

**Expert en gestion et politiques de santé (RNCP35058) -
Exécutive master Gestion et Politiques de Santé**

**Promotion 2022 – 2023
Marie Curie**

Direction

Didier TABUTEAU, vice-président du Conseil d'Etat

DOSSIER DE SOUTENANCE PUBLIQUE

Prénom : **Patrick**

NOM : **BAUDOT**

Date de la soutenance : **17/01/2024**

Titre du mémoire : Un PROGRAMME « BIEN VIEILLIR AVEC DES DENTS »

Objectif 2040 : 20/80/85

20 dents au minimum pour 80% des personnes âgées de 85 ans

25 propositions

Nom du tuteur : **Docteur François BOURDILLON**

TABLE DES MATIERES.

LISTE DES ABREVIATIONS ET REMERCIEMENTS.	P.3.
INTRODUCTION GENERALE.	P.4.
CHAPITRE 1 : Nutrition et santé bucco-dentaire : un lien avec le « bien vieillir » ?	P.7.
Introduction.	P.7.
1.1. Troubles et maladies en lien avec le vieillissement.	P.10.
1.1.1. Le vieillissement dit normal.	P.10.
1.1.2. Le vieillissement dit pathologique.	P.12.
1.1.3. Caractéristiques des personnes bénéficiant d'un vieillissement « bien vieillir »	P.13.
1.2. La nutrition : la base de la prévention ?	P.15.
1.2.1. La nutrition et l'épigénétique.	P.15.
1.2.2. La nutrition, un outil de prévention primaire.	P.16.
1.2.3. La nutrition chez la personne âgée.	P.19.
1.2.3.1. La dénutrition et la malnutrition chez la personne âgée.	P.19.
1.2.3.2. Les recommandations nutritionnelles chez la personne âgée.	P.21.
1.3. Troubles et maladies de la sphère oro-faciale en lien avec le vieillissement.	P.24.
1.3.1. Le vieillissement des éléments de la sphère oro-faciale.	P.25.
1.3.2. L'impact du vieillissement sur l'intégrité de la sphère oro-faciale.	P.26.
1.3.3. L'impact des pathologies de la sphère oro-faciale sur la santé générale.	P.27.
1.4. L'impact de la santé orale sur la nutrition.	P.31.
Conclusion.	P.34.
CHAPITRE 2 : Un parcours de soins adapté pour une amélioration de l'état bucco-dentaire de la personne âgée – quels moyens ? : état des lieux et perspective.	P.35.
Introduction.	P.35.
2.1. Le contexte épidémiologique et démographique.	P.36.
2.1.1. La démographie en France en 2022 et perspectives à l'horizon 2050.	P.36.
2.1.1.1. La France des années 1900 à nos jours.	P.36.
2.1.1.2. A l'horizon 2050, une France vieillissante ?	P.37.
2.1.2. L'épidémiologie des maladies bucco-dentaires.	P.40.
2.1.3. L'organisation et la démographie de la profession de chirurgien-dentiste.	P.41.
2.1.3.1. 2007 : une prise de conscience d'un risque sanitaire à l'horizon des années 2030.	P.43.
2.1.3.2. La profession en 2022.	P.44.
2.1.3.3. Les projections pour les prochaines décennies.	P.45.
2.1.3.4. La comparaison internationale.	P.46.
2.2. Le recours aux soins bucco-dentaires en France et dans le Monde.	P.47.
2.2.1. Le recours aux soins bucco-dentaires.	P.47.
2.2.2. Une nouvelle approche garante d'une santé bucco-dentaire durable ?	P.48.
2.2.3. Le système de prise en charge des soins dentaires en France.	P.52.
2.2.3.1. Des actes remboursés permettant de se faire soigner à tous les âges.	P.52.
2.2.3.2. La convention 2018-2023 : une première avancée prenant en compte les risques bucco-dentaires en lien avec le vieillissement.	P.54.
Conclusion.	P.56.
CHAPITRE 3 : Un programme « bien vieillir avec des dents » à construire en urgence ?	P.58.
Introduction.	P.58.
3.1. Les concepts et les expérimentations permettant le « bien vieillir » avec des dents »	P.59.
3.1.1. Des actions testées au niveau international.	P.60.

	3.1.2. Les expérimentations en France.	P.63.
	3.1.3. Les recommandations du suivi bucco-dentaire chez la personne âgée.	P.67.
	3.1.3.1. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé.	P.68.
	3.1.3.2. Les recommandations de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, des sociétés savantes et des associations dentaires.	P.69.
	3.1.3.3. Les rapports parlementaires et les recommandations ministérielles.	P.71.
	3.2. Décisions en 2023 : de nombreuses incertitudes concernant la prévention et la mise en place d'un parcours de soins bucco-dentaires des personnes âgées.	P.73.
	3.2.1. Une profession dans le déni ?	P.74.
	3.2.2. Une loi de financement de la Sécurité sociale 2024 faisant l'impasse sur la prévention bucco-dentaire ?	P.76.
	3.2.3. Un recul de l'investissement de la Mutualité Française dans les actions de prévention ?	P.77.
	3.2.4. Une loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France : entre déception et espoir ?	P.78.
	3.2.5. Une convention nationale 2023-2028 qui va dans le bon sens mais qui doit être améliorée.	P.79.
	3.3. Un programme « bien vieillir avec des dents » - horizon 2040.	P.82.
	Conclusion et avis personnel.	P.93.
	CONCLUSION GENERALE.	P.95.
	ANNEXES.	P.97.
	FICHES – ACTIONS.	P.106.
	BIBLIOGRAPHIE.	P.130.

Ce travail est le fruit de nombreux échanges avec les acteurs administratifs, les acteurs de terrain et les décideurs politiques (au sens gestion de la cité), concernés par la santé bucco-dentaire et en particulier la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Leur participation est mentionnée en Annexe 6 (Page 104). Qu'ils soient ici remerciés pour le temps qu'ils m'ont consacré.

LISTE DES ABREVIATIONS :

ALD	Affection Longue Durée. Liste sur : https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique
ARS	Agence Régionale de Santé. Site internet : https://www.ars.sante.fr/
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire.
CDF	Les Chirugiens-Dentistes de France. Site internet : https://lescdf.fr/
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Site internet : https://assurance-maladie.ameli.fr/
CSS	Complémentaire Santé Solidaire. Site internet : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Site internet : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/drees
FDI	Fédération Dentaire Internationale. Site internet : https://www.fdiworldddental.org/
FNMF-La Mutualité Française	Fédération Nationale de la Mutualité Française. Site internet : https://www.mutualite.fr/
FSDL	Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux. Site internet : https://www.fsd.fr/
INED	Institut National d'Etudes Démographiques. Site internet : https://www.ined.fr/
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Site internet : https://www.insee.fr/fr/accueil
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
HAS.	Haute Autorité de Santé. Site internet : https://www.has-sante.fr/
MSA	Mutualité Sociale Agricole. Site internet : https://www.msa.fr/fp
OMS	Organisation Mondiale de la Santé. Site internet : https://www.who.int/fr/
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.
ONCD	Ordre National des Chirugiens-Dentistes. Site internet : https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/
RAC 0	Reste A Charge 0.
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Site internet : https://www.ufsbd.fr/
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.
UNOCAM	Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie. Site internet : https://unocam.fr/

REMERCIEMENTS :

- Au Docteur François BOURDILLON, notre tuteur, je vous remercie d'avoir canalisé mon enthousiasme débordant et de m'avoir conseillé tout au long de la rédaction de ce mémoire.
- A Monsieur Didier TABUTEAU, notre directeur de formation qui a su depuis plus de 20 ans, initier les étudiants du Master aux différentes approches des politiques de santé en France et à l'international. J'associe Isabelle GOURIO en tant que responsable du programme.
- A mes amis du groupe prévention Charlotte, Olivier et Perrine, ne changez rien.
- A l'ensemble de la promotion Marie Curie de l'Exécutive Master et en particulier ces personnes que j'admire et/ou avec qui j'ai eu une vraie complicité : Caroline (reste comme tu es), Stéphanie (garde ton sourire), Sonia (désolé pour mes blagues vaseuses), Maxime, Sylia, Marie France, Stéphane, Romain, Tawfik, Sara, Sarah, Isabelle et Isabelle, Jean Christian, Nathalie, Julien, Arnaud... et tous les autres qui ont chacun ce petit truc qui fait que j'espère qu'on restera en contact très longtemps.
- A l'ensemble de la logistique (y compris les agents d'accueil) et en particulier Sabine TORDJMANN pour sa gentillesse.

INTRODUCTION GENERALE.

Les préoccupations liées au grand âge sont présentes dans le débat public depuis les années soixante, initiées par le rapport présenté par Pierre LAROQUE [141.] s'intéressant à la pauvreté, au mal logement et à l'isolement des personnes âgées. L'augmentation de l'espérance de vie ainsi que les avancées sociales et sanitaires n'étant pas forcément corrélées avec l'espérance de vie sans incapacité¹, les notions de dépendance et d'autonomie sont apparues. Ces évolutions progressives sont rythmées par la maîtrise des dépenses dans le cadre des crises économiques successives et les prises de conscience en lien avec des événements majeurs comme la canicule de 2003 et la crise sanitaire provoquée par le coronavirus. La notion du « bien vieillir », pour vieillir mieux sans être trop coûteux pour la société, est apparue dans les années 2000.

De nombreux rapports parlementaires, missions ministérielles ou livres se sont intéressés au vieillissement de la population avec plus ou moins de discernement et de pragmatisme. Les critiques dénonçaient en particulier la qualité et la quantité de l'alimentation des personnes âgées (dépendantes ou non), souvent, considérée comme un des éléments de bien-être et de prévention des pathologies (l'alimentation n'est-il pas le premier médicament ? ». Dans le rapport parlementaire de madame V. DEBORD en 2010 [136.], les premières recommandations préconisaient une consultation dite de « longévité » à partir de 60 ans avec des conseils sur la santé et le mode de vie ; et la mise en place dans les établissements accueillant des personnes âgées, d'un cahier des charges nutritionnel pour chaque résident. Le rapport recommande « d'améliorer la qualité gustative, en favorisant l'achat de fruits et de produits du terroir ». Il en est de même dans le livre « les fossoyeurs » de monsieur V. CASTANET [4.], dénonçant quelques années plus tard, une nourriture peu appétissante, entraînant sûrement les phénomènes de dénutrition. Dans ces deux exemples très médiatisés, l'alimentation peu variée ou peu appétissante est considérée comme une cause de la dénutrition et non une conséquence d'un état

¹ Selon l'INSEE, l'espérance de vie sans incapacité, aussi appelée espérance de vie en bonne santé, évaluée, à la naissance ou à un autre âge, le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne, compte tenu des conditions sanitaires du moment. Il fait partie des indicateurs d'espérance de santé

dentaire délabré provoquant la dénutrition. Un mauvais état bucco-dentaire reste un tabou, non visible, contrairement à une escarre par exemple, s'appuyant sur des croyances anciennes relayées par les patients : « pas de douleur donc pas de problème y compris sur la santé générale » [123.]. Le chapitre 1 permettra de démontrer l'importance d'articuler nutrition, santé générale et santé bucco-dentaire afin de prévenir l'entrée dans la dépendance.

L'Organisation Mondiale de la Santé a initié, très récemment, des programmes et des recommandations considérant que les affections bucco-dentaires touchent la moitié de la population et que l'approche reste insuffisante dans de nombreux pays. La prévention à tous les âges de la vie est un des axes principaux afin de préserver une bonne santé bucco-dentaire évitant d'aggraver les pathologies générales et assurant un accès à une alimentation variée. Une analyse épidémiologique du vieillissement de la population, la démographie des soignants issus de l'odontologie² et les recommandations sont décrites dans le chapitre 2. Ces données doivent permettre d'anticiper et de préparer des programmes de prévention et de soins à destination de l'ensemble de la population française.

Les systèmes français d'Assurance maladie, d'assurances complémentaires et d'Etat permettent de garantir un panier de soins de base comme le recommande l'OMS. La prévention reste toutefois un axe à développer fortement auprès de la population afin de minimiser les coûts en lien avec le vieillissement général et en particulier le vieillissement de la sphère oro-faciale. C'est une des missions de la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes conclue entre l'UNCAM (assurance maladie), l'UNOCAM (assurances complémentaires) et les syndicats représentatifs. Celle-ci fait une ouverture en proposant une orientation prévention, toutefois insuffisante, aux vues des recommandations tout au long de la vie en particulier chez la personne âgée. Le chapitre 3 vise à faire des propositions concrètes en croisant les recommandations et les initiatives internationales et nationales ainsi que les avis d'une vingtaine d'experts participant à la mise en place d'une politique de santé bucco-dentaire envers les personnes âgées.

² L'odontologie est la spécialité médicale et chirurgicale couvrant l'étude de l'organe dentaire, des maxillaires et des tissus attenants.

Et si nous construisions grâce à ce travail, une déclinaison du programme « bien vieillir » que l'on pourrait dénommer « bien vieillir avec des dents » ... ?

CHAPITRE 1 : Nutrition et santé bucco-dentaire : un lien avec le « bien vieillir » ?

Introduction

La fragilité de la personne âgée est un concept remontant au début des années 90. Elle se caractérise par la tranche des personnes âgées à partir de 70 ans (les septuagénaires) concernées par une vulnérabilité d'un point de vue médical et social. Les travaux de Rowe et Kahn [108.] décrivent trois types de trajectoires de vieillissement caractérisant chacune environ un tiers de la population :

- Le « vieillissement réussi » caractérisé par une absence de maladie et de handicap. Les déterminants essentiels sont la génétique, l'alimentation, l'insertion sociale et l'activité physique. Les dénominations de « bien vieillir » repris par Santé Publique France³, « vieillissement productif », « vieillissement en bonne santé » et « vieillissement actif » (définition de l'OMS) [159.] sont synonymes.
- Le « vieillissement usuel » sans perte d'autonomie avec quelques incapacités, compensées, mais avec une diminution des réserves physiologiques pouvant faire décompenser brutalement le patient âgé. La HAS le définit comme « patient fragile » [144.].
- Le « vieillissement pathologique » caractérisé par une accumulation de maladies, une perte d'autonomie et une réduction de la longévité. C'est ce que nous appellerons usuellement dépendance.
- Ces trois trajectoires présentent des gradations avec des limites parfois floues. Elles se caractérisent par des évaluations à visée administrative ou médicale, souvent critiquées [115.], comme la grille AGGIR⁴ mesurant le degré de perte d'autonomie de la personne âgée, ou le référentiel PATHOS⁵ déterminant la charge médicale nécessaire aux résidents des EHPAD.

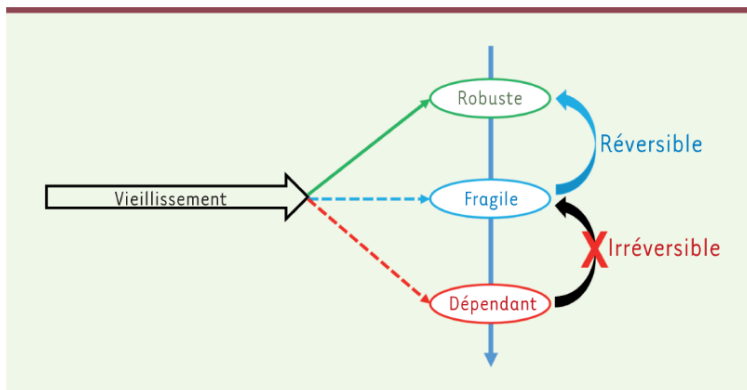
³ Communication de Santé Publique France sur le « Bien Vieillir » :

<https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir> (page consultée le 11/08/2023)

⁴ Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR).

⁵ PATHOS est un modèle de 50 états pathologiques qualifiés par huit profils de soins permettant d'établir une typologie de groupes de patients et de calculer des indicateurs de niveaux de soins requis

Les préventions⁶, définies par l’OMS (primaire et secondaire et parfois tertiaire) doivent permettre progressivement de favoriser le vieillissement caractérisé par le « bien vieillir » au dépend du vieillissement pathologique et usuel [159.]. Elles font appel à des politiques publiques, aux professionnels de santé, aux aidants y compris les proches dans le cadre d’une prise en charge systémique intégrant le patient.



Différentes trajectoires survenant au cours du vieillissement.

Source : Médecine/Sciences – volume 36 – Vieillissement une approche globale, multidimensionnelle et préventive [59.].

Les termes perte d’autonomie et dépendance sont souvent synonymes dans le langage commun alors que le premier fait référence à la perte du libre arbitre de la personne et le second est défini par le besoin d’aide.

Les facteurs augmentant le risque de perte d’autonomie, entraînant la dépendance sous différentes formes aussi bien matérielles que humaines [32.], sont :

- Les maladies chroniques caractérisées par les affections métaboliques (diabète, syndrome métabolique) mais aussi les infections bactériennes chroniques (dont la maladie parodontale) ; les affections neurologiques (accident vasculaire cérébral, dégénérescence du système nerveux central dont les maladies de Parkinson et d’Alzheimer) ; les troubles psychiques (dépression...) ; les cancers...

⁶ La prévention primaire agit en amont de la maladie (vaccination, actions sur les facteurs de risque), la prévention secondaire agit à un stade précoce de l’évolution de la maladie et de son évolution (dépistages) et la prévention tertiaire agit sur les complications et les risques de récidence [9.].

- La fragilisation caractérisée par l'installation d'une fatigue, d'une déshydratation, d'une perte de poids récente, d'une faiblesse musculaire (sarcopénie, cachexie), d'une sédentarité mais aussi d'une infection aigüe...
- L'hospitalisation en urgence ou programmée caractérisée par la durée de celle-ci (dépendance iatrogène).
- Les problèmes sociaux caractérisés par les déménagements, les problèmes financiers, la perte du rôle social, la perte de l'identité.
- La dépendance pathologique caractérisée par une mauvaise réponse de l'entourage aux besoins.
- La dénutrition et les facteurs environnementaux (sédentarité, tabagisme, habitat, iatrogénie médicamenteuse...).

La prévention doit se porter sur l'ensemble de ces facteurs de risque dont l'alimentation, afin d'éviter la perte d'autonomie de la personne âgée et maintenir la trajectoire du « Bien Vieillir ».

Une bonne alimentation est un facteur important de santé et de bien être permettant de couvrir les besoins qualitatifs et quantitatifs en nutriments. Elle joue un rôle social et de bien être non négligeable mais surtout un rôle préventif dans de nombreux facteurs de risque augmentant le risque de perte d'autonomie.

Une bonne alimentation à tous les âges de la vie n'aura des bienfaits sur la santé qu'avec des supports biologiques efficaces permettant une bonne diffusion des nutriments et micronutriments dans le corps.

La sphère oro-faciale en est le premier maillon.

1.1. Troubles et maladies en lien avec le vieillissement.

Le vieillissement est influençable même s'il est inéluctable. Une première étape a été franchie en augmentant l'espérance de vie depuis des dizaines d'années par le biais de l'hygiène, de la prévention et du soin dans nos sociétés développées. L'étape actuelle est dorénavant de faire reculer l'entrée dans la dépendance des personnes âgées afin de garantir leur autonomie mais aussi pour une raison peut être moins avouable éthiquement [13.] : réduire les coûts liés à cette dépendance.

1.1.1. Le vieillissement dit normal.

Le but de ce paragraphe n'est pas de détailler l'ensemble des caractéristiques génétiques, biochimiques ou cellulaires du vieillissement. Certains mécanismes ont été étudiés et le sont encore afin de ralentir le processus global au niveau génétique et biochimique :

- Les télomères sont les extrémités des chromosomes. Il a été démontré un lien entre la longueur des télomères et la sénescence mais aussi les pathologies telles que les maladies vasculaires, les cancers ou les maladies du vieillissement comme la progéria [57.].
- Les Espèces Réactives de l'Oxygène (EOR) sont issues de l'activité mitochondriale fournissant l'énergie indispensable à l'organisme. Elles ont une toxicité importante sur l'ADN⁷. Elles sont potentiellement impliquées dans les maladies liées à la sénescence comme les cancers, l'athérosclérose, le diabète... [23.].
- La méthylation est une réaction chimique intervenant dans la différenciation, la division ou la survie cellulaire. Elle est accentuée lors du vieillissement sur certaines régions des gènes en lien avec des anomalies épigénétiques. Ces dernières peuvent contribuer au développement de certaines maladies comme le cancer [124.], les maladies dégénératives [125.], [126.] ou les maladies métaboliques dont le diabète [37.].

⁷ ADN = Acide DésoxyriboNucléique. Il contient l'information génétique dans les cellules permettant le développement, le fonctionnement et la reproduction des êtres vivants.

Ces phénomènes biologiques peuvent être modérés par des facteurs extérieurs en particulier la nutrition. Les Espèces Réactives de l'Oxygène et les télomères sont sensibles aux anti-oxydants [114.] et la méthylation est étroitement dépendante de l'apport de végétaux grâce aux vitamines du groupe B [86.] et aux micronutriments tels que le zinc.

Le vieillessement cellulaire est naturel et programmé. Il se termine par la mort cellulaire qualifiée d'apoptose qui est un signal entraînant une nouvelle division cellulaire. Ce phénomène de réplication ne peut se faire indéfiniment. C'est le rôle des télomères qui vont se raccourcir naturellement au fur et à mesure de la division cellulaire. Ils pourront subir des dommages accélérés par le biais de phénomènes anormaux comme les ultra-violets, certaines substances chimiques, les molécules du corps humains en excès (cortisol, radicaux libres...) ...

Le vieillissement naturel des organes, issu du vieillissement cellulaire et des interactions moléculaires (hormonales, immunitaires ou biochimiques), se caractérise par [45.] :

- Un muscle cardiaque moins efficace du fait d'un vieillissement de l'endothélium devenant plus rigide avec l'âge. Il en est de même pour l'ensemble du système artériel et veineux. De plus une fibrose musculaire s'installe.
- Un vieillissement cérébral caractérisé par l'apparition de dégénérescences neurofibrillaires, de plaques séniles, de pertes neuronales et synaptiques et d'anomalies vasculaires. L'apparition est progressive et n'épargne personne à l'âge de 60 ans. Les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer est une résultante de l'accélération du processus normal de vieillissement.
- Un vieillissement rénal se caractérisant dès l'âge de 40 ans par une déperdition glomérulaire en lien avec une diminution progressive de néphrons fonctionnels. Les lésions vasculaires impactent également le rein et son pouvoir filtrant.
- Un système musculosquelettique caractérisé par une perte de densité osseuse. Il en est de même au niveau des articulations où le cartilage s'amincit. Les tendons et des ligaments deviennent moins « élastiques ».

- Une immunité cellulaire et une immunité humorale moins performantes, provoquées par une altération et une diminution des cellules souches actives présentes dans la moelle osseuse et le thymus. Il existe une baisse de nombreuses cellules de l'immunité ainsi qu'une moindre étendue du répertoire des antigènes permettant la lutte contre les infections.
- Des organes du système digestif moins performants avec une réduction de la sécrétion gastrique et des modifications de la fonction hépatique.

Ces exemples de mécanisme de vieillissement des organes ne sont qu'une partie du vieillissement normal de la personne âgée. Ce vieillissement normal touche l'ensemble des organes mais à des degrés différents et à un âge plus ou moins précoce [131.]. La prévention de la dépendance se caractérise par une adaptation des comportements permettant de ralentir les effets du vieillissement.

1.1.2. Le vieillissement dit pathologique.

Le vieillissement pathologique est accéléré par l'émergence de différentes pathologies aiguës ou chroniques [120.] telles que :

- Les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale ou la maladie de Parkinson.
- Les maladies rhumatologiques dont l'ostéoporose ou l'arthrose.
- Les maladies liées au mode de vie⁸ comme le diabète, les pathologies cardio-vasculaires, l'obésité, le syndrome métabolique... Elles sont souvent à l'origine de handicap.
- Certains cancers (pouvant être en lien avec le style de vie).

Le vieillissement pathologique correspond à un vieillissement normal qui intervient tôt dans l'existence. Il est toutefois difficile de différencier l'âge biologique correspondant aux changements corporels, l'âge psychologique correspondant à une vision de la vie et l'âge chronologique en lien avec

⁸ Les maladies liées au mode de vie, aussi appelées « maladies de civilisation », augmentent proportionnellement au fur et à mesure que les pays deviennent plus industrialisés. Il existe une corrélation forte entre leurs apparitions dans la population et une mauvaise alimentation ; la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue ; et le manque d'activité. Elles sont liées aux changements de vies récents.

le temps qui passe et un vieillissement dit normal. Mesurer le vieillissement biologique de l'homme est une quête récente devant permettre d'identifier les mécanismes de résilience chez les personnes ancrées dans le « bien vieillir » afin de les proposer à l'ensemble de la population [27.], [54.].

Le vieillissement pathologique a une base génétique. De nombreuses études tentent cependant à démontrer que le vieillissement accéléré peut être ralenti en adoptant une bonne hygiène de vie et une alimentation équilibrée et ce dès le plus jeune âge en :

- Evitant le tabac, l'alcool en particulier pour les cancers, les maladies cardiovasculaires et le système sensoriel.
- Evitant le sucre, le surpoids, le stress et les toxiques environnementaux qui génèrent des états inflammatoires chroniques favorisant les maladies dégénératives, les maladies cardiovasculaires et les maladies auto-immunes.
- En évitant la sédentarité pour contrer l'ostéoporose, l'arthrose et le vieillissement musculaire entraînant des risques de chute.
- Favorisant une bonne hygiène de vie, le lien social et une bonne alimentation permettant d'éviter les déséquilibres physiologiques. Ces derniers, tout comme la médication mal adaptée entraînent le syndrome de glissement et l'état de fragilité.
- Se contrôlant régulièrement chez des professionnels.

Le vieillissement pathologique doit être évité car c'est une des principales causes de la perte d'autonomie et de la dépendance (ou plutôt de la perte d'indépendance fonctionnelle). Dès 2007, le plan National « Bien vieillir »⁹ reprenait ces axes.

1.1.3. Caractéristiques des personnes bénéficiant d'un vieillissement « bien vieillir ».

Les études longitudinales, portant sur le suivi de cohortes de personnes dont on étudie le vieillissement, ont donné une assise à la compréhension de ce phénomène. Les études « Alaméda 1 et

⁹ Plan National « Bien Vieillir » : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf (page consultée le 11/08/2023).

2 » sur 17 ans et 6 ans [73.], « Manitoba » sur 12 ans, I-care sur 5 ans ou « Etude nationale « bien vieillir » » en 2009¹⁰, permettent d'identifier des facteurs favorisant le « bien vieillir » :

- Une alimentation diversifiée, riche en micronutriments notamment à effet antioxydant et protéinée avec davantage de protéines d'origine végétale.
- Une activité physique régulière notamment la marche pendant au moins 150 minutes par semaines.
- Une consommation très faible, voire inexistante, d'alcool et de tabac.
- Des caractéristiques médicales avec un IMC compris entre 18 et 25 et une tension artérielle normale permettant de réduire la survenue de maladies chroniques.
- Des contacts sociaux développés que ce soit au niveau familial ou extérieurs ainsi qu'un niveau socioculturel plus élevé.
- Une attitude positive, voire heureuse sans épisode de dépression et de troubles cognitifs (peu maitrisables par la personne).
- Une capacité de la personne à s'adapter à ce qui lui arrive ou à maintenir la stabilité à travers le changement. On parle respectivement de résilience et allostasie.

¹⁰ Evaluation du Plan national « bien vieillir » 2007-2009 : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/114000110.pdf (page consultée le 11/08/2023).

1.2. La nutrition : la base de la prévention ?

La nutrition est un cofacteur précoce de la bonne santé tout au long de la vie. Comme l'activité physique ou l'absence de comportement dit à risque (tabac, alcool...), elle joue un rôle de prévention des maladies liées au mode de vie, intégrant le diabète de type 2, l'infarctus, certains cancers, la dépression...

1.2.1. La nutrition et l'épigénétique [12.], [134.].

L'épigénétique étudie les mécanismes moléculaires modulant l'expression du patrimoine génétique en fonction du contexte. Un stimulus ou une agression, durant une période de vulnérabilité au début de la vie, peut être à l'origine d'une altération permanente de la physiologie et du métabolisme aboutissant à une maladie à l'âge adulte. Les stimulus les plus étudiés sont les facteurs environnementaux, le stress et la nutrition [102.]. La réaction protectrice la plus connue est la méthylation, dépendante de l'apport de vitamines (de la famille B) et de micronutriments comme le Zinc (ZN).

