-dentiste dans les équipes de soins. Les nouvelles technologies pourraient être mises à contribution comme la télémédecine bucco-dentaire.

PROPOSITION 7 :

Intégrer une sous-section dentaire dans les logiciels des structures médico-sociales ou hospitalières et dans les avis médicaux lors des admissions dans les établissements médico-sociaux. L'importance du bilan bucco-dentaire serait rappelée à l'ensemble de l'équipe soignante pouvant faire le lien avec l'équipe administrative (suivi social par exemple pour orienter le patient sur la CSS ou une assurance complémentaire en cas de soins).

PROPOSITION 8 :

Evaluer les actions de santé publique dans les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) voire des Equipes de Soins Primaires (ESP), ayant des programmes incluant la santé bucco-dentaire pour les personnes âgées en lien ou non avec des actions ciblées telles que des actions de prévention, l'orientation, la télémédecine...

4. Bénéfice attendu pour la profession :

être intégrée dans les équipes de soins et « prévenir plutôt que guérir dans l'urgence ». L'urgence n'est ni confortable pour le praticien, ni pour le patient / résident.

5. Impact économique :

en lien avec le recrutement de praticiens hospitaliers et les praticiens libéraux. Le bilan dentaire spécifique pourrait être étendu aux patients âgés hospitalisés (hospitalisation, SMR/SSR ...). Le coût devrait être intégré dans le forfait soin. Pour les EHPAD, sur la base de 700000 places avec une durée de séjour de 3 ans et 4 mois en moyenne, le budget du bilan dentaire spécifique serait en année pleine pour l'Assurance maladie de 8 millions d'euros (5 millions avec la participation des assurances complémentaires ou de la solidarité nationale par la CSS).

6. Mise en œuvre :

volonté commune des professions médicales qu'elles soient libérales ou hospitalières.