La nutrignomique étudie l'influence des aliments sur l'expression épigénétique de notre génome ainsi que l'impact de ces interactions sur la manière dont les individus réagissent à l'alimentation. L'exemple le plus probant concerne l'épidémie mondiale de syndrome métabolique¹¹ avec un génome (génotype économe), habitué à l'économie du fait des famines, ne s'adaptant pas aux changements soudains de comportements (sédentarisation, alimentation déséquilibrée ou pléthorique). L'altération de la programmation épigénétique en lien avec l'alimentation se caractérise au cours du développement foetal et postnatal mais aussi au cours de la vie [71.]. La recherche s'est intensifiée ces dernières années aussi bien sur la régulation de la croissance des mammifères en lien avec la période de lactation ainsi qu'à l'âge adulte [74.], que sur la nutrition permettant une expression génétique différente dans le cadre de la maladie de Crohn [167.]. Cela aboutira à l'avenir à une nutrition personnalisée permettant la prise en compte de l'expression des gènes selon le profil génomique afin de moduler l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète [101.] ...

¹¹ Le syndrome métabolique désigne la coexistence de plusieurs troubles de santé d'origine lipidique, glucidique ou vasculaire associés à un excès de poids augmentant les risques de maladies de civilisation comme le diabète, les maladies cardiaques...

1.2.2. La nutrition, un outil de prévention primaire.

Il est hasardeux d'affirmer que la façon de manger qualitativement et quantitativement est la cause de l'apparition de maladies chez une personne tant elles sont multifactorielles. C'est tout d'abord dépendant du capital génétique de la personne et des interactions avec les autres facteurs de risque que sont le stress, le tabac, l'alcool, la sédentarité ou l'ensemble des conduites dangereuses. Au gré des modes et des découvertes scientifiques, notre regard a évolué par exemple sur :

- Les mesures du cholestérol et l'apport exogène alors qu'une grande partie provient de la fabrication endogène.
- L'apport de calcium par des produits laitiers remis en cause ces dernières années.
- La consommation de protéines animales conseillées au début du 20^{ème} siècle et à modérer actuellement (et pas que pour des raisons écologiques).

La nutrition est un cofacteur important de survenue des maladies liées au mode de vie et donc apparues ces dernières années. Elles sont représentées par les maladies cardio-vasculaires, l'accident vasculaire cérébral, certains cancers, l'obésité en lien avec le syndrome métabolique, le diabète de type 2, la stéatose hépatique (maladie du « foie gras ») ... De nombreuses recherches sont en cours sur la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, l'asthme, la maladie de Crohn, l'ostéoporose et même la dépression...

Les recommandations nutritionnelles se basent sur :

- L'observation des régimes entre les populations comme l'étude de Ancel Keys de 1950 à 1965 sur les habitudes alimentaires de 7 pays mesurant des évènements de santé **[75.]**.
- Les études protocolisées sur des régimes alimentaires différents, d'une population d'un même pays comme l'étude Lyon Diet Study **[46.]** ou l'étude SU.VI.MAX¹² avec la consommation de fruits et légumes et d'antioxydants (sous forme de compléments) **[62.]**.

¹² SUplémentation en Vitamines et Minéraux Anti-Oxydants.

- Les méta-analyses regroupant de nombreuses publications permettant de donner une orientation. Les bénéfices du régime méditerranéen et des régimes hypo-lipidiques ont été testés par exemple sur les maladies cardio-vasculaires.
- La recherche plus spécifique notamment sur les nutriments et le microbiote (lancement du « French Gut »¹³ afin de connaître la cartographie du microbiote des Français mais aussi son évolution).

En France, Les recommandations nutritionnelles sont basées sur les repères de consommation de l'ANSES¹⁴ et Santé Publique France, prenant en compte aussi bien les habitudes alimentaires (études INCA2¹⁵), la composition nutritionnelle des aliments (CIQUAL¹⁶) que la biodisponibilité, les références nutritionnelles, la prévention des maladies chroniques ou le niveau de contamination des aliments (étude EAT2¹⁷). Le Programme National Nutrition Santé¹⁸ orchestre les recommandations, et donnent des objectifs généraux à atteindre que ce soit sur la nutrition, la qualité de vie, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques que sur la prévention, la recherche ou les études de surveillance.

Les recommandations générales sont :

- Un apport lipidique de l'ordre de 35 à 40% de l'apport énergétique avec un minimum de 500mg d'Omega 3 longue chaîne (apportés par les poissons gras).
- Une consommation de viande hors volaille de 500 grammes par semaine et une réduction de la consommation de la charcuterie à 25 grammes par jour.
- Une consommation des produits laitiers modérée avec la nuance sur les bénéfices en termes de fracture osseuse.

¹³ Le « French Gut » :

<https://lefrenchgut.fr/> (page consultée le 11/08/2023).

¹⁴ Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

¹⁵ Données INCA 2 :

<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-de-consommations-et-habitudes-alimentaires-de-letude-inca-2-3/> (page consultée le 11/08/2023).

¹⁶ Tables CIQUAL :

<https://ciqual.anses.fr/> (page consultée le 10/08/2023).

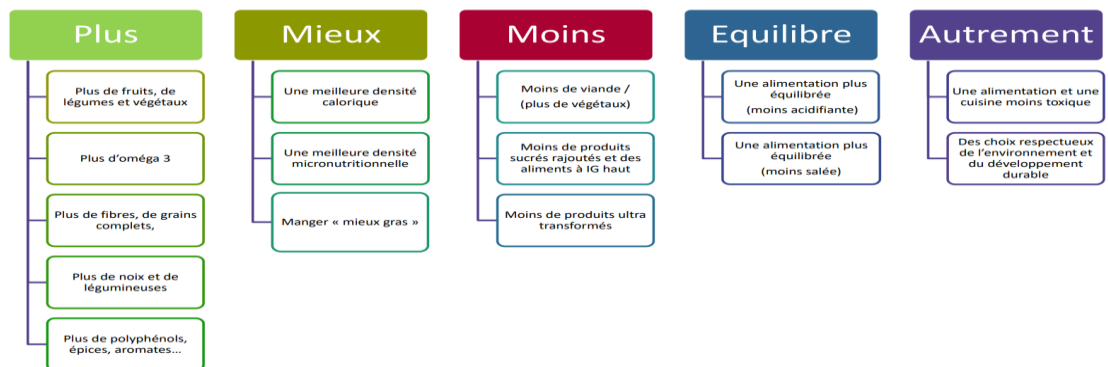
¹⁷ Etudes EAT2 :

<https://www.anses.fr/fr/system/files/PASER2006sa0361-An01.pdf> (page consultée le 10/08/2023).

¹⁸ Programme National Nutrition Santé (PNNS) version 4 :

<https://www.mangerbouger.fr/ressources-pros/le-programme-national-nutrition-sante-pnns/qu-est-ce-que-le-pnns> (page consultée le 10/08/2023).

- Une consommation de 5 portions de fruits et légumes soit 400 grammes par jour.
- Un apport glucidique représentant 40% à 55% de l'apport énergétique total en privilégiant les aliments à Indice Glycémique bas (produits céréaliers complets) et en informant sur les sucres ajoutés.
- La limitation des cuissons hautes températures, des fritures et des grillades au barbecue dont sont issus certains composés cancérigènes (base de Schiff, acrylamide...).
- La consommation éclairée sur les contaminants alimentaires comme les pesticides, les bisphénols, les nitrites...
- Un apport optimal de certains micronutriments indispensables au bon fonctionnement de l'organisme comme les vitamines, les folates, le calcium, le sodium en lien avec les pathologies déjà installées.
- Une hygiène de vie adaptée à la santé de la personne prenant en compte l'hydratation, l'exercice physique quotidien mais aussi l'aspect psycho-social et le plaisir.



- Source : Institut Scientific Institute for Intelligent Nutrition - 2021– site internet : <https://www.siin-nutrition.com/fr>

Au-delà de ces recommandations générales s'apparentant à de la prévention primaire, il existe des recommandations spécifiques pour chaque pathologie permettant de limiter la prise de médicament. Cela inclue aussi bien la chronobiologie permettant une baisse de la fabrication endogène du cholestérol (principale source contrairement à ce qui était décrit dans les années 70), la prise d'aliments anti-oxydants à base de polyphénols que de compléments alimentaires agissant sur la protection endothéliale cardiovasculaire incluant des acides gras oméga 3. Le régime DASH (Dietary Approaches to Reduce

Hypertension) intègre cette approche dans le cadre d'une étude à grande échelle sur la baisse de l'hypertension [19.].

1.2.3. La nutrition chez la personne âgée.

1.2.3.1. La dénutrition et la malnutrition chez la personne âgée.

La malnutrition est la conséquence d'une alimentation mal équilibrée ou d'un désordre métabolique se caractérisant par l'apport d'éléments nutritifs essentiels insuffisants même si les apports énergétiques sont adéquats. La dénutrition s'accompagne aussi d'une perte de poids souvent supérieure de 10% en moins de 6 mois aux dépens de la masse musculaire. La dénutrition est aussi appelée malnutrition protéino-énergétique s'accompagnant souvent d'un retentissement sur l'autonomie fonctionnelle ou la survenue de conséquences pathologiques comme des maladies infectieuses.

L'épidémiologie de la dénutrition est rarement influencée par l'âge de la personne mais plutôt par l'état de santé, les maladies chroniques ou la fragilité. La dénutrition est favorisée par [61.] :

- Les pathologies ou les modifications d'organes comme l'altération du goût et de la salive, les capacités d'absorption de l'appareil digestif intégrant la dégradation physique des aliments et le métabolisme des nutriments, les médicaments ayant un effet métabolique, les pathologies infectieuses, inflammatoires ou cancéreuses. Ces maladies peuvent provoquer en parallèle un hypercatabolisme prélevant les nutriments dans les réserves de l'organisme.
- Les conditions de vie comme la baisse des revenus, le veuvage, la solitude mais aussi les passages répétés à l'hôpital ou dans des institutions gériatriques provoquant des états de stress, des états dépressifs et une anorexie réactionnelle.
- Le mode de vie avec l'augmentation de la sédentarité, les régimes souvent abusifs, les traitements médicamenteux nombreux voire la consommation de tabac et d'alcool.

L'évaluation diagnostique de la dénutrition est importante pour garantir les apports en énergie et en nutriments et corriger rapidement un déséquilibre selon la HAS [142.]. Elle se caractérise :

- Par des enquêtes alimentaires avec des relevés d'ingesta.
- L'anthropométrie se caractérisant par des mesures cliniques des compartiments corporels comme le poids, la circonférence brachiale et la circonférence du mollet pour évaluer la masse maigre, les épaisseurs de certains plis cutanés pour l'évaluation de la masse grasse.
- La biologie avec des mesures de l'albumine, de la protéine C réactive et d'autres permettant de donner des indications sur l'état de santé du patient.

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)	Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)
<ul style="list-style-type: none">– $20 \leq \text{IMC} < 22$.– Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.– Albuminémie* ≥ 30 g/L.	<ul style="list-style-type: none">– $\text{IMC} < 20$ kg/m².– Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.– Albuminémie* ≤ 30 g/L.

- Source : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – 2021 – site internet : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3297885/fr/diagnostic-de-la-denuitration-chez-l-enfant-l-adulte-et-la-personne-de-70-ans-et-plus-fiche-outil

La dénutrition augmente la morbidité et la mortalité. Elle est la première cause de déficit immunitaire acquis du sujet âgé en favorisant la survenue d'infections mais aussi d'infections nosocomiales. Elle majore l'anorexie s'incluant dans un cercle vicieux. Elle est responsable d'une altération de l'état général se caractérisant par un amaigrissement, une sarcopénie, une cachexie, un état d'hyper catabolisme, un syndrome dépressif et un épuisement des réserves de l'organisme provoquant un état de fragilité.

Le vieillissement et les pathologies de la sphère oro-faciale participe à la malnutrition par :

- Des diminutions de la capacité masticatoire en relation avec l'état de la dentition, un état pathologique au niveau dentaire ou gingival ou un appareillage mal adapté.
- Des troubles de la déglutition en lien avec des troubles cognitifs provoqués par des accidents de type vasculaires cérébraux ou des pathologies comme la maladie d'Alzheimer.

- Une altération du goût en lien avec le vieillissement des papilles gustatives, des papilles olfactives et/ou la prise de certains médicaments.
- Une altération quantitative et qualitative de la salive.

Spécificités de la personne âgée	A tout âge
Dépendance, perte de mobilité	Insuffisances d'organe chroniques et sévères (cardiaque, respiratoires, rénale ou hépatique)
Troubles cognitifs	Cancers
Dépression, deuil	Pathologies inflammatoires chroniques
Isolement social, entrée en institution	Hospitalisations répétées
Troubles bucco-dentaires	Douleurs aiguës ou chroniques
Troubles de la déglutition	Régimes restrictifs
Polymédication	Maldigestion et/ou malabsorption
Escarre	Alcoolisme chronique
Fécalome	Pathologies aiguës

- Source : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – 2021 [142.].

1.2.3.2. Les recommandations nutritionnelles chez la personne âgée [6.], [7.].

L'alimentation peut participer au vieillissement réussi tout comme le sommeil adapté, l'activité psychique et le lien social. Au-delà des pathologies en lien avec le vieillissement naturel, il convient de maintenir le capital musculaire, le capital cérébral, le capital hormonal et le capital énergétique de la personne âgée.

L'évaluation est souvent tardive, lorsque la dénutrition est installée. Elle devrait être plus précoce et réévaluée à des âges clés (tous les 5 ans par exemple). Elle doit prendre en compte non seulement les apports alimentaires mais aussi les fonctions masticatoires, digestives, les intolérances ou allergies apparues tardivement, le déclin du microbiote, les relations psychosociales...

Les recommandations générales à partir de 60 ans sont :

- Une assiette beaucoup plus protéinée intégrant des protéines animales et végétales (on passe de 0,8 grammes/kg/j à 1,2 grammes/kg/j voir 1,5 grammes/kg/j en cas de signes de sarcopénie). Cela peut intégrer des compléments alimentaires adaptés à la personne âgée avec un goût plus sucré, une texture adaptée aux fausses routes, ou à base d'alphalactalbumine prise plutôt le matin ou à midi (chronobiologie en lien avec l'entretien musculaire).

- Une assiette plus riche en acides gras oméga 3 longue chaîne.
- Une assiette avec des antioxydants donc pleine de végétaux.
- Des produits lactofermentés.
- Des apports contrôlés de vitamines dont la B12, vitamine D et de micronutriments dont le Zinc et les folates.
- Une hydratation suffisante.
- Une alimentation plaisir tout en contrôlant les excès (un verre de vin de temps en temps tout en faisant attention à la consommation pouvant augmenter avec l'âge).
- Une optimisation digestive reposant sur des conseils et des contrôles de la mastication, de la salivation, des sécrétions gastriques, de la digestion pancréatique, du fonctionnement hépatique et intestinal. Un contrôle de l'équilibre acido-basique, inflammatoire et oxydatif.
- La pratique sportive adaptée, le lien social, le plaisir de manger et un sommeil de qualité.

L'amélioration de la nutrition et ses ramifications comme l'activité physique ou l'auto-évaluation, est une « éternelle bataille » selon le docteur F. BOURDILLON [2.], ancien directeur de Santé Publique France¹⁹ :

- Compte tenu du manque de données épidémiologiques.
- Considérant la difficulté à trouver des messages simples et clairs.
- En raison du lobbying parfois insistant pour orienter des dispositions législatives.

Il est prouvé que les habitudes commencent dès le plus jeune âge mais il est difficile de trouver des études sérieuses concernant les habitudes des personnes âgées au-delà de 75 ans. L'enquête ESTEBAN²⁰ ne concerne que les habitants âgés de 6 à 74 ans et les enquêtes du statut nutritionnel des

¹⁹ Santé Publique France :

<https://www.santepubliquefrance.fr/> (page consultée le 20/11/2023).

²⁰ Etude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (ESTEBAN), page de présentation : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/esteban> (page consultée le 26/10/2026).

personnes âgées n'impliquent souvent que les résidents des EHPAD. Cette réalité empêche de cibler les recommandations et donc de prévenir.

1.3. Troubles et maladies de la sphère oro-faciale en lien avec le vieillissement.

L'OMS considère que la moitié de la population mondiale²¹ est touchée par les maladies et les affections bucco-dentaires caractérisées par les caries dentaires, la maladie parodontale (des gencives), la perte totale des dents (édentement), les cancers de la bouche, les traumatismes bucco-dentaires, le Noma chez les enfants²², les fentes labiales et palatines mais aussi les problématiques fonctionnelles du positionnement des dents et des dysfonctions de l'Articulation Temporo-Mandibulaire (ATM)²³. Les maladies les plus courantes sont la carie et la maladie parodontale. Elles sont toutes les deux la conséquence d'une transition d'une communauté microbienne en symbiose vers un état de dysbiose [85.]. Des facteurs extérieurs locaux ou à distance, comme le régime alimentaire, des traitements médicamenteux ou des pathologies générales provoquent cette dysbiose. L'absence de soin empêche un retour à l'équilibre en sélectionnant les bactéries les plus pathogènes :

- La carie se caractérise par une attaque acide de l'émail. Les sucres sont transformés en acide par des bactéries pathogènes telles que *Streptocoques mutans* (le plus connu mais loin d'être le seul). La carie va se développer pour atteindre la dentine puis la pulpe contenant le paquet vasculo-nerveux de la dent. C'est ce qu'on appelle la pulpite (ou rage de dent) pouvant évoluer vers la formation d'un abcès ou un kyste, porte d'entrée directe vers les systèmes de circulation sanguine de la personne.
- La maladie parodontale se caractérise par une inflammation appelée gingivite pouvant entraîner la destruction des tissus mous (gencive), puis des tissus durs (l'os de soutien de la dent) pouvant aller jusqu'à la mobilité des dents (parodontite). Les bactéries en cause sont très agressives et les plus connues sont *Prevotella intermedia* et *Porphyromonas gingivalis*. Il existe des synergies avec des infections virales (Herpès Simplex Virus 1 et Epstein Barr Virus).

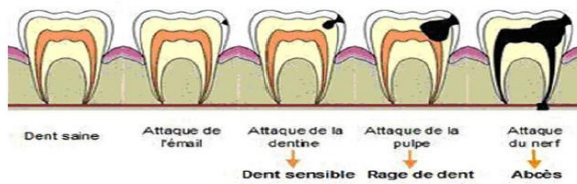
²¹ Communiqué de presse de l'OMS : <https://www.who.int/fr/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population> (page consultée le 11/08/2023).

²² Noma : infection gangréneuse sévère de la bouche et du visage touchant l'enfant malnutri de 2 à 6 ans présentant une maladie infectieuse et un système immunitaire affaibli.

²³ Principaux repères de l'OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#:~:text=Action%20de%20l'OMS&text=En%202022%2C%20l'Assembl%C3%A9e%20mondiale,dentaire%20d'ici%20%C3%A0%202030>. (page consultée le 09/05/2023).

Les pathologies de la sphère oro-faciale

La carie



4 facteurs communs:

- **Bactéries** (aérobie pour la carie et anaérobie pour la parodontopathie)
- **Patient** (génétique, maladie, médicaments, âge...)
- **Plaque bactérienne et tartre** (résidus de nourriture)
- **Temps** (sans brossage)

On ne peut jouer que sur les 2 derniers facteurs par le brossage.

La maladie parodontale



Traitement:

- **Carie**: soins (amalgame, composite...), dévitalisation, couronne ou extraction
- **Parodontopathie**: brossage, détartrage, surfaçage, extraction

Les dysharmonies dentofaciale, les pathologies de l'Articulation Temporo-Mandibulaire, les cancers buccaux...

- Source : Support de formation du Dr P. BAUDOT aux personnels soignants et aux aidants dans les structures médico-sociales et sanitaires, schéma :

UFSBD.

1.3.1. Le vieillissement des éléments de la sphère oro-faciale [10.], [36.] :

- La dent : l'émail par l'usure, s'amincit à certains endroits et peut se fissurer. Cela met à nu la dentine qui a tendance à se minéraliser (coloration plus jaune des dents). La chambre pulpaire contenant la vascularisation de la dent et le nerf, diminue en volume (se rétracte) ce qui peut calcifier l'intérieur de la dent. Ces phénomènes peuvent être accélérés par des attaques extérieures (boissons sucrées, bruxisme²⁴...).

- Le parodonte : il est constitué du ligament (qui entoure la dent) et de l'os en tant que support. En vieillissant il devient plus fragile, avec une micro-vascularisation altérée provoquant une baisse de sa hauteur. Il met à nu la racine. L'ankylose de la dent (disparition du ligament) est une possibilité.

- La muqueuse buccale : elle devient plus fragile, elle s'amincit et elle est moins réactive face à une agression. Dans certains cas elle peut s'hypertrophier ou changer de couleur.

- Les muscles de la sphère oro-faciale : ils s'atrophient et deviennent moins actifs.

²⁴ Le bruxisme correspond au grincement des dents. C'est une contraction involontaire des mâchoires durant le sommeil et éventuellement dans la journée, entraînant une usure accélérée des dents et des douleurs des articulations temporo-mandibulaires. Il a une étiologie en lien avec le stress, certaines maladies neurodégénératives, et la consommation de stupéfiants et d'alcool.

- La langue (qui est aussi un muscle) : elle s'étale et se positionne difficilement, en cas d'absence des dents.
- L'Articulation Temporo Mandibulaire : c'est une des articulations les plus complexes du corps humain. Elle s'use avec le temps. La perte d'une occlusion peut accélérer les désordres.
- Les glandes salivaires [106.] : elles s'atrophient de 40 à 50 pour cent à partir de 70 ans. Le système nerveux dont elles dépendent est beaucoup moins efficace, et la qualité de la salive se dégrade. La salive est un élément clé des pathologies bucco-dentaires des patients âgés et/ou malades

1.3.2. L'impact du vieillissement sur l'intégrité de la sphère oro-faciale [5.] :

- L'appareil locomoteur : il y a une diminution de la précision des mouvements et des performances. Il peut y avoir aussi une perte totale d'autonomie. Cela implique : des problèmes de brossage (tenue de la brosse à dent), une fatigue musculaire importante (espacement en temps de l'hygiène bucco-dentaire), voire une absence de déplacement vers la salle de bain.
- L'appareil cardio-respiratoire : la respiration peut devenir buccale ce qui aura une incidence sur l'assèchement des muqueuses.
- L'appareil digestif : il est moins performant en particulier au niveau des papilles gustatives ce qui peut provoquer une absence de plaisir à manger avec une baisse de la mastication et donc de la salivation. L'apparition du diabète peut exercer une influence sur la cicatrisation et les muqueuses.
- Le système immunitaire : il est moins performant ce qui peut accroître les risques de cancers buccaux et minimiser la protection des muqueuses.
- Le système nerveux et sensoriel : la baisse des performances des fonctions cognitives peut provoquer des oublis du brossage régulier ou des gestes à réaliser. On constate des pertes d'équilibre (les patients peuvent tomber face contre terre) et des pertes sensorielles pouvant altérer le brossage, la sensation de douleur (en cas de caries) ou la proprioception. La sensibilité des récepteurs de la soif peut

être altérée, provoquant un assèchement de la bouche et une augmentation du risque de caries et de douleurs au niveau des gencives.

- Les traitements médicamenteux peuvent avoir une incidence :

- Anticoagulants : problème de saignements importants lors des extractions dentaires.

- Antidiabétiques : selon l'heure du soin, il peut y avoir une hypoglycémie avec malaise (qui s'ajoute au stress).

- Antihypertenseurs : problème de passage entre la position couchée et assise.

- Médicaments de l'ostéoporose (prévention et traitement) : risque d'ostéonécrose lors des extractions.

- Les psychotropes : hyposialie et baisse du niveau de douleur signe d'une pathologie.

- Certaines pathologies ou facteurs de risque acquis tout au long de la vie peuvent avoir une incidence :

- Obésité : c'est un facteur de risque de l'inflammation et donc de la destruction parodontale.

- Diabète : il provoque une microangiopathie, une croissance des bactéries, une mauvaise cicatrisation, une baisse de l'immunité favorisant la maladie parodontale et empêchant la cicatrisation. Il favorise le dysfonctionnement salivaire et l'apparition de candidose.

- La polyarthrite rhumatoïde : il existe une interrelation forte avec la maladie parodontale, ces deux maladies ayant de nombreuses caractéristiques communes.

- ...

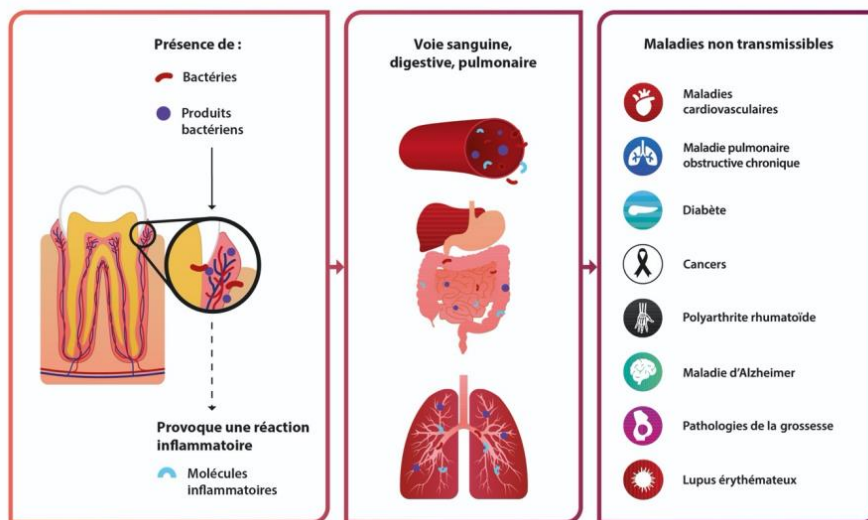
1.3.3. L'impact des pathologies de la sphère oro-faciale sur la santé générale [11.], [107.], [168.].

La recherche scientifique s'est intensifiée ces dernières années afin de mettre en évidence un lien entre certaines pathologies de la sphère oro-faciale et des pathologies générales. Outre les cancers des voies aéro-digestives supérieures classés comme cancers de pronostic intermédiaire²⁵ et dont les

²⁵ Un pronostic intermédiaire pour un cancer se définit par un taux de survie nette standardisée compris entre 33 et 65%.

traitements ont une incidence sur le confort de vie du malade, les recherches se sont concentrées très fortement ces dernières années sur l'incidence des facteurs responsables de la carie et de la maladie parodontale.

Les composés issus des pathologies de la sphère oro faciale sont les bactéries, les produits bactériens (sécrétion, destruction) et les molécules inflammatoires issus de la défense de l'hôte contre la pathologie (dont le stress oxydatif [112.]). Les voies de dissémination dans l'organisme peuvent se faire par voie sanguine, par voie digestive et par voie pulmonaire pouvant entraîner ou faciliter diverses maladies systémiques.



Différentes voies de dissémination dans l'organisme.

- Source : Thèse de Doctorat de l'Université de Lyon du Docteur C. INQUIMBERT – 2020 [168.].

On retrouve une incidence des pathologies de la sphère oro-faciale dans :

- Le diabète : La maladie parodontale augmente la résistance à l'insuline par la sécrétion de molécules inflammatoires. Il y a un effet négatif sur le contrôle de la glycémie.
- Les maladies cardiovasculaires : Certaines bactéries de la maladie parodontale sont retrouvées dans les plaques d'athérome. Leur passage est favorisé par la constitution de poche parodontale qui sont des réservoirs et des voies d'entrée dans la circulation systémique. La sécrétion de médiateurs de l'inflammation dans la maladie parodontale aurait une incidence dans l'altération de la fonction endothéliale.

- L'anévrisme aortique : Certaines bactéries parodontopathogènes sont retrouvées dans 80% des prélèvements des parois d'anévrisme. Les études montrent qu'il y a un lien fort entre anévrisme et maladies parodontales mais les mécanismes sont encore à élucider.
- L'hypertension : L'inflammation générée par une parodontite a une incidence sur la dysfonction endothéliale et a une incidence sur la présence de stress oxydatif qui est un des facteurs de développement de l'hypertension.
- La pneumonie : La multiplication des germes dans les poches parodontales peut faciliter l'arrivée de cette pathologie courante chez les personnes âgées et d'origine infectieuse (les bactéries de la maladie parodontale et disposées sur les prothèses, sont retrouvées dans les prélèvements broncho-alvéolaires).
- La bronchopneumopathie chronique obstructive : Elle est exacerbée par des bactéries retrouvées dans les maladies parodontales et par le biais d'une inflammation plus importante de la muqueuse inflammatoire.
- Les maladies auto-immunes dont la polyarthrite rhumatoïde : La maladie parodontale serait impliquée dans l'initiation et la perpétuation de l'inflammation de ces maladies par l'inflammation chronique qu'elle déclenche
- Les maladies neurodégénératives : La neuro-inflammation provoquée à distance par la maladie parodontale et la présence de génome de bactéries de la maladie parodontale dans le cerveau, en particulier dans la maladie d'Alzheimer, indique qu'il y a une relation forte entre les 2 maladies.
- La dépression majeure et la schizophrénie : La neuro-inflammation semble être un lien pathologique entre la parodontite et les troubles neuropsychiatriques.
- Les infections virales en lien avec le papillomavirus et le coronavirus : Les poches parodontales seraient des réservoirs à virus et empêcheraient l'immunité de jouer son rôle.

Il n'est pas question d'affirmer que les pathologies générales sont en lien direct avec les pathologies de la sphère oro-faciale. Ces dernières sont des cofacteurs qui font l'objet de nombreuses recherches permettant d'expliquer les mécanismes d'implication voir de s'appuyer sur la prévention ou la mise en place de traitements. Ces liens documentés permettent d'instaurer des recommandations voire des politiques publiques :

- Prévention antibiotique dans le cadre de certains actes dentaires chez des patients atteints de valvulopathie (rhumatisme articulaire aigue ou endocardite infectieuse).
- Consultation automatique avant une intervention chirurgicale à visée articulaire afin d'éviter les surinfections des prothèses.
- Prise en charge par l'Assurance maladie de certains actes de parodontie dans le cadre d'une ALD diabète (bilan et surfaçage) et bientôt d'autres pathologies.
- ...

1.4. L'impact de la santé orale sur la nutrition.

La santé orale et la santé générale sont intimement liées et ce dès le plus jeune âge. Le vieillissement des éléments de la sphère oro-faciale, l'absence de prévention et le recul de la prise en charge des soins peuvent accélérer l'état de dépendance du patient. La nutrition est un maillon important de ce lien.

De nombreuses études ont relaté l'impact de la santé orale sur la nutrition selon les structures de la sphère oro-faciale impliquées :

- Les patients présentant de multiples lésions carieuses non traitées souffrent d'une limitation de la mastication entraînant une modification de la sélection des aliments et une moins bonne fragmentation du bol alimentaire [44.]. Cette dernière est pourtant indispensable à une digestion optimale. Dans certains pays en voie d'industrialisation comme le Brésil, un mauvais état de santé bucco-dentaire est corrélé avec l'obésité qui est aussi une résultante de la malnutrition [103.].

- Les patients présentant une parodontite ainsi qu'une diminution du nombre de dents permettant une mastication aisée consomment une nourriture moins saine (faible consommation de fruits) [84.].

- Il existe une corrélation entre le nombre de dents en bouche et la force occlusale permettant une mastication aisée. Un nombre diminué de dents et de paires de dents antagonistes en occlusion serait en lien avec un taux d'albumine diminué (corrélé aux signes de la dénutrition) [95.] et un statut nutritionnel médiocre [91.]. On retrouve ce risque de malnutrition chez des patients en institution [56.] et en général chez des patients âgés présentant un état dentaire délabré [16.]. Le seuil de dents, permettant une mastication aisée et donc une consommation d'aliments non limitative, serait d'une vingtaine de dents [128.]. Il pourrait même être un indicateur du risque de malnutrition chez les personnes atteintes de démence [53.] voire de fragilité [72.], [35.].

- Une étude dans plusieurs EHPAD américains rapporte que le risque de décès est 40% supérieur chez les patients édentés par rapport aux patients dentés. L'hypothèse principale retenue correspondrait à une moindre capacité à mastiquer et donc profiter d'une alimentation variée [34.].

- Les patients âgés (de plus de 65 ans) portant une prothèse dentaire complète ou partielle, ont des apports journaliers inférieurs en micronutriments essentiels que les patients dentés n'ayant pas de prothèse. La mastication permettant la consommation diversifiée d'aliments est moins aisée [93.], [122.], le port de la prothèse pouvant même être considéré comme handicapant [78.]. La réalisation de prothèse complète améliore toutefois l'état nutritionnel et psychosocial par rapport aux personnes édentées [60.], [65.], [90.],

La réhabilitation prothétique permet de baisser le risque de malnutrition chez les patients édentés surtout si elle est fixe grâce à des couronnes sur implant par rapport à des prothèses amovibles conventionnelles (non fixées) [52.]. Une prothèse mal adaptée présente un risque de malnutrition [21.] et un risque de fausse route [95.].

- La sécheresse buccale ou xérostomie est causée par la diminution ou l'absence de sécrétion salivaire. En l'absence d'appareillage ou de traitement anticancéreux, il ne semble pas y avoir d'influence sur la consommation de catégories d'aliments ou de nutriments, ni de signes de malnutrition [94.]. Lors d'une hospitalisation, il existe une corrélation chez les patients âgés entre la réduction du flux salivaire, la candidose, la dysphagie et la malnutrition [105.].

- À la suite du traitement par radiothérapie dans le cadre d'un cancer au niveau de la tête et du cou, les patients évoquent des difficultés à déglutir, une diminution des sécrétions salivaires et une production de mucus plus importante [109.]. Les aliments mous et humides sont préférés, excluant les aliments secs, les agrumes, les viandes et certains fruits et légumes [43.]. Afin d'éviter l'installation d'une malnutrition relatant les signes d'une dénutrition à court terme, il est conseillé de prodiguer des conseils nutritifs dès la prise en charge de la maladie [64.]. La chimiothérapie, provoquant des lésions buccales et une perception de la xérostomie, est un facteur très aggravant de la malnutrition amplifiée par l'absence de coefficient masticatoire satisfaisant [51.].

- La HAS dans son argumentaire sur le diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus [142.] remet en cause le lien entre l'état bucco-dentaire et le risque de dénutrition malgré des

recommandations claires dans son document sur la prévention en particulier chez le sujet âgé. Il est préférable de parler de malnutrition tant la dénutrition est multifactorielle.

Les nombreuses publications faisant un lien entre la santé orale et la nutrition à tous les âges énoncent le principe de malnutrition plutôt que de dénutrition, déficit plutôt recherché chez le jeune enfant et la personne âgée. La santé orale n'est qu'un cofacteur parmi la sédentarité, la pauvreté, l'accès aux soins, l'accès à l'information. Une santé orale dégradée est corrélée négativement à la qualité de vie ressentie [163.] et elle demeure un signal d'alerte ou une résultante d'entrée dans la dépendance. Il existe toutefois une forte corrélation entre fragilité du patient âgé et santé bucco-dentaire dégradée [67.], [76.], [119].

Conclusion.

La recherche médicale ; en permettant d'expliquer certains mécanismes d'évolutions, de maladies, de syndromes ou de handicaps chez l'être humain ; a complexifié plus qu'elle n'a simplifié l'approche de prévention et de soins. La théorie des systèmes ou systémique²⁶, se basant sur le postulat que tout type de phénomène doit être considéré comme un système dans le cadre d'un ensemble complexe d'interactions, s'applique parfaitement à la santé. Auparavant la médecine pouvait considérer qu'une maladie, qu'un vieillissement prématuré ou qu'un handicap était la résultante de la malchance, de la génétique, ou de comportements à risque peu dépendants de la personne et de son environnement. La génétique, la physiologie et la biochimie expliquent toujours mieux les mécanismes de vieillissement mais l'épigénétisme et les études de recherches cliniques comparatives ou d'observations permettent la mise en place de politiques de prévention. Ces dernières interagissent avec ces évolutions afin d'améliorer et de ralentir ce processus inéluctable.

La sphère oro-faciale en bonne santé participe à la notion de « bien vieillir ». Elle permet :

- D'améliorer la santé générale et éviter d'être un cofacteur d'apparition de certaines maladies.
- De renforcer l'aspect bénéfique d'une nutrition dite « santé ».
- De renforcer le lien social, l'image de soi et la qualité de vie.

Les actions de prévention et de soins bucco-dentaires ne doivent pas se cantonner à un âge avancé mais elles doivent commencer dès le plus jeune âge afin de maintenir le capital bucco-dentaire le plus longtemps possible. Des actes de prévention ciblés et renforcés sont à définir à certains âges de la vie afin de ralentir l'apparition de maladies spécifiques en lien avec le vieillissement des structures de la bouche. Il convient d'adapter et anticiper dorénavant les politiques préventives et curatives déjà mises en place selon l'évolution des données scientifiques, épidémiologiques et budgétaires.

²⁶ Article de vulgarisation sur la théorie des systèmes : <https://www.slate.fr/story/180270/theorie-systemique-von-bertalanffy-interactions-the-conversation> (page consultée le 10/08/2023).

CHAPITRE 2 : Un parcours de soins adapté pour une amélioration de l'état bucco-dentaire de la personne âgée – quels moyens ? : état des lieux et perspective.

Introduction.

L'OMS prévoit qu'entre 2015 et 2050, la proportion des personnes âgées de plus de soixante (60 ans et +) dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12 à 22%. Il en est de même pour le nombre de personnes âgées de quatre-vingts ans et plus (80 ans et +) qui devrait pour sa part tripler entre 2020 et 2050 [154.]. Ce phénomène mondial n'est pas sans poser des difficultés sur l'organisation future des systèmes sociaux et de santé. Il va impacter la société dans son ensemble.

En parallèle, l'OMS a opté pour une stratégie mondiale sur les soins bucco-dentaires [156.] basée sur :

- Le cadre opérationnel pour les soins de santé primaires [160.].
- Le cadre mondial de compétences et de résultats pour la couverture sanitaire universelle [155.].
- La stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 [158.].
- La décision sur la décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé [154.].

La prévalence mondiale des maladies et affections bucco-dentaires est estimée à près de 50%, bien supérieure à celle de toutes les autres maladies non transmissibles.

L'OMS, dans ses politiques de prévention, lie le vieillissement de la population et les problèmes de santé associés, avec des politiques de prise en charge de la santé bucco-dentaire en l'abordant sous l'angle de la santé publique. Les objectifs stratégiques au nombre de 6 insistent sur l'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins de santé primaires, la dotation en personnel afin de répondre aux besoins mais surtout des interventions adaptées tout au long de la vie [157.].

La France, grâce à un système de participation financière renforcée ces dernières années, semble s'être donnée les moyens d'accompagner la santé bucco-dentaire de ses habitants. Le vieillissement de la population, les nouvelles pratiques des chirurgiens-dentistes et médecins, la faible politique de prévention font que cette politique volontariste reste fragile et exclue certaines populations.

2.1. Le contexte épidémiologique et démographique

La construction d'une politique de santé implique de prévoir les évolutions de la société ce qui est loin d'être évident. Un évènement comme la crise sanitaire de 2020 est la preuve qu'un scénario établi peut être remis en cause en quelques mois. Il peut impacter aussi bien l'approche des Français sur leur système médical que les modalités d'exercice des praticiens. Comme l'a dit Auguste Comte, fondateur du positivisme : « savoir pour prévoir, afin de pouvoir ». En matière de santé comme dans de nombreux domaines impliquant la politique au sens « gestion de la cité », c'est beaucoup plus facile à dire que de ne pas se tromper.

2.1.1. La démographie en France en 2022 et les perspectives à l'horizon 2050.

2.1.1.1. La France des années 1900 à nos jours.

La France comptait au 1^{er} janvier 2023, 68 millions d'habitants selon les statistiques de l'INSEE se répartissant en 65,8 millions en France métropolitaine et 2,2 millions dans les 5 départements d'Outre-Mer [66.]. Elle représente actuellement 15% de la population européenne [148.].

Au début du 20^{ème} siècle, la France comptait 40 millions d'habitants. La population française n'a cessé de progresser depuis, à l'exception des périodes de grandes crises géopolitiques et économiques à visée mondiale (première guerre mondiale, crise de 1929 et seconde guerre mondiale). La dernière crise sanitaire en lien avec le coronavirus n'a pas inversé le solde positif voire très positif initié depuis la fin de la seconde guerre mondiale [66.], [173.].

Ce phénomène de croissance de la population française est en lien avec une espérance de vie à la naissance passée de 63 ans de moyenne en 1946 (59.9 ans pour les hommes et 65.2 ans pour les femmes) à 83 ans en 2022 (79,4 ans pour les hommes et 85.3 ans pour les femmes) [172.].

L'augmentation de la population s'explique par [24.] :

- Des avancées importantes en termes d'hygiène et de santé en lien avec une sécurité alimentaire et une sécurité hydrique augmentée.

- Une forte baisse de la mortalité infantile et une politique favorable à la natalité.
- Une augmentation du nombre de personnes âgées.
- Des politiques migratoires assumées ou considérées comme subies.

La France est un pays dynamique au sein de l'Union Européenne vieillissante en comparant certains indicateurs aux moyennes, en particulier sur le nombre de naissances et l'espérance de vie. Dans son bilan démographique de 2022, l'INSEE relève toutefois des inquiétudes pour l'avenir **[148.]** :

- Une incertitude en lien avec de futures pandémies ou des événements climatiques (canicules).
- Un solde naturel des naissances et des décès au plus bas depuis 1946.
- Un indice conjoncturel de fécondité (femme en âge de procréer) ne cessant de baisser avec un âge moyen des mères passant de 29,4 ans en 2002 à 31 ans en 2022 (premier enfant).
- Un vieillissement de la population s'accroissant.
- Une espérance de vie sans limitation importante dans les activités de la vie quotidienne en forte augmentation selon les statistiques de la DREES dépassant la moyenne européenne (11.3 ans d'espérance sans limitation à 65 ans pour les hommes et 12.6 ans pour les femmes) **[49.]**.

2.1.1.2. A l'horizon 2050, une France vieillissante ?

Comme dans le reste de l'Union Européenne, la proportion des habitants ayant 65 ans et plus est passée de 16% de la population générale en 2002 à plus de 21% en 2022. Il en est de même pour les habitants ayant 75 ans ou plus, dont la proportion est passée de 7.5% à 10,1%. Cette évolution provoque des modifications dans les proportions des classes d'âge faisant craindre des déséquilibres socio-économiques importants si cette tendance se confirme.

Années	Proportion (en %)			
	Moins de 20 ans	de 20 à 64 ans	65 ans ou plus	75 ans ou plus
2002	25,5	58,5	16,0	7,5
2012	24,6	58,3	17,1	9,0
2017	24,4	56,3	19,3	9,2
2018	24,4	56,0	19,7	9,2
2019	24,2	55,8	20,0	9,3
2020	24,0	55,6	20,4	9,4
2021 _p	23,9	55,4	20,7	9,4
2022 _p	23,7	55,3	21,0	9,7
2023 _p	23,5	55,2	21,3	10,1

Répartition de la population par groupe d'âges entre 2002 et 2023.

- Source : INSEE, estimations de population réalisées fin novembre 2022 [1.48].

Les prédictions se basent toujours sur des événements connus au moment de leur publication. Ces dernières années, la crise sanitaire de 2020, une guerre en 2021 et un avenir climatique incertain ont montré que ces prévisions n'étaient qu'une aide à la prise de décision et d'anticipation sans toutefois être une science exacte. La France des 50 prochaines années se dessine :

- Selon la dernière étude de l'INSEE relayée par l'INED, datant de novembre 2021 [15.], la population Française atteindrait, en scénario central, un maximum de 69,3 millions en 2044 pour redescendre à 68,1 millions en 2070 du fait d'un solde négatif entre les naissances et les décès. Selon les soldes migratoires, la fécondité et les variations de l'espérance de vie ; la population pourrait être comprise entre 78 millions d'habitants dans le cadre d'une population haute et 60 millions dans le cadre d'une population basse à l'horizon 2050 – 2070. En 2017, l'INSEE prévoyait un scénario central à 74 millions d'habitants [50.], il convient donc d'être prudent dans l'exploitation de ces données.
- Dans son rapport annuel d'évolutions et perspectives des retraites en France en 2022, le Conseil d'Orientation des Retraites (COR) s'appuyant sur les données de l'INSEE, prévoit une augmentation de l'espérance de vie à 60 ans des femmes, de 29 ans en 2040 et 31 ans en 2070

(elle est de 27.5 ans en 2021). Pour les hommes, l'espérance de vie à 60 ans est prévue à 25.6 ans en 2040 et 29.3 ans en 2070 (23 ans en 2021). Le scénario retenu est le scénario central [135.].

- Selon les prévisions de l'INSEE, la part des habitants de 65 ans et plus, devrait augmenter de 21 à 29% d'ici 2040 avec une forte augmentation des habitants de plus de 75 ans. Selon la DREES, il y aura 3 millions d'habitants de plus de 60 ans en 2030 qu'en 2019.

Projections de population de 2021 à 2070. Scénario central
--

Année	Population au 1er janvier (en milliers)	Proportion en % des				
		0-19 ans	20-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus
2021	67 407	23,9	55,4	11,2	6,1	3,4
2030	68 554	22,4	53,7	11,4	8,8	3,7
2040	69 224	21,2	52,4	11,6	9,4	5,5
2050	69 208	21,5	51,2	10,9	9,9	6,4
2060	68 675	21,0	50,9	11,0	9,7	7,4
2070	68 103	20,2	50,9	11,1	10,0	7,8

- Source : INSEE, estimations de population 2021-2070 réalisées en décembre 2021.

- Le nombre d'habitants de plus de 60 ans en perte d'autonomie devrait fortement augmenter passant de 2,4 millions en 2015, à 3 millions en 2027 et 4 millions en 2050 selon l'INSEE surtout dans des âges avancés (plus de 75 ans) [77.], [133.]. Selon la DREES, dès 2030, la France devrait compter en plus des 610000 places d'EHPAD constituées en 2020, 108000 nouvelles places en 2030 et 210000 places en plus dans la période 2030-2050 [88.]. Le retardement de l'entrée dans la dépendance est un enjeu majeur des politiques de santé.
- La France compte déjà le plus de centenaires en Europe avec 30000 habitants âgés de plus de 100 ans en 2023. Plus de 83% vivent dans une structure adaptée ou en famille selon l'INSEE. Les projections anticipent 75000 centenaires en 2040, 125000 en 2050 et plus de 200000 en 2070 [30.]. Les filles nées en 2022 pourraient vivre en moyenne 93 ans et les garçons 90 ans [29.].

2.1.2. L'épidémiologie des maladies bucco-dentaires.

L'OMS a développé, depuis plusieurs décennies, des méthodes standard de recueil des données en santé bucco-dentaire dans le but de comparer les résultats dans une même population. Les pathologies de la sphère buccale touchent près de 100% de la population mais à des degrés différents selon les populations. La carie dentaire est considérée par l'OMS comme le 3^{ème} fléau mondial de santé après les maladies cardiovasculaires et les cancers [100.]. La santé bucco-dentaire est devenue une priorité lors de la **soixante-quatorzième assemblée mondiale de la santé [99.]**.

L'état bucco-dentaire s'est fortement amélioré dans les pays industrialisés en particulier en France :

- L'indice de carie, prenant en compte les dents absentes, cariées et obturées, est passé de 3,73 en 1987 à 1,38 en 2006 chez les enfants de 6 ans (63% d'enfants sans carie).
- L'indice de carie est passé de 4,2 en 1987 à 1,23 en 2006 chez les enfants de 12 ans (56% d'enfants sans carie) [20.], [146.] mais il est nettement inférieur en Allemagne et en Suède, respectivement de 0,7 et 0,9.
- L'inflammation chronique de la gencive, appelée gingivite, est retrouvée entre 9 et 32% des enfants de 6 à 12 ans selon les études [170.].
- L'indice de carie est compris entre 1,51 et 4 selon les études chez les adolescents de 15 ans (56% des adolescents sans carie). L'indice est proportionnel à l'état de précarité du patient [118.].
- L'indice de carie, à partir de 25 ans serait compris entre 13 et 15 selon l'HAS [146.]. En ce qui concerne les maladies de gencives, 82 à 95% des adultes auraient besoin d'un traitement en lien avec la maladie parodontale dont 10 à 20% devraient être traités par un traitement complexe permettant de ralentir la perte des dents (détartrage profond appelé surfaçage ou assainissement parodontal, non remboursé par l'Assurance maladie sauf dans le cas de certaines l'ALD) [31.].
- Le bruxisme, correspondant à l'usure prématurée des dents, est une para fonction retrouvée chez 30% des adultes [110.].

La prévention primaire est importante, toutes les études montrant que l'installation de maladies buccales précoces ont une incidence sur l'état bucco-dentaire chez la personne âgée avec un risque prématuré de perte de dents. La précarité, le handicap, l'institutionnalisation et la maladie sont des facteurs aggravants [82.], [152.]. Il en est de même sur l'habitude de consultation [33.].

L'état dentaire des personnes âgées est peu étudié mais certaines études relèvent que l'indice de carie est de 23 chez les personnes âgées de 65 ans et plus, avec un édentement complet chez 16,3% d'entre eux. Les pathologies dentaires augmentent avec l'âge de façon linéaire passant de 29,6% pour les 15 – 24 ans à près de 50% pour les plus de 65 ans [153.]. Une étude nationale de près de 20000 personnes de plus de 50 ans, en 2017, menée par le système de retraite complémentaire AGIRC-ARCO dans des centres de prévention Bien Vieillir, indiquait que 55% des personnes âgées de plus de 75 ans portaient une ou deux prothèses amovibles. Cette étude confirme que le mauvais état psychologique, la maladie chronique et la catégorie socio-professionnelle influent sur la consultation régulière d'un chirurgien-dentiste et la fréquence du brossage des dents [129.].

En EHPAD, les études se succèdent et montrent peu d'amélioration puisqu'entre 50 et 96% des résidents ont besoin de soins et/ou de prothèses adaptées. Cela implique que 75% des résidents ont un état de santé bucco-dentaire dégradé empêchant une alimentation correcte [1.], [28.], [81.], [164.]. Entre 10 et 20% des EHPAD proposeraient une visite d'un dentiste pour un dépistage, il en résulte que près de 42% des résidents n'ont pas bénéficié de consultation dentaire depuis 5 ans ou plus.

2.1.3. L'organisation et la démographie de la profession de chirurgien-dentiste.

La profession de chirurgien-dentiste est définie dans le titre IV du Code de la Santé Publique dans le livre Ier organisant les professions médicales au même titre que les médecins et les sage-femmes.

Pour exercer, il convient :

- D'être de nationalité française, ressortissant d'un état membre de l'Union européenne ou être issu d'une nationalité incluse dans des engagements internationaux.

- D'être inscrit au tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes.
- D'être titulaire d'un titre de formation définis dans l'article L4141-2 du Code de la Santé Publique.

La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises réelles ou supposées de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants dans le cadre du code de déontologie de la profession. Les étudiants peuvent choisir entre un troisième cycle court permettant l'obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire sans qualification et un troisième cycle long. Ce dernier correspond à l'internat qui est qualifiant depuis 2011. Les trois filières de l'internat²⁷ sont l'orthopédie dento-faciale (ODF), la chirurgie orale et la médecine bucco-dentaire (MBD) centrée sur les patients spécifiques (handicap, maladies rares...).



Communication du Conseil National Professionnel de MBD / MOA pour rappeler le champ de la spécialité.

- Source : Conseil National Professionnel de MBD – Médecine Orale Adaptée²⁸, champs d'action du spécialiste MBD, 2023.

²⁷ Diplômes d'études spécialisées en odontologie – Bulletin Officiel n°19 du 12 mai 2011 : https://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/19/63/6/bulletin_officiel_esr_19-12-05-11_176636.pdf?fbclid=IwAR3PmsonDpF9VwkXh-gPXCzPtzQhKDbINroaTgjY5qGxwVLL0Wg_5vblvc (texte consulté le 13/07/2023).

²⁸ Site internet du CNP MBD / MOA : <https://cnpmbd.fr/> (page consultée le 18/11/2023).

2.1.3.1. 2007 : Une prise de conscience d'un risque sanitaire à l'horizon des années 2030.

En 2007, la DREES en lien avec l'ONDPS établit un état de lieu de la situation démographique des chirurgiens-dentistes en France [41.]. Ces études basées sur les données de l'ONCD et du répertoire ADELI²⁹ géré par les DDASS³⁰ (devenue ARS) établissent :

- Que le nombre de chirurgiens-dentistes s'établit à un peu plus de 40000 soit 65 praticiens pour 100000 habitants.
- Que la diminution des effectifs des praticiens de l'art dentaire est effective depuis 2004, le numérus clausus augmenté (930 places en 2004) ne compensant pas les départs en retraite des promotions des années 70 (1863 places en 1972).
- Que la profession de chirurgien-dentiste est la moins féminisée des professions de santé avec un âge moyen de 47 ans (49 ans pour les médecins).
- Que le salariat est peu développé malgré une très légère augmentation depuis le début des années 90.
- Qu'il existe de grandes inégalités territoriales entre le Nord et le Sud mais aussi entre communes rurales et grands pôles urbains, souvent liées à la présence de centre d'enseignement dans la région concernée (les régions Provence Alpes Côte d'Azur / Midi Pyrénées / Paris sont à plus de 80 dentistes pour 100000 habitants alors que les régions Picardie / Normandie et départements Outre-Mer sont à 40-50 dentistes pour 100000 habitants).

En parallèle de ce référencement, la DREES alerte sur la catastrophe annoncée à l'horizon 2030 si le numérus clausus reste aux alentours de 1000 avec une perte d'un tiers des effectifs que ce soit en exercice libéral ou en exercice salarié (soit à terme un peu plus de 40 dentistes pour 100000 habitants) [40.]. Même un numérus clausus relevé à 1500 ne permettrait pas de maintenir la proportion de dentistes établit à 65 pour 100000 habitants (56 pour 100000 habitants avec un numérus clausus à 1500).

²⁹ ADELI : Automatisation DEs Listes : C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue. Il est progressivement remplacé par un numéro appelé RPPS (Répertoire Partagé des Professions de Santé).

³⁰ DDASS : Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Ces projections vont initier une vraie prise de conscience de la profession et des pouvoirs publics afin d'augmenter le numéris clausus de plus d'1/3 (1330 places en 2020). Toutefois ce scénario sera totalement chamboulé par de nouvelles pratiques non anticipées dans ces travaux.

2.1.3.2. La profession en 2022.

Les projections établies par la DREES en 2007 prévoyaient environ 56 chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants en 2020 avec un numéris clausus augmenté à 1500. Elles prévoyaient une féminisation stable, un âge moyen d'exercice autour de 47 ans, un exercice libéral toujours très important et une projection du nombre de caries en baisse avec donc, une activité réduite. En 10 ans, ces prévisions furent fortement chamboulées par des phénomènes de société et une volonté politique se caractérisant par :

- L'inscription au tableau de l'Ordre, de nombreux chirurgiens-dentistes issus des formations exécutées dans des pays européens (En 2022, 1313 praticiens diplômés hors de France pour 1294 diplômés dans une des Unités de Formation et de Recherche de France) **[98.]**. Le développement des facultés privées en Espagne ou au Portugal^{31,32} ainsi que l'ouverture de centres de formations en Roumanie ont favorisé ce phénomène (contrairement à la Belgique qui a réduit l'accès à ses formations, aux étudiants français).
- L'augmentation importante de la féminisation. Celle-ci rattrape l'évolution constatée dans les études de pharmacie et de médecine.
- L'augmentation très importante du salariat et de l'exercice de groupe, favorisés par la création de centres de santé et l'exercice en maison de santé.

Selon l'ONCD et l'ONDPS **[153.]**, la France comptait environ 44000 chirurgiens-dentistes au 1^{er} janvier 2022 et 45200 au 01/01/2023 selon la DREES³³ (40000 en 2002).

³¹ Courrier international - Enseignement. En Espagne, des universités privées qui font polémique – 28/02/2022 : <https://www.courrierinternational.com/article/enseignement-en-espagne-des-universites-privees-qui-font-polemique> (page consultée le 04/06/2023).

³² Article de presse Le Monde sur les diplômés étrangers : https://www.lemonde.fr/societe/article/2016/08/17/en-europe-10-des-diplomes-en-chirurgie-dentaire-n-ont-jamais-soigne-un-patient_4983724_3224.html (page consultée le 10/07/2023).

³³ Communiqué de presse de la DREES du 29/08/2023 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023> (page consultée le 19/12/2023).

La féminisation de la profession rattrape son retard par rapport aux autres professions médicales avec 48% de femmes (40% en 2012). L'âge moyen d'exercice est de 46 ans ce qui confirme son rajeunissement (plus de 48 ans en 2012) à comparer à l'âge moyen des médecins s'établissant à 52,5 ans en 2022. L'exercice de groupe est dorénavant majoritaire s'accompagnant d'exercices spécialisés non reconnus officiellement, sectorisant la pratique de l'art dentaire (la pédodontie, la parodontologie, l'implantologie...). La profession s'exerce à 80% en exercice libéral.

La densité de chirurgiens-dentistes, en moyenne en France de 65 pour 100000 habitants, cache en fait de grande disparité entre les régions. Les départements ayant une densité de 40 en 2021 appartiennent au nord de la France (excepté Paris à 136) et aux départements d'Outre-Mer alors que les départements ayant une densité supérieure à 80 sont plutôt au sud de la France (excepté l'Alsace). Le développement de nouvelles facultés dans les départements en déficit au nombre de 8 à l'horizon 2025, a pour objectif de rétablir un équilibre.

2.1.3.3. Les projections pour les prochaines décennies.

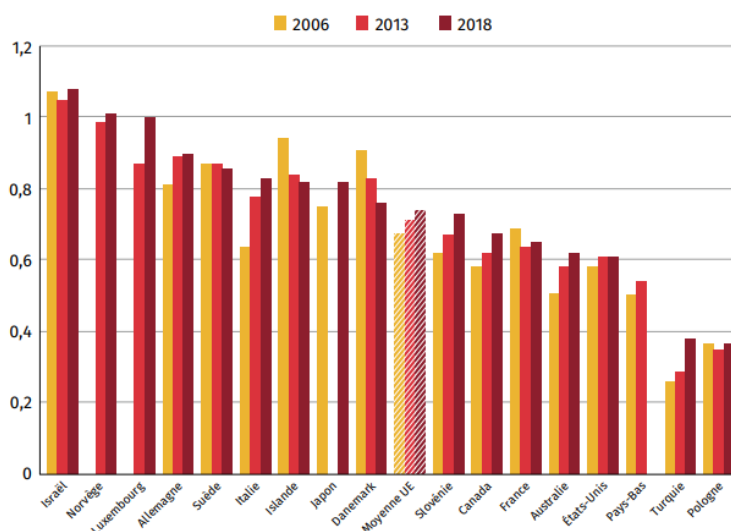
La DREES, dans une note de conjoncture de 2017, explique-la « non-réalisation » de ses projections de 2007 par des flux internationaux de nouveaux diplômés vers la France non anticipés et la mise en place de la réforme des retraites de 2010 [87.]. L'augmentation du numérus clausus a permis de compenser partiellement le différentiel entre celui des années 70 (près de 1900) et celui des années 2020 (environ 1300). Avec toutes les précautions d'usage, la DREES estime qu'à l'horizon 2040, la France compterait environ 50000 dentistes soit une densité de 67-68 chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants avec un âge moyen de 44 ans.

Vu la dynamique des entrées des diplômés étrangers, le scénario de 2021 remet déjà en cause celui de 2017 [130.]. Il établit un effectif de 55000 praticiens en 2040 et plus de 60000 en 2050 soit respectivement une densité de 78 praticiens pour 100000 habitants en 2040 (sur la base d'une légère augmentation de la population) et 84 en 2050 (la moyenne des pays européens est de 74 chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants en 2018).

2.1.3.4. La comparaison internationale.

La comparaison est toujours très compliquée quand il s'agit de décrire une densité brute sans prendre en compte les usages des patients, l'organisation des cabinets et le type d'exercice. Ainsi, dans de nombreux pays, les fonctions d'hygiéniste ou d'assistante dentaire qualifiée permettent de réaliser des actes simples, effectués en France exclusivement par le chirurgien-dentiste. C'est le cas en Espagne, au Royaume Uni, en Allemagne ou au Danemark. Il en est de même pour les prothésistes dentaires ou denturologistes qui peuvent exercer sans l'appui du chirurgien-dentiste, comme au Canada ou en Australie.

Sans prendre en compte ces différences d'exercice, actuellement, la France est en recul dans le classement international. En 2018 la moyenne des pays européens était de 74 dentistes pour 100000 habitants (rappel : 65 en 2023 pour la France). L'Allemagne, la Suède, les Pays Bas et l'Italie ont une densité dépassant les 80. Au niveau international, le Canada a rattrapé son retard et les Etats Unis sont proches du niveau Français avec une délégation très importante de certains actes aux professions complémentaires comme les hygiénistes et les denturologistes.



Densité de chirurgiens-dentistes : comparaisons internationales entre 2006, 2013 et 2018 -données OCDE - stat 2018.

- Source : ONDPS – Démographie des chirurgiens-dentistes p.36 – 2021 [153.].

L'augmentation du numéris clausus et l'arrivée de chirurgiens-dentistes diplômés de pays tels que l'Espagne, le Portugal ou la Roumanie (plus de 45% des nouveaux inscrits à l'ordre en 2022) doivent permettre, si la tendance se maintient, de combler le retard de densité de chirurgiens-dentistes.

2.2. Le recours aux soins bucco-dentaires en France et dans le Monde.

Les politiques de prévention sont souvent remises en question en France car elles ne seraient pas assez incitatives, offensives et nombreuses. La construction du système de santé Français est basée sur la liberté, l'égalité, le consentement et le remboursement généreux des soins (curatif). Le manque de sensibilisation des pouvoirs publics et le côté « rebelle » des Français peuvent expliquer les différences d'approche concernant la prévention bucco-dentaire vis à vis des autres pays Européens.

2.2.1. Le recours aux soins bucco-dentaires.

Il existe une sous-consommation générale de soins dentaires en France et plus particulièrement dans les populations fragilisées, même si ces données sont antérieures à la mise en place de la politique du RAC 0³⁴. L'accès géographique en serait le responsable malgré une prise en charge des soins de base depuis de nombreuses années. Il conviendrait alors de rajouter une posture culturelle des habitants du pays vis-à-vis de la prévention des risques en lien sûrement avec un défaut de communication des instances sur ce point.

Non seulement le chirurgien-dentiste n'est pas consulté annuellement malgré les recommandations mais quand il l'est, c'est souvent dans le cadre d'une urgence (le recours en urgence en France est à hauteur de 31% alors que la moyenne des pays européens est à 17%).

	Pourcentage de personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année
Danemark	85 %
Pays-Bas	80 %
Suède	72 %
Allemagne	71 %
Angleterre	71 %
France	43 %

Taux de recours au chirurgien-dentiste selon les pays - données Council of European Chief Dental Officers -stat 2014.

- Source : ONDPS – Démographie des chirurgiens-dentistes p.38 – 2021 [153.].

³⁴ Communiqué de presse sur la mise en place du Reste A Charge 0. <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/reste-a-charge-zero-10-millions-de-francais-ont-pu-beneficier-de-l-offre-100> (page consultée le 16/08/2023).

La décomposition du recours à une consultation annuelle selon l'âge confirme une baisse des consultations pour les habitants les plus âgés malgré un état dentaire qui se dégrade linéairement avec l'âge.

	20-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et plus	Total
France entière	41,4 %	47 %	43,3 %	26,2 %	43,1 %

- Source : ONDPS – Démographie des chirurgiens-dentistes p.73 – 2021 [153].

Proportion d'adultes par tranche d'âge ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2014 – Données (Caisse Nationale d'Assurance Maladie).

Une enquête déclarative de INPES³⁵ (aujourd'hui Santé Publique France), réalisée en 2014 auprès d'un échantillon représentatif de Français, énonçait un recours aux soins majoré dans toutes les tranches d'âge de 20% par rapport aux données de la CNAM. Il en est de même pour l'enquête AGIRC-ARCO sur les personnes de plus de 50 ans interrogées en 2017 [129.]. La visite d'urgence représentait environ 30% des visites totales [83.].

Les soins dentaires et l'incidence du traitement uniquement préventif sont relativement plus élevés dans les pays Scandinaves, la Suisse et l'Allemagne qu'en France. Le retard de prise en charge implique des traitements plus délabrants comme les interventions chirurgicales (extractions). L'accessibilité aux soins (financier par exemple) semble peu déterminante [79.].

2.2.2. Une nouvelle approche garante d'une santé bucco-dentaire durable ?

Dans son rapport de novembre 2022 [156.], l'OMS, s'appuyant sur des données de 194 pays, constate que près de 50% de la population mondiale souffre d'affections graves bucco-dentaires. De nombreuses personnes n'ont accès ni à la prévention, ni au traitement de ces affections entraînant une répercussion forte sur la santé générale. Au vu des différentes études et des liens entre les pathologies bucco-dentaires et certaines pathologies générales, l'OMS s'inquiète de cette évolution touchant des populations cibles représentées par les personnes à faible revenu, les personnes handicapées, les personnes âgées et les habitants des communautés isolées et rurales.

³⁵ INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé.

L'OMS décompte dans le monde :

- 2.5 milliards d'habitants présentant des caries non traitées.
- 1 milliard d'habitants présentant une pathologie parodontale pouvant entraîner une perte de dents.
- 380000 nouveaux cancers de la cavité buccale chaque année.

La santé bucco-dentaire est encore le « parent-pauvre » de la santé mondiale y compris dans les pays développés. De nombreux pays n'incluent pas dans les actes de santé primaires, un panier de soins remboursé à cause de la technicité, du coût et de la spécificité de la profession.

Les Etats Unis proposaient d'inclure le remboursement des soins dentaires dans le programme public de santé Medicare basique destiné aux séniors et aux handicapés dans le cadre du plan de dépenses sociales présenté par l'actuel président Joe BIDEN appelé « Build Back Better (reconstruire en mieux) ». L'administration a été obligée de reculer sous les pressions d'élus y compris démocrates ainsi que de la puissante association des dentistes préférant valoriser le programme Medicaid à destination des personnes à faible revenus³⁶. De nombreux états n'intègrent pas la couverture dans ce programme et les Américains de la classe moyenne sans assurance privée dentaire sont incapables de payer une visite de prévention. Le bilan de la santé bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents reste très mitigé du fait de la prise en charge états-dépendant.

Le Canada a décidé en 2022 de renforcer sa politique fédérale de prévention bucco-dentaire en étendant ses aides pour les enfants jusqu'à 12 ans (auparavant 10 ans). Les statistiques montraient des indices carieux supérieurs à de nombreux pays développés. Dans une politique volontariste, et malgré des politiques individualisées selon les provinces, le gouvernement fédéral prépare une réforme d'ampleur permettant dans un premier temps un accès aux soins dentaires pour les jeunes adultes, les

³⁶ Article de presse : Le Point - Faute de soins, des millions d'Américains condamnés aux maux de dents – 01/11/2021. Disponible sur : https://www.lepoint.fr/monde/faute-de-soins-des-millions-d-americains-condamnes-aux-maux-de-dents-01-11-2021-2450091_24.php (page consultée le 04/06/2023).

personnes handicapées et les personnes âgées de plus de 65 ans³⁷. Cette prise en charge devrait s'étendre à tous les Canadiens dont le revenu est inférieur à 90000 dollars pour un budget de 13 milliards de dollars canadiens (10 milliards d'euros (9 millions d'habitants concernés au Canada) à comparer aux 10 milliards d'euros en France pour l'ensemble de la population comprenant la participation de l'Assurance maladie et les assurances complémentaires. Les modalités de la réforme ont été annoncées le 11/12/2023 pour une application progressive à partir de mai 2024³⁸. Des arbitrages compliqués sont en cours avec certaines provinces dont le Québec mais cette réforme est une des plus ambitieuses au niveau mondial.

Le Japon s'est engagé depuis les années 60 dans la prévention et le remboursement de certains soins en particulier pour les moins de 15 ans et les personnes âgées (mesures détaillées au chapitre 3) sensibilisé par sa culture très attentiste à l'hygiène. L'hygiéniste dentaire comme au Canada a toute sa place dans la prévention avec des missions centrées sur l'éducation à l'hygiène et les traitements préventifs tels que le dépistage ou le détartrage.

La France organise une politique plutôt généreuse en ce qui concerne l'aspect curatif des soins bucco-dentaires depuis la convention nationale de 2018 organisant les relations entre l'Assurance maladie, les assurances complémentaires et les chirurgiens-dentistes. Les indices des maladies bucco-dentaires montrent tout de même un grave déficit dans les actions de préventions et éducatives, tout au long de la vie et en particulier chez les personnes âgées. Certains pays européens ont mis en place des politiques permettant de renforcer la prévention (l'Allemagne qui a un indice carieux assez bas) ou inverser une situation à l'âge adulte préoccupante (Pays bas où les patients âgés sont fortement édentés). Une étude commandée par l'Assurance maladie et la DREES [132.], révélée en 2018, est au vu des discussions sur la nouvelle convention (2023 – 2028), une base de travail retenue par l'Assurance maladie :

³⁷ Le Devoir - Un régime de soins dentaires « made in Ottawa » d'ici la fin 2023 – 28/03/2023. Disponible sur : <https://www.ledevoir.com/politique/canada/787084/budget-federal-un-regime-de-soins-dentaires-made-in-ottawa> (page consultée le 04/06/2023).

³⁸ Radio-Canada : soins dentaires pour tous en 2024 – communication du 11/12/2023 : <https://ici.radio-canada.ca/info/videos/1-8864433/soins-dentaires-pour-tous> (page consultée le 11/12/2023).

- L'Allemagne a fait le choix d'une politique de prévention dense, encourageant la consultation régulière chez le dentiste. Les populations cibles sont les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes de maladies génétiques dont les soins de base sont pris en charge par le régime d'assurance publique et obligatoire. Il existe un système de bonification pour les habitants adultes sur certains soins coûteux comme les prothèses, dans le cadre d'une fidélisation annuelle (au moins 2 consultations par an sur les 5 ans). A cela s'ajoute des programmes de prévention, chez les enfants, avec des consultations au nombre de 2 obligatoires tous les ans mais aussi des actions pouvant être facturées comme la formation à l'hygiène ou des conseils de nutrition (qui ne le sont pas en France). Les personnes âgées ne sont pas en reste sur des actes de dépistages et de prévention respectant les recommandations (visites en structure d'hébergement, 2 consultations / an...). Ce système a des effets concrets puisque les indices carieux sont bien meilleurs qu'en France pour les enfants (0,7 en Allemagne contre 1,2 en France à l'âge de 12 ans [153.]). Le programme en faveur des personnes âgées, établi en 2012, n'a pas encore été évalué mais la proportion de personnes âgées édentées est bien supérieure à celle de la France (même si elle baisse). La question se pose donc sur la perte de bénéfice de la prévention à un jeune âge lorsque les soins ne sont pas bien pris en charge à l'âge adulte.
- Au Pays bas, la politique de santé concerne essentiellement les enfants de moins de 18 ans avec des taux de remboursement importants. De nombreux programmes de prévention existent, ciblant les enfants, les personnes âgées et les personnes à très faible revenu. Les indices carieux sont d'ailleurs excellents se positionnant à 0,36 à l'âge de 12 ans. Il existe toutefois une dégradation du fait du remboursement exclusif des extractions et des prothèses amovibles chez les adultes. Cela implique un pourcentage très important de la population édentée de plus de 65 ans, à plus de 40% (16% pour la France [153.]) et une très forte disparité d'accès selon le revenu des patients.

2.2.3. Le système de prise en charge des soins dentaires en France.

La consommation des soins dentaires en France s'est établie à 13,9 milliards en 2022 soit 5,9% de la consommation de soins et de biens Médicaux (0,52% du PIB en 2022) [138.]. Elle est en forte augmentation par rapport aux années 2019 (début de la mise en place de la réforme du RAC 0) et 2020, (fortement entravée par la crise sanitaire selon la DREES). Le rattrapage des soins et la mise en place de la réforme pourrait expliquer cette tendance.

Les dépenses de soins, d'après les comptes de la santé se répartissent en :

En millions d'euros

	Total dentistes		Dentistes hors prothèses		Prothèses dentaires	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	5 807	42,0	3 838	56,8	1 969	27,8
État	23	0,2	8	0,1	15	0,2
Organismes complémentaires	6 238	45,1	2 241	33,2	3 997	56,5
Ménages	1 756	12,7	664	9,8	1 091	15,4
Total	13 824	100,0	6 752	100,0	7 072	100,0

Répartition des dépenses de soins de dentistes par type de financeur de l'année 2022 – Données.

- Source : DREES – Les dépenses de santé en 2022. p.79 – 2023.

Le système de Sécurité sociale actuel, associe un principe de contributivité, un principe de redistribution et un principe de solidarité. Il n'a cessé d'évoluer permettant ainsi aux patients de profiter des techniques hospitalières mais aussi de la médecine libérale. Les grilles de remboursement sont définies dans une convention nationale négociées entre l'UNCAM, l'UNOCAM et des syndicats représentatifs [3.].

2.2.3.1. Des actes remboursés permettant de se faire soigner à tous les âges.

Dès 1945, une ordonnance du 19 octobre³⁹, concernant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles [9.], fait apparaître les notions de conventions départementales et de « tarifs négociés ». En 1960, un décret du 12 mai⁴⁰ fixe le plafonnement de certains tarifs médicaux par arrêté interministériel. Il encadre les modalités de dépassement des tarifs. La création paritaire de commission entre les caisses et les syndicats représentatifs de la profession est entérinée

³⁹ Ordonnance n°45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000521797> (page consultée le 15/08/2023).

⁴⁰ Décret n°60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité sociale :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000313767/1960-05-13/> (page consultée le 15/08/2023).

afin de définir la question de la qualité. L'année 1975 voit la signature de la première convention nationale dentaire provisoire⁴¹ permettant la prise en charge de certains actes et l'accompagnement financier des patients. Depuis cette date, de nombreux soins bucco-dentaires ont été intégrés dans les bases de remboursement afin de suivre l'évolution des données actuelles de la science (exemple : les soins parodontaux selon certaines pathologies) et/ou réévalués financièrement tant la technologie a évolué (exemples : la radiographie numérique, le traitement radiculaire...). La modernisation des cotations, par la mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) [169.] a été instaurée en 2014.

Jusqu'en 2018, le praticien conventionné ne pouvait pas faire de dépassement exclusivement sur des actes d'un panier de soins simplifié. Le patient était alors remboursé sur une base de 70% issu de l'Assurance maladie sauf s'il bénéficiait de la solidarité nationale par l'intermédiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) sous condition de ressource (remboursement à 100%). Le ticket modérateur (30%) était alors soit pris en charge par l'assurance complémentaire, soit par le patient lui-même s'il n'en possédait pas. Les soins de base concernent le détartrage, les caries simples, les dévitalisations, les extractions... Des actes plus complexes comme l'orthodontie, les prothèses avaient aussi une base de remboursement mais n'étaient pas plafonnés ce qui pouvait impliquer un reste à charge important dénoncé souvent par les assurés sociaux et la cour des comptes en 2016⁴².

⁴¹ Décret du 29 septembre 1975 portant approbation de la convention nationale provisoire des chirurgiens-dentistes du 16/07/1975 annexée au présent arrêté :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000304855> (page consultée le 15/08/2023).

⁴² Extrait du rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale concernant la prise en charge des soins dentaires (Chapitre 6) : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160920-rapport-securite-sociale-2016-soins-bucco-dentaires.pdf> (document consulté le 15/08/2023).

2.2.3.2. La convention 2018 – 2023⁴³ : une première avancée prenant en compte les risques bucco-dentaires en lien avec le vieillissement.

Les recommandations nous indiquent que le traitement des pathologies bucco-dentaires tout au long de la vie ainsi que la prévention de celles-ci, permettent de participer à la notion de « bien vieillir » en minimisant le cofacteur bucco-dentaire des pathologies, des syndromes et des handicaps invalidants. L'aspect masticatoire en lien avec la nutrition est tout aussi important.

3 politiques volontaristes permettent d'améliorer ces aspects :

- L'obligation de fournir une mutuelle de santé collective aux salariés des entreprises privées à partir de 2016⁴⁴ (étendue prochainement aux fonctionnaires⁴⁵).
- La mise en place de la politique RAC 0, permettant une prise en charge totale de certains actes prothétiques dans un cadre intégrant une assurance complémentaire dès 2020.
- La fusion des aides CMU et ACS en CSS permettant une prise en charge totale de certains soins, certains actes prothétiques et certains actes de prévention sous condition de ressource⁴⁶.

Cette convention (améliorée par des avenants) initie une prise en compte spécifique des problématiques en lien avec la prévention dès le plus jeune âge, les pathologies, les syndromes et les handicaps rencontrés plus particulièrement avec le vieillissement :

- Extension des actes de prévention pour les plus jeunes comme des bilans bucco-dentaires de 3 à 24 ans, tous les 3 ans, ainsi que des fluorations.
- Remboursement des prothèses amovibles complètes et partielles dans le cadre du RAC0 (à l'exception de prothèse partielle à infrastructure métallique).

⁴³ Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie. Arrêté du 20 août 2018. JORF n°195. : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/449078/document/conv_chirurgiens_dentistes_jo_25_08_2018.pdf (page consultée le 04/06/2022).

⁴⁴ Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027546648> (page consultée le 13/08/2023).

⁴⁵ Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000043149132/2022-07-05/> (page consultée le 15/08/2023).

⁴⁶ Article 52 de LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000037849648/ (page consultée le 10/08/2023).

- Remboursement des prothèses conjointes (couronnes) et de certains bridges dans le cadre du RACO.
- Prise en charge d'un bilan parodontal et de l'acte d'assainissement parodontal pour les patients diabétiques en ALD diabète (plus de 3 millions de personnes concernées⁴⁷ avec une forte prévalence chez les plus de 55 ans).
- Prise en charge d'un supplément facturable une fois par séance à hauteur de 100[€] ou 200[€] pour les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère ou d'un polyhandicap. Une grille d'évaluation permet de déclencher cette facturation.
- Prise en charge d'une consultation bucco-dentaire complexe à hauteur de 46[€].
- Prise en charge d'un supplément pour les patients sous anti-coagulant bénéficiant d'une ALD (pour les actes chirurgicaux).

Ces mesures doivent permettre de garantir et d'établir une mastication permettant de ralentir les effets délétères sur la santé générale, d'un mauvais état bucco-dentaire. Le rôle social ne doit pas être sous-estimé.

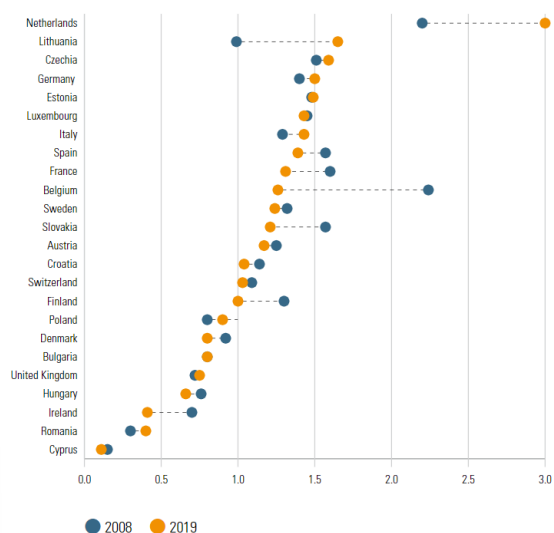
Il reste de nombreux actes souvent techniques ou esthétiques, non remboursés par l'assurance maladie dont les tarifs sont libres comme l'implantologie, les soins parodontaux hors certaines pathologies chroniques, l'orthodontie adulte...

⁴⁷ Effectif des bénéficiaires d'une ALD en 2021 – Assurance maladie : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021_ald-prevalentes_serie-annuelle.xls (page consultée le 15/08/2023).

Conclusion.

Les Français sont bien des « irréductibles gaulois » quand on aborde la santé bucco-dentaire. Malgré des recommandations claires, une prise en charge du panier des soins de base et un reste à charge très raisonnable par rapport aux autres pays développés, les Français ont du mal à entrer dans le cercle vertueux de la prévention. Les consultations par personne et par an ont même baissé entre 2008 et 2019. Il en est de même concernant le dispositif M'T dents à destination des jeunes âgés de 3-24 ans avec un taux de recours passés de 56,8% en 2019 à 52% en 2022 [138].

FIGURE 7.1 Dentist consultations per person per year (in all settings), 2008 and 2019



Consultations des dentistes par personne et par an entre 2008 et 2019.

- Source: Eurostat – Oral Health care in Europe – figure 7.1, p.141 – 2021 [162].

Toutefois si les Français changeaient de paradigme et consultaient à hauteur des Allemands ou des habitants des pays nordiques du jour au lendemain, les chirurgiens-dentistes français n'auraient pas la capacité d'absorber les quelques 18 millions de consultations supplémentaires et les soins qui y seraient associés (en passant de 50 à 80% d'habitants consultant au moins une fois par an). L'augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes par habitant et la création du statut d'assistante de niveau supérieur – niveau 2^{48,49}, peuvent relancer les actions de prévention de l'Assurance maladie et du gouvernement

⁴⁸ Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956> (page consultée le 27/08/2028).

⁴⁹ Communication de l'Association Dentaire Française sur les missions de l'assistante de niveau 2 (avant le passage de la loi) : <https://www.adf.asso.fr/tooth/assistantes-dentaires/3-le-niveau-2-projet-en-cours> (page consultée le 10/07/2023).

français afin de minimiser et anticiper les maladies bucco-dentaires amplifiées par le vieillissement de la population.

Il existe plusieurs difficultés pouvant rendre l'avenir incertain concernant la prise en charge de tous les patients et la mise en place d'une politique volontariste de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) :

- La formation des dentistes étrangers en primo-inscription est souvent réalisée par des facultés privées peu regardantes. Le maintien de l'apport de chirurgiens-dentistes étrangers en France n'est pas évident à moyen terme.
- Une revalorisation insuffisante des soins de prévention (dépistage / radiographies / petits soins / soins de gencive / désensibilisation -habituatation aux soins pour les personnes handicapées...) ne permettra pas d'embaucher des assistantes dentaires de niveau 2 et de faire des soins de base (étudier l'échec relatif des infirmières de pratique avancée mentionnée par la cour des comptes⁵⁰ afin d'apprendre des erreurs d'installation du statut).
- La création d'une dentisterie à 2 vitesses est un risque (déjà présent) avec d'un côté l'hyperspécialisation et de l'autre des dentistes généralistes ne faisant que ce qui est rentable.
- L'absence de mutuelle non contractée par les personnes âgées peut rendre les coûts des soins dentaires inaccessibles à cette population qui pourtant en a grand besoin.
- Une explosion des coûts est un risque pour les comptes publics, du fait de la technicité et du vieillissement de la population s'accompagnant d'une augmentation du nombre de handicaps et de pathologies chroniques (impactée par l'état bucco-dentaire et réciproquement).

Les efforts doivent porter dorénavant sur la prévention et le parcours de soins en pensant au vieillissement et ses conséquences. Les recommandations et les expérimentations dans les différents pays doivent nous aider à construire une société du « bien vieillir avec des dents ».

⁵⁰ Communication de la cour des comptes sur les infirmiers en pratique avancée : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-infirmiers-en-pratique-avancee> (page consultée le 27/08/2023).

CHAPITRE 3 : Un programme « bien vieillir avec des dents » à construire en urgence ?

Introduction.

La dégradation de l'état bucco-dentaire de la personne âgée est retrouvée dans de très nombreux pays quelle que soit la prise en charge financière et l'orientation préventive à l'âge adulte. L'exemple des Pays Bas est assez éloquent, avec un très bon indice carieux à 12 ans grâce à une prévention très active chez les jeunes patients mais un taux d'édentement à 65 ans à 42% du fait d'une mauvaise prise en charge des actes de soins à l'âge adulte [132.]. L'extraction y serait préférée à des soins jugés trop coûteux à l'âge adulte.

L'OMS et la FDI essayent d'impulser une politique de prévention mais aussi un panier de soins bucco-dentaires de base, inclus dans une couverture universelle à tous les âges de la vie [140.], [156.].

Différentes actions sont expérimentées au niveau international et en France afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Les études montrent que la dégradation de l'état bucco-dentaire intervient avant l'entrée des patients dans les EHPAD. Elle est pourtant constatée lorsque le résident présente des difficultés à se nourrir ou qu'il existe des actions collectives de prévention, c'est-à-dire trop tardivement. L'objet des entretiens, avec les parties prenantes de la santé et de la santé bucco-dentaire des personnes âgées, est d'établir des propositions. La finalité de ce travail est de les intégrer dans des recommandations mais aussi de renforcer la prise en charge de certains actes de préventions et de soins afin de respecter les orientations du programme « bien vieillir chez soi ou en établissement ».

3.1. Les concepts et les expérimentations permettant le « « bien vieillir » avec des dents ».

L'ensemble des publications établit qu'une bonne santé bucco-dentaire est un cofacteur positif d'une bonne nutrition et d'une bonne santé globale participant au concept du « bien vieillir ». De nombreux pays financent totalement les actes de prévention et les actes de soins chez les enfants et les jeunes adultes. Chez l'adulte, le financement est dépendant du niveau de vie et de la capacité des patients à bénéficier d'assurances complémentaires. Les populations considérées comme fragiles, telles que les personnes âgées (en moyenne, plus de 65 ans), bénéficient d'une couverture plus étendue comme le souligne deux études dans 9 (8+1) juridictions internationales [17.], [92.] se caractérisant par :

- Un panier de soins remboursé pour tous les patients âgés dans les pays tels que l'Angleterre, l'Allemagne, la Suède, Israël et la France et selon des critères (handicap, niveau de vie) pour certains états du Canada, des Etats Unis, de l'Australie et de l'Italie.
- Des actes prothétiques remboursés partiellement ou totalement selon l'adhésion à une assurance complémentaire.

Malgré cette attention particulière aux personnes âgées, la santé bucco-dentaire se dégrade très rapidement, comme c'est régulièrement constaté dans les maisons de retraite, du fait :

- Du manque de soins souvent peu remboursés avant l'âge de départ à la retraite.
- D'une baisse des visites chez le dentiste à partir de l'âge de la retraite (baisse du lien social, maladies importantes laissant de côté certains autres soins [22.], troubles cognitifs).
- D'une incidence du statut social ou du pays de naissance sur le suivi bucco-dentaire (comme pour d'autres pathologies) [14.].

L'OMS ayant attiré depuis quelques années l'attention sur les soins bucco-dentaires, des expérimentations et des protocoles ont été mis en place afin d'orienter les politiques publiques. Cela se caractérise par des incitations à la prévention et la prise en charge d'un panier de soins, étendu pour les personnes âgées.

3.1.1. Des actions testées au niveau international.

De nombreux pays essayent d'innover afin de sensibiliser les personnes âgées à la prévention et aux soins, toujours dans une dynamique de programmes basés sur le « bien vieillir » :

- Les pays scandinaves sont souvent cités en exemple dans l'approche préventive qu'ils ont de la santé bucco-dentaire. En Suède, l'indice carieux est l'un des plus faibles à l'âge de 12 ans et l'édentement total à 65 ans n'est retrouvé que chez 6% des personnes âgées (entre 12 et 23 % en Allemagne et 16% en France à la même date) [132.]. Malgré des aides particulières de prise en charge de la prévention pour les personnes âgées, l'état dentaire est tout aussi dégradé dans l'équivalent des EHPAD en Suède que dans les autres pays de l'Union Européenne. Une étude sur un guide d'évaluation orale en maison de retraite montre qu'en 20 ans (l'âge moyen des résidents était autour de 85 ans), l'édentement total était passé à 22% [25.]. Près de 67% des résidents avaient au moins une carie et un nombre moyen de 5 dents cariées pour 23% des résidents [18.]. L'état parodontal était même moins satisfaisant chez des résidents ayant l'âge de 81 ans en 2015 comparé à des résidents ayant l'âge de 81 ans en 2003 [42.].

Suède	À 65 ans	À 85 ans (en maison de retraite)
Edentement total	6%	22%

A la suite de ces constats, la Suède a développé des outils de dépistages et d'analyse permettant d'évaluer la santé bucco-dentaire par le personnel soignant des maisons de retraite en lien avec le chirurgien-dentiste. Les problématiques liées à la santé bucco-dentaire peuvent être anticipées et des actions préventives sont établies. Ce guide d'évaluation orale révisé existe en Suède sous le nom de ROAG-Jönköping [26.] mais l'évaluation réalisée par des non-hygiéniste ou non chirurgien-dentiste reste aléatoire [25.].

- En 1989, le Japon a lancé la campagne 8020 pour encourager la population à conserver au moins 20 dents à l'âge de 80 ans (référentiel des études décrit dans le chapitre 1) [149.], [166.]. A l'époque, seulement 7% de cette population avait encore au moins 20 dents. La campagne fut massive et multifactorielle en touchant l'ensemble de la population. Le programme était basé sur une prévention allant de la femme enceinte, aux enfants en passant par des âges cibles : 40 ans, 50 ans, 60 ans, 70 ans

et les plus de 75 ans. En 2016, plus de 50% des patients âgés de 80 ans possédaient au moins 20 dents naturelles. Cependant il existe toujours des problématiques pour inclure la santé bucco-dentaire dans la santé générale. Cela reste un objectif primordial.

Il existe de nombreuses autres expérimentations basées sur la sensibilisation et l'information des patients âgés, la formation des professionnels, le développement du dépistage et des soins primaires avant et après leur entrée dans des institutions telles que les hôpitaux, foyer résidence, EHPAD... :

- Positionner le patient comme un acteur de sa santé en le sensibilisant et en l'informant sur les actes de prévention mais aussi des prises en charge dont il peut bénéficier. Un référencement individuel des risques (revenu, éducation, statut social...) peut permettre dès 64 ans de planifier la prévention et les soins selon une étude danoise [39.]. Des ateliers réguliers de sensibilisation à la bouche incluant des informations sur la santé bucco-dentaire, des informations sur la nutrition, des repas structurés et des exercices de la fonction de buccale permettent de prévenir la fragilité buccale et systémique du sujet âgé [63.], [117.].

- Informer la personne âgée sur la prévention bucco-dentaire et les biais d'interprétation comme « je n'ai pas mal donc je n'ai pas de maladies bucco-dentaires ». De nombreuses études révèlent un décalage entre la perception et la réalité de la santé bucco-dentaire des personnes âgées [80.], [111.]. Il est important de trouver des stratégies afin de garder un contact soignant – personne âgée même dans les pays comme la Suède en particulier après 75 ans [48.].

- Former le personnel aidant en particulier dans les structures d'accompagnement. Deux points sont à souligner :

- La formation du personnel doit être renforcée et s'accompagner d'une prise de conscience de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire chez les personnes âgées [70.], [113.], [127.].
- Elle doit concerner le dépistage et l'aide à l'hygiène bucco-dentaire.

- Renforcer la formation des chirurgiens-dentistes en lien avec les syndromes, maladies et handicaps spécifiques des patients âgés. Une étude sur de nombreux pays a montré que les besoins spécifiques de chirurgiens-dentistes formés à la gériatrie n'ont pas été anticipés [69.] et qu'il semble important de militer en sa faveur [116].

- Intégrer les chirurgiens-dentistes dans les maisons de retraite sous forme d'équipe mobile permettant de renforcer l'interaction avec les équipes soignantes et les motiver [68.], Les hygiénistes peuvent être intégrés aux structures de soins des maisons de retraite comme au Pays de Galle sous le contrôle des chirurgiens-dentistes [89].

- Intégrer le chirurgien-dentiste dans les équipes multidisciplinaires en formant des équipes de soins primaires au dépistage des pathologies bucco-dentaires dans le cadre du protocole « demander, rechercher, décider, agir ». Cette initiative sur la santé bucco-dentaire a été testée dans le cadre d'une Initiative Interdisciplinaire Nationale aux Etats Unis, réalisé par Comagine Health⁵¹. Il existe alors une vraie interaction de suivi allant de la prise de rendez-vous à l'échange des données médicales. L'équipe dentaire prend en charge les problèmes dentaires et documente la gravité en tant que donnée structurée du dossier médical⁵².

D'autres initiatives, testées au niveau international, sont expérimentées en France. La télémédecine bucco-dentaire, le développement de cabinet mobile ou l'adaptation des cabinets dentaires au patient et à son handicap en font partie.

⁵¹ Site internet : <https://comagine.org/services> (page consultée le 15/08/2023).

⁵² Programme dédié : <http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/White-Paper-Oral-Health-Primary-Care.pdf> (document consulté le 15/08/2023).

3.1.2. Les expérimentations en France.

Les expérimentations sont des projets n'étant pas généralisés sur l'ensemble du territoire. Les expérimentations ne s'appliquent pas à l'ensemble des Français, ni à l'ensemble d'une classe d'âge ou d'une population particulière. Elles sont financées sur des enveloppes particulières⁵³.

Le but de ces expérimentations est de :

- Tester une recommandation ou des faits basés sur les preuves (EBM⁵⁴).
- Connaître leurs modalités d'application.
- Réaliser des études d'impact incluant l'aspect financier.
- Aider les décideurs à établir une politique s'appliquant à l'ensemble du territoire.

Les expérimentations en France concernant la personne âgée sont nombreuses. Le but est de tester des solutions à généraliser afin d'éviter la dégradation de la santé bucco-dentaire constatée en particulier chez la personne âgée en institution :

1. Le développement de programmes de motivation.

Certains organismes de protection sociale comme AG2R La Mondiale® ont développé des programmes d'information (coaching) « Branchez-vous santé » instaurant un parcours de santé bucco-dentaire⁵⁵ à des âges importants (35 ans, 55 ans, 65 ans puis tous les 5 ans). Les autres assurances complémentaires possèdent des programmes d'information ou de rappel.

2. Un bilan bucco-dentaire de prévention à 60 ans

Il joue un rôle d'anticipation. Il est proposé par le régime de sécurité sociale agricole (Mutualité Sociale Agricole) pour ses adhérents. Il s'accompagne de conseils sous la forme de dépliants. Selon l'institution,

⁵³ Fonds pour l'Innovation du Système de Santé pour des projets nationaux (FISS), Fond d'Intervention Régional pour des projets Régionaux (FIR), Subventions de collectivité locales, investissement d'une structure ou d'une société privée...

⁵⁴ Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés en double aveugle, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou des études de suivi bien construites.

⁵⁵ Communication de AG2R – La mondiale :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/prevention/parcours-de-sante-bucco-dentaire> (page consultée le 12/08/2023).

en 2019, le taux de participation était de 17,6%⁵⁶ (4000 en ont bénéficié sur les 23000 ressortissants agricoles de 60 ans).

3. Les dépistages dans les EHPAD.

Certaines ARS, en lien avec les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, proposent des plans de prévention intégrant la prévention bucco-dentaire (**Annexe 1**). Des dépistages de l'ensemble des résidents d'une structure y sont proposés. Une consultation bucco-dentaire est offerte à tous les résidents sans faire appel au financement de l'Assurance maladie ou de l'assurance complémentaire. L'ARS Grand-Est finance ce type d'action permettant d'orienter les patients, de les informer ainsi que les tutelles et d'avoir une vision globale de l'état bucco-dentaire. Dans une étude réalisée sur 2 périodes, 50 à 70% des résidents avaient besoin de soins dont 20% ont consulté à la suite de la consultation [47.].

4. Les consultations dédiées à la Gériatrie.

Elles se développent progressivement selon les orientations des hôpitaux. Les structures d'accueil sont construites autour du patient âgé et/ou handicapé. Le cabinet dentaire est dédié à la prise en charge des personnes dépendantes. Il est accessible aux brancards et aux fauteuils roulants⁵⁷ contrairement au cabinet de ville ou aux standards de taille et d'aménagement des cabinets hospitaliers.

5. La télémédecine bucco-dentaire.

Elle s'est développée autour de projets financés par les ARS axés sur la prévention, pouvant intégrer le dépistage bucco-dentaire, la formation des soignants et le contrôle de l'hygiène bucco-dentaire. Elle s'adresse à des établissements de type EHPAD ou SSIAD⁵⁸. Comme tous les projets de télémédecine (exemple d'un projet en **Annexe 2**), son déploiement demande une organisation impliquant une formation des acteurs de l'expérimentation dont les infirmières, les aides-soignantes et les chirurgiens-dentistes. Le projet le plus abouti est celui de Montpellier qui a une reconnaissance internationale [8.], [58.].

⁵⁶ Communiqué de presse de la MSA :

<https://www.msa.fr/lfp/bilan-bucco-dentaires-msa-2019> (page consultée le 20/08/2023).

⁵⁷ Présentation du cabinet dentaire adapté de l'hôpital de Neuville-Fontaine :

<https://www.hopital-neuville.fr/services/centre-de-sante-dentaire.html> (page consultée le 20/08/2023).

⁵⁸ Services de Soins Infirmiers A Domicile.

La télémédecine bucco-dentaire s'est déclinée dans de nombreux départements et sous de nombreuses formes :

- Dans le cadre de l'article 51⁵⁹ pour les établissements sanitaires et médico-sociaux du Cher⁶⁰, utilisant des caméras testées dans le projet de Montpellier.
- D'un projet de recherche sur la Lorraine dans le cadre de e-Meuse, un des 24 projets dans le cadre du programme Territoires et Innovations. Ce projet est développé par le CHRU de Nancy et l'Office d'Hygiène Sociale – Lorraine (Structure FEHAP-51⁶¹) [121.], [165.].
- D'un projet de l'UFSBD alliant télésurveillance, photographie et intelligence artificielle par le biais d'une application Oralien^{®62}.

6. Les structures mobiles de soins et les cabinets au sein des établissements.

Afin d'éviter au patient ou au résident de se déplacer dans un cabinet dentaire quelquefois peu adapté, c'est le cabinet dentaire qui se déplace sur le lieu de résidence. Certaines régions, par l'intermédiaire d'un financement des ARS, bénéficient de ce type de structure mobile sous forme de bus comme dans le Puy de Dôme⁶³ et en Bretagne⁶⁴. Quelques EHPAD ont installé un cabinet dentaire au sein de leur structure comme à Marseille⁶⁵ ou à Saint Etienne⁶⁶.

7. Les formations du personnel aidant.

Les formations initiales et continues des chirurgiens-dentistes, la formation du personnel soignant et l'information au patient et à la famille sont souvent insuffisantes et peu uniformisées quant à l'approche

⁵⁹ L'article 51 est un dispositif pour organiser des organisations innovantes en lien avec des financements spécifiques.

⁶⁰ Arrêté n°2019-DSTRAT-0019 au projet d'expérimentation portant sur le dépistage et diagnostic des problèmes bucco dentaires des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico sociaux du département du Cher : <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/centre-val-de-loire/content/download/60675/399165/file/recueil-r24-2019-230%20du%2005%20ao%C3%BBt%202019.pdf> (document consultée le 20/08/2023).

⁶¹ Fédération des Etablissements hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires.

⁶² Arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour l'accompagnement et la prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-07/Projet%20Oralien.pdf> (document consultée le 06/06/2023).

⁶³ Communication : un cabinet itinérant au service des EHPAD : <https://urps-cd-ara.fr/actions/sbdm-ehpad> (page consultée le 13/08/2023).

⁶⁴ Communication sur le Breizh Bucco Bus : <https://www.ildys.org/le-breizh-bucco-bus-un-projet-unique/> (page consultée le 13/08/2023).

⁶⁵ Communication Maison de retraite La Salette-Montval : <http://www.salette-montval.com/soins-maison-retraite.htm> (page consultée le 13/08/2023).

⁶⁶ Article présentant le cabinet dentaire de l'EHPAD la Sarrazinière. <https://www.leprogres.fr/loire-42-edition-saint-etienne-metropole/2018/07/02/un-cabinet-dentaire-gratuit-dans-un-ehpad-une-premiere> (page consultée le 20/058/2023).

du patient âgé et de son hygiène bucco-dentaire. L'ARS île de France a missionné le GEROND'if (Gérontopole) afin d'établir des protocoles d'hygiène bucco-dentaire pour les personnes âgées dépendantes mais aussi construire des formations globales pour les professionnels des EHPAD. Ce projet pourrait être étendu à l'ensemble de la France.

8. Le nettoyage et la reconnaissance des appareils.

La perte d'un appareil dentaire est fréquente à l'hôpital ou dans les institutions. Certains outils ont été développés afin d'identifier les appareils dentaires en inscrivant le nom du résident dans la structure même de la prothèse ou en y incluant une puce. Ces dispositifs de reconnaissance ainsi que ceux de nettoyage de la prothèse peuvent être pris en charge dans le cadre des appels d'offre « prévention » proposés par les ARS.

Les évaluations des politiques publiques et des expérimentations sont trop peu nombreuses et trop anciennes. La dernière évaluation à grande échelle de l'indice carieux date de plus de 15 ans. Certaines expérimentations sont même remises en cause malgré une belle réussite car elles ne sont pas connectées entre elles. C'est le cas de l'article 51 initié dans le département du Cher, avec une réussite du projet de dépistage grâce à la télémédecine bucco-dentaire mais un échec du suivi des soins⁶⁷. Le dépistage en EHPAD a une réelle utilité mais le manque de structures adaptées ou de praticiens formés aux soins des personnes âgées ne permettent pas de soigner les patients présentant des pathologies bucco-dentaires. Il est ainsi compliqué de réaliser des études d'impact permettant d'orienter les politiques publiques⁶⁸.

⁶⁷ Rapport d'évaluation article 51 :

https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fsante.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2Frapport_final_evaluation_gh_t_c_her_buccodentaire.pdf&data=05%7C01%7C%7Caa2f070239584dfd545408dba4cf6fdc%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638284983067122468%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljojMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTil6k1haWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=GdN9y4jsUFIXtFvyhNFFoP4Kt%2By0LFXsRKLX2SkTZ0i%3D&reserved=0 (rapport consulté le 26/08/2023).

⁶⁸ Article 51 – Guide sur les modèles de financement - les impacts attendus (page 15) :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article51_guide_financement_version_porteurs_240920.pdf (Guide consulté le 22/11/2023).

3.1.3. Les recommandations du suivi bucco-dentaire chez la personne âgée.

Les recommandations selon le vieillissement chronologique (selon l'âge) ne sont pas évidentes à définir. L'âge biologique semble être plus adapté à ces recommandations, une personne de 50 ans pouvant très bien être dépendante alors qu'une personne de 80 ans peut ne pas l'être. Il convient toutefois d'associer à cette réflexion, des évènements de vie, incitant à une vigilance sur une possible dégradation de l'état bucco-dentaire en vieillissant. La personne sera alors plus fragile psychologiquement, connaîtra des changements hormonaux, aura moins de liens sociaux (retraite), sera hospitalisée ou placée en institution. La Direction Générale de la Santé a édité en 2006, par l'intermédiaire du Docteur M. FOLLIGUET, un premier rapport sur la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées **[139.]** aboutissant à quelques conclusions spécifiques à partir de 65 ans :

- Prévalence élevée des pathologies dentaires chez les personnes âgées de plus de 60 ans.
- Dépendance et nombreuses prescriptions médicamenteuses aboutissant à une aggravation des pathologies dentaires.
- Moindre recours au chirurgien-dentiste par rapport aux autres classes d'âge.
- Intégration urgente du chirurgien-dentiste dans la prise en charge globale du patient en partenariat avec tous les professionnels de santé.
- Obligation de former le personnel aidant à l'hygiène bucco-dentaire en particulier en institution.
- Instauration d'une consultation odontologique annuelle ciblée sur les publics les plus fragiles ainsi qu'une réponse institutionnelle aux soins spécifiques sous forme de réseaux de soins.

La personne âgée étant parfois une personne handicapée par des limitations de sa mobilité ou des atteintes sensorielles, il convient de citer le rapport des Docteurs P. HESCOT et A. MOUTARDE **[147.]** traitant aussi bien la prévention et le « aller vers » (se rendre au lieu de résidence) que l'accès physique aux cabinets dentaires.

3.1.3.1. Les recommandations de la HAS.

La HAS a établi en 2010 un document de synthèse et de recommandations qui est une référence dans les stratégies de prévention de la carie dentaire en France [146].

Des populations cibles ont été identifiées en intégrant des classes d'âge et des événements de vie :

Populations cibles :

- femme enceinte ;
- enfants 0-3 ans : âges clés 6 mois et 2 ans ;
- enfants 3-6 ans : âge clé 3 ans ;
- enfants 6-12 ans : âges clés 6 et 9 ans ;
- jeunes 12-18 ans : âges clés 12 et 15 ans ;
- 18-25 ans : période clé de la sortie du foyer familial ;
- 25-60 ans ;
- > 60 ans : période clé du passage à la retraite.

Populations à risque élevé de carie :

- personnes âgées dépendantes : à domicile et en institution ;
- personnes handicapées : à domicile et en institution ;
- pathologies chroniques et/ou à risque ;
- population en situation socio-économique défavorisée :
- enfants : zones géographiques (ZUS, etc.) ;
- adultes : critères socio-économiques (CMU-c, chômage, rupture familiale, AME).
- populations migrantes ;
- population carcérale.

- Source : HAS – stratégies de prévention de la carie dentaire. p.10 – 2010 [146].

Les recommandations générales, permettant de garantir une santé bucco-dentaire correcte le plus longtemps possible, sont :

- Le brossage des dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré pour l'ensemble de la population.
- Une réduction de la fréquence des prises alimentaires entre les repas.
- Une participation aux programmes individuels (M^T dents⁶⁹) et collectifs.
- Un suivi régulier chez un chirurgien-dentiste (entre 6 mois et 1 an) afin d'aborder la santé bucco-dentaire dans son ensemble.

Les recommandations plus spécifiques au vieillissement concernent :

- Une invitation de l'Assurance maladie à proposer un examen bucco-dentaire annuel pour les personnes âgées et systématiquement l'année précédant le départ en retraite (Mesure prévue dans le plan « Bien Vieillir » 2007-2009).

⁶⁹ Programme M^T dents :

<https://www.ameli.fr/assurance/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents> (page consultée le 16/08/2023).

- Une évaluation initiale du risque carieux à l'entrée de l'établissement pour les personnes âgées dépendantes (en EHPAD).
- Une aide des personnels aidants des EHPAD, SSIAD⁷⁰ ... au maintien d'une bonne hygiène bucco-dento-prothétique.
- Le développement de structures consacrées aux soins spécifiques pour les personnes âgées et plus généralement les personnes handicapées.
- Le développement d'informations ciblées selon les pathologies rencontrées par les adultes ou les personnes âgées en particulier, en cas de prise de médicaments provoquant une hyposialie ou ayant subis une radiothérapie cervico-faciale.

La HAS émet régulièrement des avis sur la prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite [145.], l'évaluation du détartrage-surfaçage pour certaines pathologies [143.] ...

3.1.3.2. Les recommandations de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, des sociétés savantes et des associations dentaires.

Ces structures jouent un rôle d'informations, de mobilisation et de formation du personnel soignant et des chirurgiens-dentistes. Elles peuvent conseiller et influencer les décideurs que sont les ministères, la CNAM et l'UNOCAM.

- Un collégium de 31 experts de 17 pays européens a participé à une étude nommée e-Delphi⁷¹ [38.]. Le but était le développement d'un consensus européen sur une norme pour les soins de santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes. Les experts préconisent :
 - Un rapport sur l'état bucco-dentaire inclus dans l'évaluation gériatrique.
 - Un examen dentaire obligatoire pour une personne admise dans un établissement de soins de longue durée.

⁷⁰ Service de Soins Infirmiers A Domicile.

⁷¹ La méthode Delphi est une technique de communication structurée et une méthode de recherche prospective systématique et interactive qui s'appuie sur un panel d'experts : <https://www.edelphi.org/> (page consultée le 26/08/2023).

- Un brossage, 2 fois par jour en insistant sur les espaces entre les dents et la muqueuse buccale. Le dentifrice doit être fluoré à 5000 parties pour million pour les personnes présentant un risque carieux élevé.
- Un nettoyage des prothèses, 2 fois par jour après les repas. Elles doivent être retirées avant de dormir.
- L'ONCD a émis 6 propositions lors de la journée mondiale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées en lien avec la santé bucco-dentaire allant de la réalisation d'un examen bucco-dentaire lors de l'entrée en EHPAD, au développement de la télémédecine en passant par le financement des actions de prévention dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements⁷².
- L'UFSBD organise des formations dans les établissements pour personnes âgées et s'est associée à des partenaires comme la croix rouge, des organismes complémentaires de retraite ou des prestataires de santé bucco-dentaire afin de réaliser des études et des actions envers les publics fragiles⁷³. L'association joue un rôle de proposition en particulier dans le cadre de la négociation conventionnelle. Les axes intéressant les personnes âgées se déclinent en⁷⁴ :
 - Proposition 4 : création de nouveaux examens bucco-dentaires pour les adultes de 35 ans, 55 ans puis tous les ans à partir de 70 ans.
 - Proposition 5 : instauration d'un bilan bucco-dentaire dépendance autour de l'entrée en EHPAD.
 - Proposition 6 : extension du dispositif de dépistage et traitements des parodontites à d'autres Affections.
 - Proposition 10 : remboursement du dentifrice fluoré sur prescription aux personnes vulnérables.

⁷² Communication de l'ONCD :

<https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/journee-mondiale-de-sensibilisation-a-la-maltraitance-des-personnes-agees-six-propositions-pour-une-politique-de-sante-bucco-dentaire/> (page consultée le 16/08/2023).

⁷³ Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées :

<http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2017/05/D-GUIDE-AGIRC-ARRCO-UFSBD-V2017.pdf> (document consulté le 14/08/2023).

⁷⁴ Guide de propositions de l'UFSBD dans le cadre de la négociation conventionnelle-2023 :

<https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2023/05/Propositions-UFSBD-Negociation-Conventionnelle-Avril-2023.pdf> (document consulté le 14/08/2023).

- Proposition 13 : prise en charge de la télésurveillance bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap et de dépendance.
- D'autres associations comme Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS) et Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) participent aux débats grâce à des journées scientifiques ou des plaidoyers afin de proposer ou relayer des recommandations⁷⁵.

3.1.3.3. Les rapports parlementaires et les recommandations ministérielles.

Les rapports parlementaires se construisent afin de répondre aux enjeux de la société et permettre de donner des orientations au gouvernement pour impulser ou légiférer. Ils sont complétés parfois par des consultations citoyennes permettant d'élargir la vision des parlementaires.

De nombreuses propositions restent « aux oubliettes » comme le bilan bucco-dentaire à 60 ans pourtant inscrit dans le plan national « Bien Vieillir » 2007-2009⁷⁶. La dernière concertation grand âge et autonomie, présentée par Mr Dominique LIBAULT, sous la présidence du Président de la République, en 2019, reprend d'ailleurs des propositions des missions parlementaires et concertations précédentes concernant la santé bucco-dentaire en lien avec les maladies, handicaps et syndromes mais aussi la malnutrition [151].

L'application de certaines mesures se heurtent souvent au système de financement des actions de prévention qui repose sur l'Assurance maladie, la solidarité nationale mais aussi des financements provenant des ARS ou des collectivités locales. Le gouvernement a initié des obligations⁷⁷ mais sans financement pérenne à ce jour comme :

- Intégrer systématiquement la santé bucco-dentaire dans les projets d'établissements des EHPAD.
- Former le personnel soignant.

⁷⁵ Plaidoyer de SOSS :

https://www.soss.fr/files/uqd/057526_2a66d48c571f4f3d9b229f28d975a361.pdf (document consulté le 17/08/2023).

⁷⁶ Plan National Bien Vieillir – axe 4 -p 18 :

https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf (document consulté le 17/08/2023).

⁷⁷ Dossier de Presse du Comité Interministériel pour la Santé – axe 25 :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf (document consulté le 10/06/2023).

- Organiser les consultations de dépistage en particulier à l'entrée en EHPAD.

Il en résulte que moins de 20% des EHPAD respectent ces obligations et que le financement des actions de prévention sur des enveloppes particulières dépend de la volonté des ARS et des conseils départementaux. Il y a donc une grande inégalité de territoire.

La santé bucco-dentaire des personnes âgées est devenue un axe de travail, au-delà de la profession, même si elle est centrée actuellement sur les problèmes de nutrition en EHPAD. Le sujet de la prévention et du parcours de soins chez la personne âgée fait l'unanimité, du défenseur des droits [137.] aux médecins gériatres en passant par la communauté des gérontologues⁷⁸. Il convient juste de trouver les financements et initier un changement de paradigme auprès des soignants et des patients à tous les âges.

⁷⁸ La gérontologie comprend toutes les disciplines qui s'intéressent au champ du vieillissement : économie de la santé, psychologie, sociologie, philosophie, socio-économie, démographie, éthique, droit... : <https://www.mmj.fr/actualites/geriatre-ou-gerontologue-quelle-difference> (page consultée le 15/08/2023).

3.2. Décisions en 2023 : de nombreuses incertitudes concernant la prévention et la mise en place d'un parcours de soins bucco-dentaires des personnes âgées.

Alors que les syndicats représentatifs, les CDF et la FSDL, négociaient avec l'UNCAM et l'UNOCAM une nouvelle convention dentaire en juin 2023, le ministère de la Santé et de la Prévention annonce à la « surprise générale » que la prise en charge des soins bucco-dentaires par l'Assurance maladie baissera dès le mois d'octobre 2023 de 70% à 60%. La part des dépenses dénommée ticket modérateur, restant à la charge des patients ou des assurances complémentaires, passera de 30 à 40%. Le communiqué du ministère⁷⁹ annonce que « cet engagement signe le début d'une nouvelle donne en matière de prévention et d'accompagnement des Français » sans préciser qu'il exclue de facto les personnes qui ne pourront pas assumer une augmentation de leurs cotisations ou qui n'ont pas d'assurances complémentaires ni la CSS. C'est tout simplement un transfert de charge de la solidarité collective vers le patient d'environ 500 millions d'euros. La brutalité de la décision et la communication hasardeuse est dénoncée aussi bien par la Mutualité Française (FNMF)⁸⁰, les syndicats représentatifs^{81,82} que les consommateurs⁸³. Le régime local d'Assurance maladie en Alsace-Moselle, le fond de solidarité vieillesse ou le régime de la SNCF par l'intermédiaire de sa Caisse de Prévoyance et de Retraite ont décidé de compenser la baisse de remboursement annoncée par l'Assurance maladie. C'est une preuve que la décision prise en juin 2023 envoyait un message négatif aux assurés sociaux.

Cette mesure risque d'impacter fortement les retraités les plus pauvres présentant un taux de non-couverture par une assurance complémentaire compris entre 4% (2^{ème} quintile du niveau de vie) et 11,1% (1^{er} quintile du niveau de vie) soit à peu près 700000 retraités [55.], [104.].

⁷⁹ Communiqué de presse du 16/06/2023 sur l'augmentation du ticket modérateur concernant les soins bucco-dentaires : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-gouvernement-amplifie-son-action-en-faveur-du-renforcement-de-la-prevention> (page consultée le 23/11/2023).

⁸⁰ Communiqué de presse de la FNMF sur le transfert de charges à la charge des complémentaires santé : <https://www.mutualite.fr/presse/transfert-de-charges-500-millions-deuros-a-la-charge-des-complementaires-sante-et-donc-des-francais/> (page consultée le 21/10/2023).

⁸¹ Communiqué de presse des CDF : <https://lescdf.fr/actualites-espace-presse/desengagement-de-letat-dans-la-sante-orale#> (page consultée le 23/11/2023).

⁸² Communiqué de presse de la FSDL : <https://www.fsd.fr/coup-dannonce-ou-decision-murement-reflechie/> (page consultée le 23/11/2023).

⁸³ Article du magazine « Que choisir », organe de presse de l'union fédérale des consommateurs : <https://www.quechoisir.org/actualite-soins-dentaires-baisse-des-remboursements-des-octobre-n110062/> (page consultée le 23/11/2023).

3.2.1. Une profession dans le déni ?

- L'ONCD a répondu à mes interrogations concernant la santé bucco-dentaire des personnes âgées par une liste d'actions mises en place ou à mettre en place comme il aurait pu le faire il y a 10 ans, c'est-à-dire sans enthousiasme. Il met en avant :
 - Les référents handicaps départementaux dont les réponses sont très inégales selon les régions.
 - Une discussion sur un contrat type permettant à un chirurgien-dentiste libéral de travailler dans les établissements médico-sociaux pour favoriser le « aller-vers »⁸⁴. Cette disposition risque de devenir une obligation puisqu'elle est intégrée dans la nouvelle convention dentaire et elle est reprise dans la feuille de route EHPAD-USLD-DGCS-DGOS 2021-2023 dans la mesure n°13⁸⁵. Celle-ci est issue du rapport de mission sur les USLD et EHPAD [150.] proposant d'intégrer les professionnels de santé dans l'équipe de soins de ces structures.
 - Des mesures déjà réalisées ou proposées dans le cadre de la nouvelle convention sans s'interroger sur les difficultés de mise en place et leur évaluation.
- La profession dans son ensemble rencontre des difficultés à redonner du souffle à la spécialité Médecine Bucco-Dentaire (MBD). Un praticien qualifié ou spécialisé a pour mission de soigner des patients malades, âgés et/ou présentant un handicap dans le cadre de ce qu'on appelle le 2^{ème} recours à la suite d'un échec de prise en charge par un omnipraticien ou une spécificité de prise en charge :
 - Ces patients sont rarement dépistés car les déficiences ou maladies mettent de côté les maladies bucco-dentaires pourtant en interaction.
 - La spécialité n'est pas ou très peu valorisée. Elle est délaissée dans le cadre de l'internat (12 postes vacants sur les 44 en 2022 au niveau national, selon la conférence des doyens).

⁸⁴ Communication de l'ONCD sur le contrat type en EHPAD : la lettre de l'ONCD n°210 / 12-2023 -P8 :

<https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2023/12/ONCD-LA-LETTRE-210.pdf> (article consulté le 11/12/2023).

⁸⁵ Feuille de route EHPAD-USLD-Direction Générale de la Cohésion Sociale – Direction Générale de l'Offre de Soins – Mars 2022 : https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-10/feuille_de_route_-ehpad_usld-dgcs-2021-2023.pdf (document consulté le 24/11/2023).

- Elle ne concerne que quelques centaines de chirurgiens-dentistes possédant la qualification. Elle est donc peu discutée dans le cadre des négociations conventionnelles.

La réforme du 3^{ème} cycle menée par un groupe d'expert dans le cadre d'une mission flash est toujours en discussion et remplacerait la spécialité MBD par une spécialité d'Odontologie Hospitalière (OH) ou Médecine Orale Adaptée (MOA). Il convient d'être vigilant à ne pas exclure les praticiens libéraux qui se sont spécialisés dans ces soins dits de 2^{ème} recours.

- La profession connaît son lot de « petites affaires » touchant le handicap en général ; et la mise en place d'actions de prévention et de soins de 2^{ème} recours en particulier chez les personnes âgées dépendantes :
 - L'activité de l'association Rhapsod'if (Réseau handicap Prévention d'Ile de France) dénoncée dans un rapport de la cour des comptes et dans un article du journal « Canard enchaîné » du 26/07/2023⁸⁶.
 - Une procédure contre la société INCISIV proposant des soins bucco-dentaires à domicile ou dans les EHPAD dans des conditions floues, dénoncées par les patients ou les familles [97].
 - Une insuffisance de l'investissement des centres de santé, dans la prévention et les soins dans les structures médico-sociales et en particulier les EHPAD⁸⁷ malgré un accord national signé avec l'Assurance maladie.

Les autorités doivent contrôler mais elles doivent surtout accompagner les nouveaux projets émanant de praticiens motivés comme les structures libérales se déplaçant à domicile⁸⁸ ou les praticiens ayant adaptés leurs cabinets à la personne âgée⁸⁹.

⁸⁶ Article et analyse sur : <http://www.docunet.fr/index.php?archives/2023/07> (article consulté le 20/10/2023).

⁸⁷ Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, JORF n°0226 du 30 septembre 2015 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031249985> (page consultée le 20/10/2023).

⁸⁸ Association Française des Chirurgiens Dentiste A domicile (AFCDAD) :

<https://afcdad.fr/> (page consultée le 20/10/2023).

⁸⁹ Cabinet dentaire Mont d'Ouest :

<https://www.montdouest.com/> (page consultée le 20/10/2023).

3.2.2. Une Loi de Financement de la Sécurité sociale 2024^{90,91} (LFSS) faisant l'impasse sur la prévention bucco-dentaire ?

L'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour 2024 est programmé à 254.7 milliards soit une augmentation de 3,2% par rapport à 2023⁹² alors que l'inflation sera de 4.9% en 2023, après 5,2% en 2022 et avant 2.6% en 2024 [161.]. Depuis 2 ans, l'ONDAM hors dépense en lien avec la crise sanitaire, dont la progression est inférieure à l'inflation, ne permet donc pas d'initier une vraie politique de prévention dans le cadre du « bien vieillir » qui pourrait inclure la santé bucco-dentaire.

- L'article 20, entérine les rendez-vous « prévention aux âges clés de la vie », déjà présent dans la loi de finance de la Sécurité Sociale 2023. Ils sont définis par plage, c'est-à-dire 18-25 ans, 45-50 ans et 60-65 ans et ne concernent que les médecins, infirmiers, sages femmes et pharmaciens. Ces rendez-vous prévention vont être renforcés en chirurgie-dentaire dans la nouvelle convention pour les 18-25ans mais ils sont absents pour les tranches d'âge ultérieures, énoncées dans le Projet de la LFSS 2024. Il convient d'espérer que cette erreur soit réparée rapidement. La sphère oro-faciale est sensible au vieillissement et à certaines périodes clés de la vie comme la ménopause pour les femmes, la retraite ou l'arrivée de certaines incapacités (75-77 ans en moyenne selon l'INSEE [49.]).
- L'article 21 propose quant à lui de mieux articuler les droits à la CSS avec le bénéfice de certains minima sociaux comme les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation du Contrat d'Engagement Jeune (ACEJ)... Un meilleur accès à la santé bucco-dentaire pour ces bénéficiaires grâce à la solidarité nationale sera proposé. Il restera la problématique des 2,5 millions de personnes n'étant pas couvert par la CSS ou par une

⁹⁰ Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2024 en date du 27/09/2023 :

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/16b1682_projet-loi (projet consulté le 04/10/2023).

⁹¹ Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2024 en date du 23/11/2024 et avis après modification du Sénat :

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion-soc/16b1918_rapport-fond (projet consulté le 24/11/2023).

⁹² Communication du gouvernement sur le PLFSS :

<https://www.vie-publique.fr/loi/291211-pfss-2024-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale> (page consultée le 25/11/2023).

assurance complémentaire pour différentes raisons, dès fois indépendantes de leur volonté (exemple : les enfants, les personnes âgées isolées...).

- L'article 37 instaure une section relative aux soins et à l'entretien de l'autonomie permettant une simplification des financements dans des EHPAD et des services de long séjour volontaires. Il conviendra d'être vigilant sur l'intégration des actes de prévention et de soins y compris prothétiques concernant la santé bucco-dentaire des résidents de ces structures.

3.2.3. Un recul de l'investissement de la Mutualité Française dans des actions de prévention ?

La Mutualité Française a initié un programme très intéressant intitulé « la vie à pleine dents, longtemps »⁹³ déployé sur 120 EHPAD et 50 Services de Soins Infirmiers A Domiciles (SSIAD) mutualistes intégrant la formation du personnel soignant et la sensibilisation à la dénutrition et aux maladies bucco-dentaires. D'autres structures non mutualistes participent à ce programme (près de 500 au total). L'évaluation est un point important qui doit permettre d'orienter les programmes futurs en intégrant les freins que sont le manque ou l'instabilité du personnel soignant au sein de la structure et le refus du patient à l'hygiène bucco-dentaire (perte d'habitude, moins de lien social...).

La santé bucco-dentaire n'apparaît plus dans la stratégie mutualiste en prévention et promotion de la santé 2023-2026⁹⁴. La FNMF s'en remet aux opportunités de territoire. En 2019, la santé bucco-dentaire était inscrite dans le parcours d'orientation santé envers les plus fragiles et dans les actions de nutrition. Une politique nationale permet d'avoir un effet d'entraînement des structures locales, moins dépendante des sensibilités régionales. Il convient d'espérer que la prévention bucco-dentaire devienne un réflexe en lien avec les conseils de nutrition à tous les niveaux.

⁹³ Mutualité Française : la santé bucco-dentaire : un axe important, à tous les âges de la vie : <https://www.mutualite.fr/actualites/la-sante-bucco-dentaire-un-axe-important-a-tous-les-ages-de-la-vie/> (page consultée le 23/11/2023).

⁹⁴ Stratégie mutualiste en prévention et promotion : <https://www.mutualite.fr/content/uploads/2023/05/Plan-Prevention-Mutualite-Francaise.pdf> (document consulté le 24/10/2023).

3.2.4. Une loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France : entre déception et espoir ?

Cette loi, en préparation depuis la fin de l'année 2022, est réapparue en cette fin d'année 2023. Elle ne doit être, selon la première ministre E. BORNE, « qu'un prélude à une loi de programmation sur le grand âge devant être présentée au second semestre 2024 ». Alors que le projet de loi initial, inscrivait dans le Code de la Santé Publique l'obligation d'une consultation dentaire à l'entrée de l'EHPAD, cette mesure a été supprimée (article 59)⁹⁵. La proposition de loi adoptée en première lecture le 24/11/2023⁹⁶ précise :

- Que des actions de prévention pourront être rémunérées sur le forfait soin. On peut espérer que la formation du personnel aidant à l'hygiène bucco-dentaire, pourra être conseillée.
- Qu'un cahier des charges sur la quantité et la qualité nutritionnelle des repas proposés en EHPAD soit créé. Ce cahier des charges n'est toutefois pas associé une fois de plus à l'étude préalable de la santé bucco-dentaire des résidents.

Il est important d'insérer des mesures de bon sens dans une prochaine loi de programmation car le dossier de presse datant de novembre 2023, censé établir une stratégie du « bien vieillir »⁹⁷ n'inclue pas la prévention et le parcours de soins bucco-dentaires. Une bonne santé bucco-dentaire intervient pourtant dans chaque axe de l'item « garantir la santé » : médicalisation des EHPAD, déploiement de structures mobiles, lutte contre la dénutrition, prévention aux âges clés de la vie, repérage précoce des fragilités et garantie de la dignité de nos concitoyens âgés.

⁹⁵ Proposition de loi n° 1061 visant à garantir le droit à vieillir dans la dignité et à préparer la société au vieillissement de sa population : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/16b1061_proposition-loi (document consulté le 16/08/2023).

⁹⁶ Dossiers législatifs de la loi « Mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France » : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/DLR5L16N46868> (dossier consulté le 25/11/2023).

⁹⁷ Dossier de presse : Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années stratégie « bien vieillir » : <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/Strategie-bien-vieillir-novembre-2023-accessible.pdf> (dossier de presse consulté le 20/11/2023).

3.2.5. Une convention nationale dentaire 2023 – 2028⁹⁸ qui va dans le bon sens mais qui doit être améliorée.

Dans une lettre de cadrage du 28/03/2023, l'ancien ministre de la Santé et de la Prévention recommandait, dans le cadre des négociations de la convention 2024-2028, de renforcer la prévention en objectif 1 et favoriser la prise en charge des publics fragiles en particulier les personnes âgées dépendantes en objectif 4 (**Annexe 3**). J'ai pu échanger pendant la négociation conventionnelle avec une collaboratrice de Monsieur FATOME et Madame CAZENEUVE sur le dernier point. A la demande de la CNAM, j'ai remis une note avec quelques propositions et réflexions de terrain sur l'inscription de nouvelles orientations proposées dans la convention (**Annexe 4**).

Les axes importants de la convention, en lien avec le vieillissement sont :

- Un axe prévention volontariste sur une classe d'âge jeune afin de reculer le plus tard possible les soins et les actes prothétiques. C'est le programme « génération sans carie ». Cette action ne sera évaluable que dans quelques années en particulier sur les patients âgés.
- La possibilité pour les chirurgiens-dentistes spécialisés, en particulier en médecine bucco-dentaire, de facturer un avis ponctuel sur une prise en charge.
- Un bilan dentaire d'entrée (dans les 12 mois) dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux, en particulier dans les EHPAD à hauteur de 40^E.
- La prise en charge du bilan parodontal et de l'assainissement parodontal, réservés auparavant aux patients présentant une reconnaissance ALD diabète, à d'autres ALD (insuffisance cardiaque, déficit immunitaire, maladie coronarienne, maladies auto-immunes) soit un total de 6400000 personnes⁹.
- Un aide de 300 euros si le praticien libéral réalise au moins 3 interventions en dehors de son cabinet en particulier dans les EHPAD.

⁹⁸ Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie. Arrêté du 23 août 2023. JORF n°0196. : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=frVlxju7Gg6OWCPCtWLV_A3KenVssOlyUDsgwrbZac= (page consultée le 04/06/2022)

- Des groupes de travail sur la télésanté (déjà présents lors de la précédente convention), sur les modalités des dépistages...

La France est depuis longtemps un pays volontariste dans la prise en charge des maladies de la sphère buccale. L'aspect curatif est renforcé avec la réforme du RAC 0 voulu par l'actuel Président de la République, dès son premier mandat. L'Assurance maladie en lien avec les organisations syndicales dentaires vont proposer dès 2024 un plan ambitieux de prévention qui s'adressera à une classe d'âge jeune et dont les effets ne seront visibles que dans 40 ou 50 ans. Il convient toutefois d'être vigilant dans l'immédiat, en ce qui concerne l'accès des personnes âgées aux soins :

- Dans le préambule de la convention, il est précisé que la prévention par le biais d'un examen bucco-dentaire annualisé « s'appuiera sur la participation des organismes complémentaires ». Cela exclue pour des raisons financières, les enfants dont les parents ont fait le choix de ne pas adhérer à une assurance complémentaire ou d'être affiliés à la CSS. Cela correspond en majorité aux chômeurs et aux familles monoparentales qui sont souvent exclus de l'accompagnement. Cette bonne orientation prévention risque de ne pas profiter à ceux qui en ont déjà le plus besoin.

- Les patients retraités, comme les chômeurs, appartiennent aux catégories socio-professionnelles les moins protégées par un contrat de mutuelle santé. Ils sont entre 1.2 et 11% à ne pas avoir de mutuelle en rapport avec le niveau financier de leur retraite (contre 3 à 5% dans la population générale) [104.]. Il convient d'être vigilant sur le coût de ces assurances complémentaires souvent plus élevé à la retraite. La baisse effective de la prise en charge des soins par l'Assurance maladie va provoquer une augmentation des cotisations (la prise en charge étant passée de 70% à 60%⁹⁹). De plus, certains soins non remboursés par la sécurité sociale ne sont pas pris en charge dans les niveaux bas de garanties proposées (certaines prothèses, implants). Ces actes comme les traitements parodontaux, remboursés

⁹⁹ Communiqué de presse du ministère de la santé et de la prévention : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-gouvernement-amplifie-son-action-en-faveur-du-renforcement-de-la-prevention> (page consultée le 17/06/2023).

pour les patients bénéficiant de certaines prises en charge ALD, permettraient pour les autres patients âgés, de reculer la perte des dents.

- Il conviendra d'être attentif à l'effet de seuil initié par la réforme des retraites qui pourrait priver certains patients âgés de certaines aides comme la CSS¹⁰⁰.

- Il y a peu d'incitations à changer les comportements de prévention des Français à des âges spécifiques du vieillissement, permettant d'anticiper des problématiques futures de santé (45 ans, départ à la retraite...).

- L'hospitalisation et/ou l'entrée en institution ne jouent pas leurs rôles de prévention ou de dépistage dans un cadre transdisciplinaires (Géronte, infirmière, aides-soignantes) malgré les recommandations. Il y a peu d'incitations à inclure le chirurgien-dentiste dans le parcours de soins coordonnés du patient lors de bilans gérontologiques, d'hospitalisations générales ou spécifiques (USLD / SSR¹⁰¹) comme cela peut se faire avec les autres spécialités médicales ou paramédicales.

- Il conviendra de faire attention à la complexité inscrite dans la convention dentaire concernant les bilans et les formations en EHPAD.

- La qualification (ou la spécialité en Médecine Bucco-Dentaire) n'est pas valorisée. Elle a même été détournée de son orientation de base, pourtant adaptée à la prise en charge d'un public vieillissant, handicapé et malade. Cela s'accompagne d'une insuffisance de structures adaptées à la prise en charge des patients les plus fragiles (cabinet permettant l'accueil des fauteuils roulants, des brancards, permettant les transferts...).

¹⁰⁰ Plafond d'attribution complémentaire santé solidaire 2023 (anciennement CMU-C, ACS) : <https://www.complementaire-sante-solidaire.fr/plafond-complementaire-sante-solidaire> (page consultée le 13/07/2023).

¹⁰¹ Unité de Soins de Longue Durée / Soins de Suite et de Réadaptation.

3.3. Un programme « Bien vieillir avec des dents » - horizon 2040.

Les propositions présentées dans ce chapitre s'appuient :

- Sur des actions internationales en faveur de la prévention et du parcours de soins des personnes âgées à partir de 65 ans qu'elles soient en institution ou non. Celles-ci sont développées dans la première partie du chapitre 3.1.1.
- Sur des expérimentations, réalisées en France grâce à des financements publics, qui ne sont pas encore incluses dans le financement par l'Assurance maladie dans le droit commun. Elles sont développées dans le chapitre 3.1.2. et elles sont évaluées ou en cours d'évaluation.
- Sur les recommandations internationales et nationales développées dans le chapitre 3.1.3., par les institutions, les sociétés savantes et les associations sensibilisées par les problématiques du grand âge qu'elles soient générales ou bucco-dentaires.
- Sur les problématiques soulevées dans la deuxième partie du chapitre 3 sur les changements récents initiés dans le PLFSS 2024, l'application de la nouvelle convention dentaire à partir de février 2024 et certaines lois en lien avec l'exercice en santé bucco-dentaire et le vieillissement (déjà entérinées ou en discussion).
- Sur mon expérience en tant que praticien qualifié en Médecine Bucco-Dentaire et mon exercice en établissement de santé centré sur le patient présentant un handicap, le patient malade et/ou la personne âgée dépendante ou non.

Le travail de proposition ne pouvait se faire sérieusement sans interroger les acteurs sensibilisés par la problématique du « bien vieillir avec des dents ». Ils ont été contactés progressivement dès février 2023 (**Annexe 5**). Les demandes de positionnement et/ou d'entretiens ont été renouvelées au gré des réponses et des passages de relais dans les associations et les institutions.

Le but de ces échanges était :

- De recueillir les actions qu'ils ont pu mettre en place du fait de leur positionnement en lien avec la santé bucco-dentaire chez la personne âgée.

- D'écouter leurs propositions en lien avec leur expérience de terrain.
- D'établir un dialogue avec les institutions sensibilisées au sujet de la santé bucco-dentaire des personnes âgées mais dans l'application théorique des mesures et pourquoi pas déclencher une réflexion sur de nouvelles actions

Un cadrage de l'entretien a été réalisé selon plusieurs grands thèmes développés dans les propositions.

Les intervenants sont mentionnés dans l'**Annexe 6**.

Les propositions sont regroupées par grands axes. Les **fiches actions détaillées sont consultables en page 106**. Elles reprennent les institutions concernées, les problématiques à résoudre, les exemples sur lesquels s'appuyer, les propositions, les bénéfices attendus, l'impact économique et la mise en œuvre.

1. La formation initiale et la formation continue des chirurgiens-dentistes.

Fiche action – axe 1 – Page 106.

La formation initiale permet une sensibilisation aux actes de prévention et à la prise en charge des personnes âgées pouvant présenter une maladie et/ou un handicap. En complément, la spécialisation et la formation continue permettent de hiérarchiser l'accompagnement dans le soin.

PROPOSITION 1 :

Intégrer des vacations de dépistages dans les stages cliniques des étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} années, dans les structures accueillant des personnes âgées ; sous la responsabilité d'un enseignant, d'un interne, d'un étudiant de 6^{ème} année ou d'un praticien libéral sous forme de maître de stage. Des actes de prévention simples comme le détartrage pourraient être effectués par les étudiants au sein des structures équipées (axe 3 – propositions 13 et 14). La rémunération de l'encadrant devra être une option pour les praticiens libéraux. Le financement d'un bilan dentaire spécifique à l'entrée d'un Etablissement Médico-Social (EMS) par l'Assurance maladie dans la nouvelle convention dentaire permettra de faciliter cette action (convention type, financement...).

PROPOSITION 2 :

Doubler le nombre de praticiens hospitaliers intégrés dans les établissements de santé (hypothèse mentionnée dans la mission Flash). Les internes De Médecine Orale Adaptée (MOA) et des étudiants assisteront ces praticiens spécialisés. Les équipes de soins pourraient être réparties dans les structures de proximité décrites dans l'axe 4 – proposition 14.

PROPOSITION 3 :

Permettre de valoriser financièrement la spécialité MOA y compris dans le cadre de la pratique libérale (voir les autres propositions) afin :

- D'attirer étudiants et chirurgiens-dentistes dans cette spécialité
- De favoriser le « aller vers »
- De permettre le développement de réseaux de chirurgiens-dentistes prenant en charge des personnes âgées.

PROPOSITION 4 :

Référencer l'ensemble des formations courtes et les formations longues à disposition des chirurgiens-dentistes, concernant les publics spécifiques et en particulier des personnes âgées. Le Conseil National Professionnel de Médecine Bucco-Dentaire¹⁰² a toute la légitimité pour le faire.

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

Fiche action – axe 2 – P 109.

La santé bucco-dentaire n'est pas évaluée (ou rarement) lors des événements de vie de la personne âgée. Les bilans, les hospitalisations, la réadaptation ou l'accueil en institution doivent permettre de détecter les maladies de la sphère bucco-faciale pouvant être des cofacteurs des pathologies générales ou de la malnutrition.

¹⁰² Conseil National Professionnel de Médecine Bucco-Dentaire ou Médecine Orale Adaptée : <https://cnpmbd.fr/> (page consultée le 27/11/2023).

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 y compris pour devenir médecin coordonnateur. 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 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).

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...

3. La prévention bucco-dentaire à tous les âges.

Fiche action – axe 3 – Page 112.

La prévention bucco-dentaire doit être développée à tous les âges afin qu'il y ait un vrai bénéfice pour les personnes âgées. Les mesures de la dernière convention nationale des chirurgiens-dentistes vont dans le bon sens mais elles ne seront visibles pour la personne âgée que dans 50 à 70 ans (2070 - 2090).

PROPOSITION 9 :

Créer sur le modèle du bilan prévention inscrit dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, un bilan prévention bucco-dentaire à des âges définis comme clés, afin de prévenir la maladie carieuse mais aussi les maladies parodontales. Ce bilan, plus complet qu'une consultation annuelle, pourrait être proposé dans les mêmes âges clés que le bilan prévention afin d'avoir une vraie synergie. Il pourrait se décliner en :

- Examen bucco-dentaire simple (sans radiographie) chez les 3-24 ans et l'âge clé 45 – 50 ans sans facteur de risque. La base financière serait de 40€.
- Examen bucco-dentaire complexe pour l'âge clé compris entre 45 et 50 ans avec facteurs de risque de maladie parodontale (fumeur, parents atteints, ALD...). La base financière serait de 50€.
- Examen bucco-dentaire complexe pour les patients dans les âges clés 60-65 ans et 75 ans (et ensuite tous les 5 ans). La base financière serait de 50€.

PROPOSITION 10 :

Maintenir la prise en charge à 100% par l'assurance maladie pour ces actes de prévention :

- L'examen bucco-dentaire chez les 3-24 ans tous les ans,
- le bilan dentaire spécifique à l'entrée des Etablissements et Services Médico-Sociaux.
- Le bilan parodontal pour les patients en ALD (modalités définies dans la convention).
- Le bilan prévention bucco-dentaire à des âges clés de la vie (3-24 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et au-delà de 75 ans).

Les soins seraient pris en charge dans le cadre de la clef de répartition Assurance maladie – assurance complémentaire c'est-à-dire 60-40.

PROPOSITION 11 :

Former les chirurgiens-dentistes sur les prises en charge financières possibles pour des patients n'ayant ni de mutuelles, ni la CSS (souvent dans le cadre d'un non-recours aux prestations sociales). Un interlocuteur de l'Assurance maladie par département pourrait être un relais afin de fournir une assistance administrative au patient pour l'informer et garantir ses droits (adhésion à une assurance complémentaire, CSS, aides financières individuelles au sein des Caisses Primaires d'Assurance Maladie...). Les médiateurs de santé pourraient avoir cette mission complémentaire.

PROPOSITION 12 :

Renforcer la communication et l'information des parents et des enfants en situation précaire. Cela passe par des actions dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les associations, les services sociaux, les résidences seniors et les foyers de personne âgée... Le « aller-vers » ne doit pas se cantonner qu'aux établissements médico-sociaux. Les médico-bus déployés dans chaque département doivent pouvoir intégrer un chirurgien-dentiste et la télémédecine bucco-dentaire doit être proposée dans les structures collectives comme les EHPAD.

Ces actions de communication doivent être massives sur une période donnée afin d'avoir une visibilité importante.

4. L'accès aux soins.

Fiche action – axe 4 – Page 116.

Un parcours de soins de la personne âgée en lien avec son degré de dépendance, sa maladie et son handicap doit être proposé. Il ne sert pas à grand-chose de dépister si le patient ne peut être soulagé. C'est la hiérarchisation de la prise en charge.

PROPOSITION 13 :

Financer, par les ARS ou la CNAM, une aide à l'investissement de cabinets mobiles ou spécialisés ; libéraux, associatifs ou issus d'établissements de santé. Cette aide pourrait être calquée sur l'aide à l'installation dans les zones très sous-dotées de la nouvelle convention dentaire. Il convient de définir un temps d'exercice minimum sous forme de critères de prise en charge de patients dépendants, permettant de débloquer l'aide répartie à l'installation et lors de la 3^{ème} année après celle-ci.

PROPOSITION 14 :

Développer des unités dentaires de proximité au sein de centres hospitaliers ou d'établissements médicosociaux permettant une prise en charge territoriale des patients ne pouvant être pris en charge par un chirurgien-dentiste en premier recours. Ces cabinets dentaires doivent être adaptés à la perte d'autonomie en pouvant accueillir des brancards, fauteuils... Cette action doit se faire en parallèle du recrutement de praticiens hospitaliers et du renforcement de la spécialisation en Médecine Orale Adaptée (MOA).

PROPOSITION 15 :

Favoriser les initiatives :

- En simplifiant les conventions d'exercices à l'extérieur du cabinet du chirurgien-dentiste,
- En communiquant sur la possibilité d'utiliser les transports sanitaires,
- En étendant et en précisant l'application des suppléments dits « handicaps » prévus dans la convention dentaire pour les personnes âgées malades et/ou fortement handicapées.
- En réformant la limitation du nombre d'exercice.

L'ensemble des structures institutionnelles que ce soit la CNAM ou l'ONCD doivent s'adapter aux conséquences du vieillissement et à la volonté d'« aller-vers ».

5. La formation du personnel soignant et l'information des patients.

Fiche action – axe 5 – Page 119.

Les soignants jouent un rôle important de surveillance du patient hospitalité ou du résident. Ils doivent pour cela être sensibilisés à l'hygiène bucco-dentaire et convaincus de l'importance des soins chez la personne âgée.

PROPOSITION 16 :

Uniformiser la formation initiale concernant la santé bucco-dentaire, réalisée au sein des structures de formation :

- Des Agents de Service Hospitalier (ASH) pouvant intervenir dans le cadre de la perte des appareils par exemple.
- Des aides-soignantes.
- Des infirmières.
- Mais aussi des orthophonistes (intervenant au sein des EHPAD), des kinésithérapeutes ...

PROPOSITION 17 :

Nommer un référent hygiène bucco-dentaire parmi les soignants ayant pour mission :

- D'établir un plan d'action sur l'hygiène bucco-dentaire dans le service à orientation gériatrique ou dans l'établissement médico-social. Le plan d'action pourrait être écrit et réalisé dans le cadre de la formation longue présentée dans la proposition 18.
- D'informer les nouveaux soignants, des protocoles mis en place dans la structure.
- D'accompagner les patients ou résidents sur l'hygiène bucco-dentaire.

Le temps alloué à cette mission serait partiel.

PROPOSITION 18 :

Obliger les structures médico-sociales et sanitaires (EHPAD, filières gériatriques, Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), service d'aide à la personne) à proposer au personnel soignant, des formations sur la santé et l'hygiène bucco-dentaire, sur une journée tous les 4 ans avec un rappel de

séance courte (2H) tous les 2ans. Cette formation longue pourrait être effectuée par un chirurgien-dentiste libéral ou des structures de formations dans le cadre d'un agrément sur le modèle de l'AFGSU¹⁰³. La formation courte pourrait être effectuée par le référent santé bucco-dentaire désigné et formé lors de la formation longue.

PROPOSITION 19 :

Informier et former les personnes âgées lors du dépistage prévention, proposé dans l'axe 3, sur l'importance de la prévention et de l'hygiène bucco-dentaire. Une formation simplifiée pourrait être proposée dans le cadre des foyers résidences ou foyer clubs de personnes âgées en lien avec les collectivités et les organismes gestionnaires. Ces formations pourraient être ouvertes aux aidants familiaux.

6. Un accompagnement renforcé des soins bucco-dentaires de la personne âgée.

Fiche action – axe 6 – Page 124.

Des actions simples permettraient de motiver les personnes âgées à la prévention même au-delà de 75 ans et faciliteraient leur confort de vie. L'assistante de niveau 2 pourrait être intégrée à la mission de service public en lien avec la prévention.

PROPOSITION 20 :

Imposer le marquage avec un référentiel national, à l'ensemble des appareils dentaires mobiles (Dispositifs Médicaux sur Mesure) fabriqués et réparés à partir de 2025. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été saisie sur ce point, et elle est prête à évaluer les solutions les plus adaptées, garantissant le secret médical.

PROPOSITION 21 :

Proposer à partir de l'âge de 75 ans, une aide complémentaire de l'Assurance maladie sur des actes bucco-dentaires non remboursés actuellement. Cette aide pourrait être en lien avec des visites régulières

¹⁰³ Attestation de Formation aux gestes et soins d'Urgence.

chez le chirurgien-dentiste. Elle pourrait être ciblée sur l'implantologie dans le cas d'un édentement complet.

PROPOSITION 22 :

Permettre à l'assistante de niveau 2, de pratiquer des dépistages dans les Etablissements Médico-Sociaux en l'absence du chirurgien-dentiste mais sous sa responsabilité ou celle de la structure d'exercice. Les décrets d'application, en cours de rédaction, pourraient intégrer cette possibilité.

7. Une profession et des actions visibles.

Fiche action – axe 7 – Page 127.

La profession de chirurgien-dentiste est peu comprise par les pouvoirs publics. Pour construire une vraie politique de prévention et de prise en charge, il est important de bien connaître ce sujet.

PROPOSITION 23 :

Recruter au sein du ministère de la Santé et de la Prévention, un chirurgien-dentiste ayant pour seule mission la santé bucco-dentaire mais de manière transversale que ce soit en lien avec le ministère des solidarités et des familles, la DGOS¹⁰⁴, la DGCS¹⁰⁰, l'Assurance maladie, les chirurgiens-dentistes des ARS et les organisations représentant la profession.

PROPOSITION 24 :

Recruter un chirurgien-dentiste dans chacune des ARS, ayant une mission transversale de territoire et de directions afin d'établir une politique régionale de santé bucco-dentaire. Celle-ci se ferait en lien avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), les collectivités locales et le ministère de tutelle.

PROPOSITION 25 :

S'assurer que dans l'ensemble des plans proposés (plans régionaux de santé, plan « bien vieillir »), les actions en faveur de la santé bucco-dentaire ne soient pas diluées dans d'autres actions ou différents

¹⁰⁴ Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS).

publics. Un volet/ chapitre bucco-dentaire permettrait d'avoir une vision globale des actions réalisées, des actions évaluées et des actions futures.

Les échanges ont été nombreux et fournis. Ces 25 propositions ont été sélectionnées en lien avec l'urgence constatée dans les cabinets dentaires ou les structures sanitaires et médico-sociales. Un autre critère correspond à la facilité de mise en œuvre, dans un cadre de progressivité.

D'autres pistes ont été évoquées et pourraient être travaillées dans le cadre d'une mission plus précise :

- Désigner un chirurgien-dentiste traitant dans le cadre d'un contrat de soins qui responsabilise le patient et le praticien. Cette proposition pourrait se caractériser par une « obligation du patient » à consulter régulièrement afin de maximiser les mesures préventives et une « obligation du praticien » à recevoir le patient pour des urgences bucco-dentaires dans un délais restreint.
- Désigner un chirurgien-dentiste coordonnateur en EHPAD ayant pour mission de dépister les résidents et de mettre en place des protocoles d'hygiène. Il pourrait être rémunéré en tant que salarié de la structure à temps partiel.
- Former les assistantes sociales, les salariés des Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS), les tutelles, les visiteurs et les associations de personnes âgées à la prise en charge de la prévention et des soins dentaires afin d'orienter au mieux les patients demandeurs d'informations.
- Evaluer les politiques publiques, évaluer les besoins de soins, obtenir des données chiffrées permettant de comparer...

Conclusion et avis personnel.

« L'alimentation peu appétissante en institution n'est pas la cause de la malnutrition, c'est très souvent la conséquence d'une mauvaise santé bucco-dentaire ». Patrick BAUDOT.

Je pense qu'il est important de calquer la politique de prévention sur celle de la lutte contre le tabagisme. Celle-ci passe aussi bien par des consultations dédiées, un accompagnement, des solutions de substitution, une communication choc et une formation des soignants en vue de réduire les pathologies en lien avec le tabagisme [2]. La nutrition étant actuellement un point important des programmes de prévention en particulier chez la personne âgée, il me semble important d'inclure la santé bucco-dentaire en première intention dans les messages. Tous les bénéfices d'une nourriture saine, non transformée, passe par une dentition efficace (une denture est le terme exact pour les professionnels).

Il convient d'expliquer et de convaincre que tout comme de nombreuses maladies chroniques, la douleur dans la sphère oro-faciale caractérise une consultation trop tardive pouvant entraîner des pathologies générales. D'ailleurs une partie du traitement de la maladie parodontale s'apparente à l'éducation thérapeutique du patient.

Je propose un plan d'action global mené en lien avec la CNAM, le ministère de la santé et de la Prévention, le ministère des Solidarités et des Familles, les assurances complémentaires et la profession se caractérisant par :

- Une communication simple et claire : **20 / 80 / 85 à l'horizon 2040** pour : **20** dents au minimum pour **80%** de la population de **85** ans en 25 propositions. Cette action serait une déclinaison du programme « bien vieillir » avec une accroche « bien vieillir avec des dents ».
- Des formations uniformisées du personnel soignant sur la santé bucco-dentaire ; de la formation initiale à la formation continue.
- Une sensibilisation du chirurgien-dentiste et de ses collaborateurs sur une hiérarchisation des compétences et des prises en charge.

- Une responsabilisation des Français sur la santé bucco-dentaire et les liens avec les pathologies et handicaps connus tout au long de la vie en particulier avec le vieillissement.
- Des consultations prises en charge à 100% par l'Assurance maladie à des âges clés avec des orientations ciblées permettant de toucher l'ensemble de la population y compris les personnes privées d'assurances complémentaires ou de la solidarité nationale.
- Des actions simples applicables rapidement comme le marquage des appareils dentaires, la désignation d'un référent bucco-dentaire dans les établissements médico-sociaux, l'uniformisation des protocoles d'hygiène bucco-dentaires dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux...

Ces actions de prévention n'ont de sens que si une vraie politique de prises en charge des soins en particulier pour les personnes les plus fragiles et les personnes âgées dépendantes est conduite :

- Permettre une prise en charge dans des structures adaptées en lien avec la hiérarchisation des compétences.
- Intégrer le chirurgien-dentiste et ses collaborateurs dans les équipes médicales et paramédicales des établissements hospitaliers et médico-sociaux.
- Inclure le patient âgé et son entourage dans les soins afin qu'ils se sentent concernés.

L'évolution de la profession peut répondre à ces objectifs dans les prochaines années grâce à une augmentation conséquente du nombre de praticiens d'ici 2040, l'arrivée des assistantes de niveau 2 et la révolution technique facilitant certaines pratiques. J'espère que les représentants de la profession seront pro-actifs et que les spécialisations non reconnues, permettant de contourner des tarifs imposés à la profession bien inférieurs à la réalité économique d'un exercice en omni-pratique, ne mettront pas à mal cette opportunité de « bien vieillir avec des dents ».

CONCLUSION GENERALE.

Le programme « bien vieillir avec des dents » que je propose s'appuie sur 3 axes :

- La prévention.
- La possibilité de réaliser les soins (l'accès aux soins).
- Les soins et les traitements curatifs.

La politique de prévention en santé bucco-dentaire fait des avancées timides au fur et à mesure des conventions nationales dentaires. Elle devrait faire l'objet d'un investissement massif à tous les âges afin de prévenir la dégradation constatée lors du vieillissement. Ainsi les bilans proposés dès l'âge de 3 ans auront un impact sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées dans 50 à 70 ans. La baisse de la prise en charge de l'Assurance maladie, passant de 100% à une participation du patient (40% ?), risque d'exclure des populations fragiles qui n'ont pas accès aux assurances complémentaires (cotisations trop élevées et non recours aux prestations sociales). Les bilans santé à des âges définis (45 ans et 65 ans) n'incluent pas la santé bucco-dentaire et il existe peu d'incitations à réaliser des bilans bucco-dentaires dans les évaluations cognitives ou médicales des personnes âgées. La « consolation » vient d'une consultation à l'entrée de l'EHPAD intervenant trop tardivement et dont la réalisation semble hasardeuse pour l'instant.

Le programme « bien vieillir avec des dents » s'appuie sur les recommandations, les actions de terrain et les politiques testées dans d'autres pays ayant fait leurs preuves depuis plus de 10 ans (Japon...). Il conviendra de suivre la politique initiée en 2024 par le Canada. L'état fédéral a décidé d'investir massivement sur la prévention et les soins des enfants et des personnes âgées à partir de 65 ans.

Une programmation financière doit être proposée sur une dizaine d'année simultanément avec :

- L'augmentation du nombre de praticiens.
- La valorisation des chirurgiens-dentistes formés à l'accompagnement des plus fragiles.
- L'arrivée des assistantes de niveau 2.

- La sensibilisation des patients à tous les âges et la sensibilisation des aidants familiaux.

Le terme « prévention », accolé au titre « ministère de la santé » pourrait alors pleinement se justifier. L'investissement financier proposé dans ces actions doit permettre de minimiser les effets du vieillissement sur la santé bucco-dentaire. Il y aura non seulement un impact médical permettant de reculer la dépendance se transformant en impact financier mais aussi un impact sur le bien-être des populations âgées en lien avec la nutrition et l'estime de soi.

ANNEXES.

Annexe 1 : Exemple d'appel à projet sur la prévention dans les EHPAD.

Appel à projets / candidatures / manifestation d'intérêt 

Appel à candidature 2023 - Actions de prévention en EHPAD en Nouvelle-Aquitaine : santé bucco-dentaire, dénutrition, iatrogénie médicamenteuse

Médico-social

Environnement, santé publique et prévention

Grand âge

 Autoriser

 Autoriser

 Autoriser



11 juillet 2023



En cours



L'enjeu principal de cet appel à candidature est d'offrir aux EHPAD la possibilité de développer et de proposer des programmes de prévention de la perte d'autonomie adaptés aux personnes âgées du territoire, afin de retarder la survenue de la perte d'autonomie. En 2023, 3 thématiques prioritaires : la dénutrition, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la santé buccodentaires.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a inscrit l'objectif de **prévenir la perte d'autonomie liée à l'âge** dans son projet régional de santé 2018 – 2028, suite à l'impulsion donnée notamment par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement des personnes.

L'enjeu de cet appel à candidatures est de permettre aux EHPAD de développer des actions de prévention et de promotion de la santé, prioritairement collectives, pouvant s'inscrire dans un programme, destinées aux résidents, ouvertes aux personnes âgées résidant à domicile accompagnées par l'EHPAD le cas échéant, mutualisées entre plusieurs établissements.

Ces actions doivent viser à **informer, sensibiliser, modifier des comportements individuels, en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie des personnes de plus de 60 ans** en institution. Il s'agit aussi de favoriser des projets avec une **ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur**.

La réalisation de ces actions ne doit pas seulement être ponctuelle mais doit s'inscrire dans une véritable **démarche continue** impliquant l'ensemble des parties prenantes de l'établissement (résident-famille-personnel). Cette mobilisation est attendue au stade de la programmation, de sa mise en œuvre mais également de son évaluation dans une logique de co-construction.

L'expérience acquise par les EHPAD à travers les actions organisées et financées dans le cadre notamment des EHPAD centres ressources et des pôles ressources de proximité peut être valorisée.


Pour 2023, il a été décidé de resserrer le financement des actions en faveur de **trois thématiques prioritaires** qui créent de **véritables synergies** entre elles et contribuent très largement à la prévention de la perte d'autonomie :

- la dénutrition
- la iatrogénie médicamenteuse
- la santé buccodentaire

La prévention du risque de chutes par l'activité physique adaptée fait l'objet d'un appel à candidature, actuellement en cours, dédié à cette seule thématique.



Date limite : 11 septembre

[Site démarches simplifiées - Dossier de candidature AAC actions de prévention en EHPAD](#) 

Annexe 2 : Le fonctionnement de la TéléMédecine Bucco-Dentaire (TMBD).

1. Le personnel soignant requérant (médecin, infirmier(e)) remplit le dossier administratif, le dossier médical et requiert l'autorisation du patient afin de pratiquer un acte de TMBD. La télémedecine fait appel à une plateforme (ex Pulsy¹⁰⁵ pour le Grand-Est).



le logiciel COVOTEM / Pulsy



1.1 Ouverture du logiciel en mettant les identifiants, le mot de passe et l'espace de collaboration.



1.2 Lancement du logiciel et page d'accueil. Cliquer sur nouveau patient pour lancer un dossier.

14

2. Un(e) infirmier(e), formée, réalise des photographies à l'intérieur de la bouche du patient avec une caméra intra-orale (Dispositif Médical).



2.1 caméra intra-orale.



2.2. Une infirmière prend des photos de la bouche du patient.

3. Le Chirurgien-dentiste requis analyse le dossier médical du patient et les images en direct ou en vision décalée dans le temps. Il réalise un compte rendu, déposé sur la plateforme, permettant d'orienter le patient au niveau de l'hygiène et les soins à pratiquer (urgence ou non).

Dr BAUDOT Patrick, Chirurgien-Dentiste
 Adresse Internet des Régions de Nancy - Attribution d'Adresse Approuvée.
 Appointé au sein de l'Institut de Santé Publique de Nancy - Institut de Santé Publique de Nancy
 Appointé au sein de l'Institut de Santé Publique de Nancy
 Appointé au sein de l'Institut de Santé Publique de Nancy
 Appointé au sein de l'Institut de Santé Publique de Nancy
 Appointé au sein de l'Institut de Santé Publique de Nancy
 Appointé au sein de l'Institut de Santé Publique de Nancy

Numéro RPPS : 18000752688
 Numéro Siret : 42940920800029

RAPPORT CONSULTATION TELEMEDECINE

Date de la demande de la consultation : 02/03/2023

Date de l'expertise : 05/03/2023

Structure : USLD CHRU

Patient : A..... Y.....

Date de naissance : 10/12/1941

Objet : Urgence Bucco-dentaire

ANTECEDENTS MEDICAUX / SOINS DENTAIRE :

- SEP (soinage peu efficace).
- Anale onco/hématologique (soinage).
- Neurodépresseurs (absence de sévères).

ANALYSE :

- Préférence de tartre en petite quantité.
- Caries.
- Mobilité parodontale absolue (perte d'os et de gencive en quantité importante).
- Mobilité importante de bridge sup gauche (désordre mécanique).
- Vérification 3° (RX) 1,2 ?

RECOMMANDATIONS :

- Extraction en urgence du bridge (problème mécanique à l'appui) et risques infectieux.
- Contrôle radiologique des autres dents et détartrage / vérification mobilité.

REMARQUES en lien avec la prise de photo :

- Inversion des zones ce qui me fait dire être double sur le mandibule des dents à prendre en charge.



Exemples de photos permettant de faire un diagnostic (Brossage, tartre, dents à l'état de racine infectées).

Adresse OHS :
 Centre de santé - Cabinet dentaire, 46 rue de Sapey Parc 54630 Flérogny sur Moselle
 Courriel : general_baudot@ohs.fr
 Courriel : baudot@ohs.fr
 Courriel : baudot@ohs.fr
 Courriel : baudot@ohs.fr

¹⁰⁵ Site internet de Pulsy : <https://www.pulsy.fr/portail/> (page consultée le 11/12/2023).

Annexe 3 : Lettre de cadrage du ministre de la Santé et de la Prévention en vue des négociations.



Le Ministre

Paris, le 28 mars 2023

Nos Réf. : FB/RB D-23-006824

Monsieur le Directeur général,

Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années dans l'accès aux soins et la santé bucco-dentaire de la population grâce à la convention nationale signée en 2018 qui a permis de mettre en place le dispositif 100% santé dentaire avec un plafonnement progressif des tarifs des soins prothétiques, une revalorisation importante des soins conservateurs, des mesures pour favoriser l'accès aux soins des patients fragiles notamment en situation de handicap et un renforcement des dispositifs de prévention bucco-dentaire.

La part du panier 100% santé dentaire sans reste à charge pour le patient est désormais, selon les derniers bilans du déploiement du dispositif, supérieur à l'objectif fixé par la convention. Par ailleurs, le nombre de patients ayant eu recours à un acte prothétique dentaire, quel que soit le panier de soins, a augmenté de plus de 10 % entre 2019 et 2021.

Toutefois, l'objectif d'une plus grande part des soins de prévention n'a pas encore été atteint. De plus, le bilan de la convention actuelle met en lumière un recul de l'accès aux soins dentaires dans certains territoires ou pour certains publics.

C'est pourquoi cette nouvelle convention doit, dans la continuité des mesures mises en place par la précédente convention, poursuivre le changement d'une approche curative à une approche préventive des soins dentaires. L'amélioration durable de la santé bucco-dentaire de nos concitoyens ne passera que par un renforcement de la prévention et des soins conservateurs et un usage plus juste des soins prothétiques et implantaires.

Je souhaite que la prochaine négociation avec les représentants des chirurgiens-dentistes libéraux s'articule autour des 4 priorités suivantes.

Le premier objectif sera de renforcer la prévention bucco-dentaire. Le développement des techniques de prévention de la maladie carieuse et des maladies parodontales doit être accompagné afin d'inciter les professionnels à suivre davantage les recommandations scientifiques. Une attention particulière devra être portée aux publics les plus jeunes. Il vous reviendra également d'envisager, avec les professionnels, des mesures susceptibles d'assurer un suivi bucco-dentaire plus régulier de la population permettant de prévenir le recours aux actes prothétiques et implantaires.

M. Thomas FATOME
Directeur général de l'UNCAM
50, avenue du Professeur André Lemierre
75986 Paris Cedex 20

Tel : 01 40 58 80 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rapd-cab@ddc-social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Le deuxième objectif est de garantir un égal accès à des soins dentaires de qualité sur l'ensemble du territoire. L'accès à un chirurgien-dentiste devra être amélioré en particulier dans les zones rurales et certaines zones périphériques des villes au sein desquelles nos concitoyens rencontrent des difficultés d'accès croissantes aux soins dentaires. Les partenaires conventionnels devront favoriser les actions « d'aller vers » en faveur des publics résidant dans ces zones, en s'inspirant de certaines expérimentations actuellement menées sur le territoire. Pour concrétiser les annonces du Président de la République du 6 janvier dernier, les partenaires conventionnels pourront examiner les modalités pour renforcer la participation des chirurgiens-dentistes à la permanence des soins ambulatoires en lien avec les CPTS et les SAS. Vous pourrez aussi accompagner, une fois le cadre légal et réglementaire défini, le déploiement des assistants dentaires de niveau 2, afin de libérer du temps médical. De plus, il conviendra d'inscrire la pertinence des soins au cœur des pratiques professionnelles et la convention devra prévoir les moyens de favoriser le bon usage des produits de santé en particulier des antibiotiques et des antidouleurs. Je souhaiterais également que vous puissiez poursuivre les discussions engagées avec la profession sur la télésanté et le numérique en santé. Enfin, les enjeux de la transition écologique du système de santé ainsi que la prise en compte de l'environnement comme déterminant majeur de la santé devront également constituer un axe de travail pour les partenaires conventionnels et aboutir à des mesures concrètes.

Le troisième objectif porte sur l'évolution des conditions de prise en charge des actes bucco-dentaires et du dispositif 100% santé. L'activité des chirurgiens-dentistes doit se tourner vers davantage de soins conservateurs et nécessite de faire évoluer les conditions de prises en charge de certains actes, d'étudier la prise en charge de nouveaux actes et de réfléchir aux leviers permettant d'atteindre cet objectif de rééquilibrage. Le dispositif 100% santé dentaire et les différents paniers mis en place dans le cadre de la dernière convention devront également être adaptés au regard de l'évolution de la pratique des chirurgiens-dentistes et du développement de nouvelles techniques. De plus, pour lutter contre le renoncement aux soins, je souhaiterais que vous puissiez engager des discussions permettant de limiter les restes à charge pour les familles dans le domaine de l'orthodontie. Des travaux préalables pourraient ainsi être menés afin d'actualiser la nomenclature sur ces actes pour en améliorer la traçabilité.

Le quatrième et dernier objectif porte sur la prise en charge des publics fragiles. Je souhaiterais que les partenaires conventionnels mettent en place des actions visant à favoriser la prise en charge des publics qui connaissent des difficultés pour accéder à des chirurgiens-dentistes ou dont le suivi doit être particulièrement renforcé. Je pense notamment aux enfants, aux patients atteints de maladies rares à répercussion bucco-dentaire, ou encore aux personnes âgées dépendantes. Il conviendra également de poursuivre et de renforcer les mesures mises en place en faveur des personnes en situation de handicap.

La négociation sera menée en étroite collaboration avec les représentants des organismes complémentaires au travers de l'UNOCAM. Vous consulterez également les représentants des usagers afin de toujours privilégier la réponse aux besoins de soins.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de ma considération distinguée.



François BRAUN

Annexe 4 : Contributions concernant la nouvelle convention sur le renforcement de la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées (Juin 2023) à la suite d'un entretien avec la CNAM, du 29 juin 2023.

Dr BAUDOT Patrick, Chirurgien-Dentiste

- Ancien interne des Hôpitaux de Nancy – Attestation d'Etudes Approfondies.
 - Ancien assistant hospitalo-universitaire.
 - Expert judiciaire auprès de la cour d'Appel de Nancy.
 - Expert auprès du Tribunal Administratif de Nancy.
 - Qualifications en Médecine Bucco-Dentaire.
 - Liste des Diplômes Universitaires obtenus sur : <https://www.linkedin.com/in/patrick-baudot-10556416a/>

Remarques suite a conversation sur les dispositifs santé bucco-dentaire en EHPAD avec la CNAM (Mme PINON).

Ces remarques sont basées sur mon expérience de terrain mais aussi le travail que je fais dans le cadre de Sciences Po Paris.

1. Propositions de la CNAM / Idées à mettre en place- adaptation au terrain.

1.1. La consultation à l'entrée (à étendre à la consultation gériatrique / structures médico-sociales) :

- Penser que plus que 10% des retraités n'ont pas de mutuelles¹.
- Penser que certaines structures ne sont pas en possession de la carte vitale et la carte mutuelle. Le praticien ne pourra pas « courir » après les papiers car c'est compliqué.
- Penser que 20 à 30% des patients ont des troubles cognitifs et/ou sont sous tutelle.

Il conviendrait donc pour ne pas avoir d'échec sur la mise en place :

- Que cette consultation soit obligatoire à l'entrée de l'EHPAD sinon elle ne sera faite que partiellement (et éviter l'obligation administrative d'informer une tutelle). Le patient pourra bien sûr s'opposer à cette consultation.
- Qu'elle soit prise en charge totalement par la CPAM (pour éviter de démobiliser le praticien à récupérer les papiers pour se faire payer la consultation).
- Que dans la consultation, un compte-rendu soit obligatoire avec l'en-tête du chirurgien-dentiste (troubles cognitifs des personnes âgées et informations des familles).
- Qu'elle soit à la hauteur d'une consultation spécialisée (déplacement + consultation sur place + compte rendu).
- Qu'elle puisse se cumuler avec d'autres consultations bucco-dentaires dans une même séance dans le même établissement.

A voir avec le Ministère avec une gestion ARS en intégrant une dotation en lien avec les CEPOM (contrats d'objectifs) :

- La désignation obligatoire parmi le personnel de l'EHPAD d'une infirmière et d'une aide-soignante référente hygiène bucco-dentaire.
- La mise en place de formations tous les 2 ans faites par un chirurgien-dentiste du personnel soignant de l'EHPAD, rémunérées dans le cadre d'un budget alloué à l'établissement par les ARS.

Ces actions permettraient de respecter les recommandations HAS², les recommandations du défenseur des droits³ mais aussi l'obligation d'intégrer dans les CEPOM un plan de prévention bucco-dentaire⁴.

¹ <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-268-l-absence-de-couverture-par-une-complementaire-sante-en-france-en-2019.html>

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

³ <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-ehpad-num-29.04.21.pdf>

⁴ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

Dr BAUDOT Patrick, Chirurgien-Dentiste

- Ancien interne des Hôpitaux de Nancy – Attestation d'Etudes Approfondies.
 - Ancien assistant hospitalo-universitaire.
 - Expert judiciaire auprès de la cour d'Appel de Nancy.
 - Expert auprès du Tribunal Administratif de Nancy.
 - Qualifications en Médecine Bucco-Dentaire.
 - Liste des Diplômes Universitaires obtenus sur : <https://www.linkedin.com/in/patrick-baudot-10556416a/>

1.2. Une cotation « marquage des prothèses » :

- A mettre en place dès l'entrée dans les structures sanitaires (SSR / USLD / EHPAD / MAS / FAM...) si cela n'a pas été fait.
- Pouvant être cotée dès la réalisation de la prothèse (sous la forme d'une indication uniformisée).

1.3. Possibilité de facturer une consultation spécialisée allégée pour chaque résident des structures médico-sociales / an dans l'établissement.

1.4. Création d'un code de Téléconsultation dentaire sur critères (utilisation caméra intra-orale ?) intégrant l'analyse extemporanée et la rédaction d'un compte rendu. La cotation doit intégrer, la consultation et la rédaction du compte rendu et l'acte de passage de la caméra par le personnel soignant (ou assistante dentaire (niveau 2 ?), infirmière, aide-soignante par délégation de tâche). La formation au passage caméra du personnel par le chirurgien-dentiste doit faire l'objet d'un forfait.

2. Propositions à envisager pour éviter un état de délabrement dentaire en EHPAD ou en structures sanitaires (USLD / SSR...).

2.1 Une consultation renforcée à certains âges de la vie intégrant un bilan parodontal et un bilan radiologique avec rappel courrier sur le même type que le Bilan Bucco-Dentaire.

Les âges clés pourraient être tous les 10 ans de 30 à 60 ans puis tous les 5 ans à partir de 60 ans (ce qui n'enlève pas la recommandation de consultation tous les ans ou tous les 6 mois selon l'état général du patient et le programme de prévention au jeune âge).

Recours à un chirurgien-dentiste selon les classes d'âge en France (sources ONDPS).

	20-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus	Total
France entière	45,4 %	47 %	43,3 %	28,2 %	43,5 %

2.2 INTEGRER la possibilité pour les assistantes de niveau 2 de faire les dépistages dans les structures sanitaires et médico-sociales sous la responsabilité du chirurgien-dentiste.

Annexe 5 : Courrier envoyé pour les demandes d'entretien afin de cadrer les échanges.

BAUDOT Patrick
 10 Place Charles De Gaulle
 55200 COMMERCY
 Courriel : p.baudot@hotmail.fr
 Tel : 0608113016
 Présentation : <https://www.linkedin.com/in/patrick-baudot-16556416a/>
 Le 25/06/2023

Objet du courrier : Evaluation et proposition sur la prévention bucco-dentaire des personnes âgées.
 Cadre : Master Executive Sciences Po – Paris, Gestion et Politique de Santé.
 Encadrement : Dr F. BOURDILLON

Mr Emmanuel MACRON
 Président de la République Française
 55 rue du Faubourg Saint-Honoré
 75008 Paris

Monsieur le Président

Dans le cadre de mon master, j'ai proposé de consacrer mon mémoire à la prévention bucco-dentaire et au parcours de soin bucco-dentaire de la population à partir de l'âge du départ à la retraite.
 L'un des facteurs principaux de l'entrée en dépendance des personnes âgées est le risque nutritionnel. Celui-ci est fortement lié à un état bucco-dentaire dégradé (bibliographie) pouvant intervenir très tôt dans la vie du patient.

Certaines recommandations récentes, peu respectées jusqu'à maintenant, interviennent dans le cadre de l'entrée en institution de la personne âgée. C'est-à-dire trop tardivement. Un vrai travail intégrant les préventions (primaire, secondaire et tertiaire) peut être proposé par exemple :

- le rôle nutritionnel (image de soi),
- le rôle fonctionnel (respiration, mastication, déglutition...),
- et le rôle de protection de la salive orofaciale.

J'aimerais avoir un échange avec vous afin de vous poser quelques questions sur ce thème (actions de prévention à instaurer, données complètes) et d'avoir votre vision sur cette problématique récurrente liée au passage aux problématiques de l'institutionnalisation des personnes malades, âgées et/ou handicapées.

Il est souvent oublié que l'état bucco-dentaire des personnes âgées implique une maîtrise efficace ou ressentie chez plus de 50% des patients en institution, pour être améliorée par des mesures de prévention bien avant l'entrée en institution mais aussi lors de l'entrée en institution (différent hygiène bucco-dentaire, examen bucco-dentaire sur site tous les 6 mois, structures de santé bucco-dentaire référentes et spécialisées de soins bucco-dentaires). Cela évitant certaines situations que nous constatons chaque jour dans les structures (ANNEXE 3).

Vous remerciant par avance pour votre collaboration, je vous prie d'agréer Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Annexe 1 : Des situations rencontrées chez plus de 50% des patients en institution (EHPAD, FAM, FAS, USLD, SSR... et certains MAS) – attention ceci est la réalité, ne pas regarder à l'âme sensible.

Annexe 2 : Article Information Dentaire.

Annexe 3 : Fiche contact.

Retrouvez un article présentant la situation :

<https://www.information-dentaire.fr/actualites/statut-dentaire-et-mortalite-en-ehpad/>
<https://www.information-dentaire.fr/actualites/statut-dentaire-et-mortalite-en-ehpad/>
<https://www.information-dentaire.fr/actualites/statut-dentaire-et-mortalite-en-ehpad/>

Établissement d'Ébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, Foyer d'Accueil Médicalisé, Foyer d'Accueil Spécialisé, Unité de Soins de Longue Durée, Soins de Suite et de Réadaptation, Maison d'Oratoire Spécialisée...

Annexe 1 : Une situation non visible, entraînant de nombreuses douleurs, gênes et infections... Impliquant une nourriture mixée pourtant obligatoire.



Absence de brossage / présence de tartre empêchant un positionnement de la langue



Cavité avec inflammation très importante / appareil non adapté.



Dents cassées / absence de brossage empêchant une mastication normale et provoquant des blessures au niveau des lèvres.



Annexe 2 : Article Information Dentaire sur le sujet.

Lien :

<https://www.information-dentaire.fr/actualites/statut-dentaire-et-mortalite-en-ehpad/>



Questions à... Patrick Baudot

Chirurgien-dentiste, praticien à l'office d'Hygiène Sociale de Flavigny sur Moselle, qualifié HAS, titulaire des DU de prothèse de la personne âgée (L'imaginaire), d'éthique et prévention dans l'accompagnement de la personne âgée (Jyon), de télé-médecine (Besançon) et d'alimentation santé et micronutrition (Dijon).

Comment décrivez-vous la situation dentaire générale de résidents dans les Ehpad où vous intervenez en qualité de chirurgien-dentiste dans le cadre de différentes missions ?

Patrick Baudot : Les quelques études réalisées dans les Ehpad concernant la santé bucco-dentaire des résidents sont toutes dans le même sens, il y a un véritable problème de prise en charge et d'accès au brossage.

Deux études des régions régionales des caucans d'assurance maladie (Lycram) en 2003 et 2007-2013 relevaient que 5% des résidents avaient un besoin thérapeutique (soins et/ou prothèses) et une hygiène bucco-dentaire déficiente pour 40% des résidents. Le recours au chirurgien-dentiste demeure inférieur de 25% pour les personnes vivant en institution par rapport aux personnes vivant à domicile.

Pour ma part, en 2013, dans le cadre d'un premier travail de dépistage dans plusieurs structures accueillant des personnes âgées, j'ai pu constater à peu près la même tendance.

Je vous livre un tableau récapitulatif concernant deux appels à projet (AAP) lancés par l'Agence régionale de santé du Grand Est et le Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle en 2017 et en 2019-2020 pour lesquels ma structure a répondu (voir ci-dessous). Le constat reste le même depuis les premières études.

	PRÉSENCE		ABSENCE D'ACCÈS		PRÉSENCE D'ACCÈS		INDÉTERMINÉ		SÉVERITÉ MODÉRÉE	
	N	F	Sans intervention	Dépassage	Acceptable	À améliorer				
AAP Meurthe-et-Moselle	106	327	100	337	202	237	247	180	181	181
FRASE 1	24,1%	76,1%	40,1%	25,1%	47,1%	35,1%	57,1%	43,1%	43,1%	43,1%
TOTAL	130	423	104	122	208	284	384	147	181	181
AAP Grand Est	104	76,1%	38,1%	23,1%	43,1%	54,1%	72,1%	28,1%	32,1%	32,1%

Les tables à établir concernent des données cardés à intégrer sur le site d'Évaluation (pour un casuel en données brutes ne permettant pas de connaître l'âge général du patient). Les problèmes d'accès concernent les données d'accès, notamment à l'adresse d'habitation, l'absence d'équipement adéquat pour la mastication efficace. Le critère d'hygiène se définit en "accusé" et "à améliorer" (selon le patient, lui-même). La vérification buccale est un facteur aggravant des douleurs (lésion de la muqueuse ou de la denture) et des cas de "mastication régulière et sans interruption".

Quels liens entre santé et/ou statut dentaire, santé générale et bien-être de vos résidents avez-vous pu vous-même constater ?

Il existe plusieurs constats que ceux de soignants ou d'aidants connaissent :

- la personne âgée malade et/ou handicapée ne supporte pas la douleur comme les autres patients du fait du vieillissement des organes, de la prise de nombreux médicaments et de la présence d'autres pathologies plus visibles ;
- la douleur de la sphère oro-faciale se caractérise par un changement de comportement, la perte de l'envie de manger, un positionnement de la tête différent... et pas forcément par une douleur chronique ;
- la carie de la personne âgée est souvent particulière (les trigones de parodontite) car elle est favorisée par la dégradation parodontale, l'augmentation de la consommation de sucre (dentures papilles gustatives perturbées) et la baisse d'une salive quantitative et qualitative ;
- l'incapacité de se lever ou de se déplacer empêche le patient (souvent affaibli) et parfois pour sa famille.

De nombreuses maladies peuvent être en lien ou aggravées par un état bucco-dentaire défectueux comme les bronchopneumopathies chroniques, les infections orales ou génitales, les problèmes cardiovasculaires... La prévention passe par les dépistages réguliers et le rappel ou l'aide au brossage pour les patients qui en ont besoin. Justement où il n'est plus acceptable que l'on envisage aux infirmières ou aux aides soignantes de brosser les dents avec du Colgate car « ça dissout » le tartre.

Plus précisément, et sur la base de votre expérience personnelle, quelle importance accordez-vous à la réhabilitation prothétique des patients édentés et comment appréciez-vous son influence sur leur santé et qualité de vie ?

Je me souviens de passage d'un rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur le 5e séminaire en 2010, où les parlementaires s'inquiètent de la dégradation dans les Ehpad de l'état bucco-dentaire, d'une dégradation de la qualité générale, en favorisant l'échec de fruits et de produits du terroir sans mentionner la problématique de la sphère oro-faciale et l'abandon de la mastication. Pour manger des pommes de terre, il convient d'avoir un coefficient masticatoire suffisant. La prise en charge pour des problèmes d'édentement lorsque le patient est en institution, donc dépendant, est rarement le bon moment, car on va souvent à l'échec de la réalisation de prothèses complètes, les dépenses peuvent être conséquentes à effectuer. Cependant, il est important, si le patient a déjà des prothèses partielles ou complètes, qu'il n'en soit pas privé longtemps pour cause de régénération ou de réhabilitation. Il risque de s'habituer à la situation. Il est important d'éviter ce fameux passage de l'alimentation solide à l'alimentation mixée.

Quelles recommandations, que vous jugez objectivement applicables, formuleriez-vous pour une meilleure prise en compte de la santé dentaire en Ehpad ?

Il existe de nombreuses recommandations qui peuvent faire office d'obligations :

- les recommandations du HAS de 2016 amendent une intervention active des familles, des soignants et des éducateurs afin de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire. Le ministre a d'ailleurs rappelé en 2007 qu'elle faisait partie de l'hygiène globale ;
- les recommandations du comité interministériel pour la santé de 2018 obligent les Ehpad à intégrer la santé bucco-dentaire dans les projets d'établissement en formant le personnel soignant et en systématisant les consultations d'osté et de suivi les appuyant sur la téléconsultation ;
- le rapport du Défenseur des droits en 2021 rappelle les avis de 2018 et 2019 ;
- et toutes sortes de rapports, projets régionaux de santé, intentions de l'Ordre...

Dans de nombreuses régions, comme en Meurthe-et-Moselle, les ARS et les Conseils départementaux ont mis des moyens financiers pour répondre à ces objectifs, mais il conviendrait de poursuivre. Certains cabinets mobiles se sont développés ces derniers temps pour aller au plus près du patient (projet Fondation Elys dans l'Ouest, ou cabinet libéral mobile).

Je pense que la prévention est le point fondamental pour éviter les échecs futurs de prise en charge des patients lorsqu'ils sont en institution (au moins 20 à 50% des patients édentés sont soignés). Il doit y avoir un plan de prévention de la période d'entrée de départ à la retraite avec une consultation spécialisée tous les ans, un bilan parodontal par exemple tous les trois ans, la prise en charge d'implants pour la stabilisation des prothèses complètes... mais aussi une réévaluation de la qualification en médecine bucco-dentaire et la formation d'un personnel dédié à la prévention.

La prévention dentaire doit se faire à tous les stades de la prise en charge du patient âgé, par exemple lors des hospitalisations, lors des bilans gériatriques ou même de l'hospitalisation à domicile. La télé-médecine bucco-dentaire, comme le projet que nous développons avec le Dr Clément du CHRU de Nancy ou celui du Dr Guineau de Montpellier, très attendu, devrait nous aider à une meilleure prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée.

Objectif du mémoire :

1. Etablir les spécificités et les interactions du vieillissement sur la santé générale et la santé bucco-dentaire
2. Interroger les acteurs de la prévention et du soin de la personne âgée, sur le vieillissement de la sphère oro-faciale.
3. Proposer une démarche de prévention et un parcours de soin en lien avec les institutions et les financeurs, afin de prévenir le vieillissement et les pathologies de la sphère oro-faciale à partir d'un âge à définir.

Données actuelles en lien avec le vieillissement de la sphère oro-faciale :

1. La sphère oro-faciale, en particulier la bouche joue de nombreux rôles :
 - Un rôle social en lien avec l'esthétisme, la parole, le plaisir et l'image de soi
 - Un rôle vital en lien avec la mastication, la déglutition et parfois la respiration
 - Un rôle de protection en lien avec la barrière qu'elle représente entre l'extérieur et l'intérieur du corps
2. L'ensemble des structures (dents, gencives, glandes salivaires, langues, articulations...) subissent le vieillissement au même titre que les autres organes ce qui peut accélérer les maladies de la sphère oro-faciale et interagir avec la santé générale
3. Les pathologies générales et buccales sont liées et interagissent, ce qui peut accélérer la dépendance de la personne âgée (nutrition, interaction sociale...)
4. **La personne âgée ne caractérisera pas la douleur (qui est un signe d'alerte) comme une personne plus jeune en raison de multiples facteurs tels que les médicaments, le vieillissement des zones neurosensorielles, les troubles cognitifs... La prévention est le seul moyen d'anticiper un état buccal dégradé**

Recommandations actuelles concernant la santé bucco-dentaire de la personne âgée :

1. La Haute Autorité de santé (HAS) recommande un bilan bucco-dentaire tous les ans à partir de l'âge de 3 ans. Il peut être raccourci (6 mois) dans le cadre de certains troubles et handicaps ou certaines maladies. Ces considérations sont retrouvées dans de nombreuses fiches de la HAS (prise en charge des personnes âgées fragiles en ambulatoire, optimisation du parcours de soin des personnes âgées en risque de perte d'autonomie...)
2. Des consultations spécifiques pour les patients présentant un diabète ou un handicap sévère ont été mises en place dans la nouvelle convention organisant les rapports entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes
3. Le comité interministériel pour la santé de mars 2018 et le défenseur des droits en 2021 ont renforcé les prérogatives des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes concernant l'organisation de la prévention dans leurs établissements (dépistage et formation du personnel). La quasi-totalité des Plan Régionaux de Santé ont inscrit la santé bucco-dentaire dans les établissements sanitaires et médico-sociaux comme priorité
4. La société française de gériatrie dès 2007, a émis avec le ministère des recommandations sur l'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée
5. La lettre de cadrage concernant les orientations de la nouvelle convention insiste dans le point 4 sur le suivi des personnes âgées dépendantes.

BAUDOT Patrick
10 place Charles De Gaulle 55200 COMMERCY
Tel : 0608113016
Courriel : p.baudot@hotmail.fr
LinkedIn : <https://www.linkedin.com/in/patrick-baudot-16556416a/>

Constat à la suite des recommandations :

1. Moins de 20% des structures accueillant des personnes âgées organisent des formations et des dépistages à destination de leurs résidents. L'inscription dans les contrats d'objectifs est très peu réalisée et les actions de prévention sont financées par les Agence Régionale de Santé de façon aléatoire selon la région
2. La consultation gériatrique intègre très rarement une évaluation bucco-dentaire concernant la mastication, le risque de fausse route, les soins à réaliser, l'évaluation des prothèses...
3. Quelques études montrent que 50 à 70% des résidents en institution ont besoin de soins dentaires et près de 40% ont une hygiène dentaire insatisfaisante
4. Seules la Mutualité Sociale Agricole et quelques mutuelles ont proposé une action prévention à l'âge de 65 ans mais sans suivi (Seuls 43% des personnes âgées de 55 ans ont consulté un chirurgien-dentiste et ce chiffre tombe à 25% pour les personnes âgées de 90 ans)

Le but de notre échange (soit lors d'un entretien soit sous forme écrite) serait d'avoir votre vision de cette problématique très en lien avec la nutrition et la dépendance. Il serait l'occasion de recueillir vos propositions afin d'établir un **plan de prévention bucco-dentaire acceptable et un parcours de soin des personnes âgées** à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, au ministère de la Santé et de la Prévention et aux Agences Régionales de Santé en lien avec les professionnels de santé.

Annexe 6 : Les structures contactées dans le cadre de ce travail.

1. Pour les ARS :
 - 1.1. **Docteur Florian LAURENT**, directeur de projet régional santé bucco-dentaire pour l'ARS Ile de France, rencontre le 19/10/2023.
 - 1.2. **Docteur Thomas MERCIER**, directeur adjoint de la direction des soins de proximité pour l'ARS Grand-Est, rencontre le 26/10/2023.

2. Pour les associations et les institutions en chirurgie-dentaire :
 - 2.1. **Docteur Philippe POMMAREDE**, Président de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, réponse par retour de courrier le 18/10/2023.
 - 2.2. **Docteur Anne ABBE DENISOT**, Vice-Présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, visioconférence le 03/11/2023.
 - 2.3. **Professeur YVON ROCHE**, Président de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire, réponse par retour de courrier le 02/11/2023.

3. Pour la CNAM, la MSA et la FNMF.
 - 3.1. **Madame Loren PINON**, coordinatrice technique santé à la CNAM, collaboratrice de Mme Marguerite CAZENEUVE, dans le cadre de la discussion de la nouvelle convention dentaire, visioconférence le 30/06/2023.
 - 3.2. **Docteur Géraldine ROSET**, chirurgien-dentiste conseil en charge du suivi et de la mise en œuvre de la convention des chirurgiens-dentistes pour la CNAM, visioconférences les 19/09/2023 et 10/11/2023.
 - 3.3. **Docteur Hélène GRATIAUX**, chirurgien-dentiste conseil de la MSA, réponse par retour d'échange téléphonique le 02/10/2023.
 - 3.4. **Madame Nathalie ZOLLA**, chef de projet prévention à la Mutualité Française, visioconférence le 10/11/2023.

4. Des chirurgiens-dentistes ayant une activité presque exclusive chez les personnes âgées :
 - 4.1. **Docteur Charles FAROCHE**, chirurgien-dentiste gériatrique et directeur médical de LOVIS¹⁰⁶, visioconférence le 01/09/2023.
 - 4.2. **Docteur Laura BRU**, chirurgien-dentiste à domicile pour patients dépendants et présidente de l'association Française des chirurgiens-dentistes à domicile¹⁰⁷, audioconférence le 16/09/2023.

5. Des représentants de l'enseignement en odontologie :
 - 5.1. **Professeur Vianney DESCROIX**, président de la conférence des doyens d'Odontologie, visioconférence le 06/07/2023.
 - 5.2. **Docteur Éric GERARD**, missionné par la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle en odontologie, audioconférence le 11/10/2023.

6. Des spécialistes de la gériatrie et la gérontologie.
 - 6.1. **Professeur Claude JEANDEL**, ancien président du Conseil National Professionnel de Gériatrie et rapporteur de la mission sur les Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD, audioconférence le 05/11/2023.

¹⁰⁶ Site internet : <https://www.lovis.care/> (page consultée le 30/10/2023).

¹⁰⁷ Site internet de l'AFCDAD : <https://afcdad.fr/> (page consultée le 30/10/2023).

6.2. **Docteur Christine LAFONT et Justine de KERIMEL**, promoteur du programme ICOPE¹⁰⁸ pour prévenir de la dépendance – Gérontopole du CHRU de Toulouse, réponse par retour de courrier le 27/11/2023.

7. Des acteurs en lien avec les décisions politiques.

7.1. **Messieurs Quentin GICQUEL et Enguerrand CRVELLERA** auprès du cabinet de Madame FIRMIN LE BODO – ministre déléguée auprès du ministre de Santé et de la Prévention, visioconférence le 14/12/2023.

7.2. **Monsieur Thibault BAZIN**, député et membre de la commission des affaires sociales, rencontre le 17/11/2023.

8. Les aidants familiaux.

8.1. **Madame Louise MARY-DEFERT**, pour l'association française des aidants dans le cadre de l'expertise aidant, audioconférence le 18/12/2023.

8.2. **Docteur Hélène ROSSINOT**, médecin spécialiste de santé publique et de médecine sociale, auteure de livres sur les aidants « aidants ces invisibles - 2019 », « être présent pour ses parents - 2022 » et « ma famille, mon job et moi - 2023 », audioconférence le 18/12/2023.

Des échanges informels par messages se sont déroulés avec le **Conseil National Professionnel de Médecine Bucco-Dentaire** dont la présidente est **Docteur Martine HENNEQUIN** à partir du 24/11/2023.

Monsieur Bernard BONNE, sénateur m'a indiqué par courriel en date du 28/06/2023 qu'il ne se représentait pas au renouvellement sénatorial de 2023 mais qu'il partageait le point de vue de travail sur le parcours de santé bucco-dentaire des personnes âgées et **madame Annie VIDAL**, députée, rapporteur de la loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, m'a indiqué par message téléphonique le 30/08/2023, qu'elle ne s'occupait pas des actions médicales dans la loi (contrairement à madame Laurence CRISTOL, corapporteur de la loi).

La **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)** a été interrogée sur les possibilités de marquage des prothèses amovibles – Proposition 20. Un échange téléphonique a eu lieu avec **madame Justine BERTAUD DU CHAZAUD**, juriste au service de l'emploi, des solidarités, du sport et de l'habitat, le 18/12/2023.

De nombreuses autres personnalités ou organismes ont été contactés mais ils n'ont pas répondu à mes sollicitations au 27 novembre 2023 : Présidence de la République (manque de temps), association SOSS¹⁰⁹ (sans réponse), président de la conférence des chefs de service en odontologie (sans réponse), Société Française de Gériatrie et Gérontologie (sans réponse), Association Je t'aide¹¹⁰ (sans réponse), Victor CASTANET (sans réponse), et quelques députés et sénateurs intéressés par le sujet.

¹⁰⁸ Site internet de présentation du programme ICOPE : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance> (page consultée le 01/11/2023).

¹⁰⁹ Site internet association Santé Orale Soins Spécifiques : <https://www.soss.fr/> (page consultée le 01/11/2023).

¹¹⁰ Site internet collectif je t'aide : <https://associationjetaide.org/> (page consultée le 27/11/2023).

FICHES ACTIONS.

Axe 1 : la formation initiale et la formation continue des chirurgiens-dentistes.

Intégrer la prise en charge des personnes âgées présentant une maladie et/ou un handicap dans la formation initiale et dans la formation continue des chirurgiens-dentistes.

1. Institutions concernées : Unités de Formation et de Recherche (UFR) d'odontologie, services d'odontologie hospitalière, praticiens spécialisés, services et associations de formation continue, Union Régionales des Professions de Santé (URPS), Conseil National Professionnel (CNP).

2. Problématiques à résoudre : Les institutions représentatives de la profession laissent à penser que les chirurgiens-dentistes omnipraticiens peuvent répondre à l'ensemble des besoins spécifiques de la société. Une grande partie des personnes âgées n'ont pas besoin d'une prise en charge spécifique et seul l'accès au cabinet dentaire est un critère de prise en charge de leurs soins bucco-dentaires. Il convient parfois d'obtenir une formation approfondie du fait de la maladie, du handicap, des traitements médicamenteux ou de l'approche psychologique du patient âgé. La spécialité en Médecine Bucco-Dentaire (MBD) devait répondre à une partie de ces problématiques mais elle est délaissée par les étudiants du fait d'un manque de valorisation. L'ensemble des interlocuteurs que j'ai pu interroger sur ce point s'accorde sur une réforme mais ils ne sont pas favorables à une spécialité d'odontologie gériatrique. Une graduation des formations semble être retenue.

3. Exemples sur lesquels s'appuyer :

- Au-delà de la formation initiale devant s'accompagner d'une sensibilisation dans les structures accueillant des personnes âgées, l'internat Médecine Bucco-Dentaire (MBD) doit être réformé. Les propositions de la mission flash sur la réforme du 3^{ème} cycle des études en odontologie semble intéressante avec la création d'un internat spécialisant Médecine Orale Adaptée (MOA) intégrant l'odontologie gériatrique¹¹¹.

¹¹¹ Réforme du 3^{ème} cycle : avis de l'Académie Dentaire reprenant les propositions de la mission Flash : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/reforme-du-3eme-cycle-l-academie-dentaire-favorable-a-la-creation-de-trois-nouveaux-internats-qualifiants/> (article consulté le 20/10/2023).

- L'université de Laval au Québec propose une formation dentaire spécialisée en gériatrie pour respecter les recommandations internationales¹¹².

- Des webinaires comme ceux de l'URPS chirurgiens-dentistes de Nouvelle Aquitaine¹¹³, les diplômes universitaires n'ayant pas rencontrés encore leur public ou les actions de Développement Professionnel Continu (DPC) comme celles de l'UFSBD, sont à valoriser.

PROPOSITION 1 :

Intégrer des vacations de dépistages dans les stages cliniques des étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} années, dans les structures accueillant des personnes âgées ; sous la responsabilité d'un enseignant, d'un interne, d'un étudiant de 6^{ème} année ou d'un praticien libéral sous forme de maître de stage. Des actes de prévention simples comme le détartrage pourraient être effectués par les étudiants au sein des structures équipées (axe 3 – propositions 13 et 14). La rémunération de l'encadrant devra être une option pour les praticiens libéraux. Le financement d'un bilan dentaire spécifique à l'entrée d'un Etablissement Médico-Social (EMS) par l'Assurance maladie dans la nouvelle convention dentaire permettra de faciliter cette action (convention type, financement...).

PROPOSITION 2 :

Doubler le nombre de praticiens hospitaliers intégrés dans les établissements de santé (hypothèse mentionnée dans la mission Flash). Les internes De Médecine Orale Adaptée (MOA) et des étudiants assisteront ces praticiens spécialisés. Les équipes de soins pourraient être réparties dans les structures de proximité décrites dans l'axe 4 – proposition 14.

PROPOSITION 3 :

Permettre de valoriser financièrement la spécialité MOA y compris dans le cadre de la pratique libérale (voir les autres propositions) afin :

¹¹² Université de Laval : Formation dentaire spécialisée en gériatrie :

<https://www.ulaval.ca/etudes/programmes/formation-dentaire-specialisee-en-gerodontologie> (page consultée le 20/11/2023)

¹¹³ Exemples de webinaires proposés par l'URPS chirurgien-dentiste de Nouvelle Aquitaine :

<https://www.urps-chirurgiensdentistes-na.fr/videos/> (page consultée le 20/11/2023).

- D'attirer des étudiants et chirurgiens-dentistes dans cette spécialité
- De favoriser le « aller vers »
- De permettre le développement de réseaux de chirurgiens-dentistes prenant en charge des personnes âgées.

PROPOSITION 4 :

Référencer l'ensemble des formations courtes et les formations longues à disposition des chirurgiens-dentistes, concernant les publics spécifiques et en particulier des personnes âgées. Le Conseil National Professionnel de Médecine Bucco-Dentaire¹¹⁴ a toute la légitimité pour le faire.

4. Bénéfice attendu pour la profession : se former à différents moments de sa vie professionnelle et envisager la construction d'un réseau avec différentes possibilités de prise en charge.

5. Impact économique :

- Doublement du nombre de praticiens hospitaliers en chirurgie-dentaire sur 10 ans (500 Praticiens Hospitaliers au total) et investissement dans des structures au sein des EHPAD et des centres hospitaliers.
- Evaluer l'enveloppe dédiée par l'Assurance maladie au dépistage à l'entrée des établissements médico-sociaux, le « aller vers » et les soins à réaliser.

6. Mise en œuvre : volonté politique et volonté de la profession.

¹¹⁴ Conseil National Professionnel de Médecine Bucco-Dentaire ou Médecine Orale Adaptée : <https://cnprmbd.fr/> (page consultée le 27/11/2023).

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 ICOPE¹¹⁵ 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

¹¹⁵ 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).

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

Axe 3 : la prévention bucco-dentaire à tous les âges.

1. Institutions concernées : L'ensemble des pouvoirs publics, l'ensemble de la profession.

2. Problématiques à résoudre : La prévention passe par le dépistage à tous les âges de la vie. Elle doit intégrer non seulement un dépistage au niveau de la sphère bucco-dentaire mais aussi des conseils liés au brossage, aux habitudes de vie et à la nutrition. Elle peut intégrer des petits actes comme le détartrage pour prévenir l'inflammation gingivale, la fluoration en cas de risques carieux, les gouttières pour prévenir du bruxisme...

Le dépistage prend de nombreuses dénominations dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes car il cible des populations à des âges différents. Il doit non seulement prévenir des maladies bucco-dentaires ou la récurrence mais il doit permettre d'orienter les patients afin de réaliser les soins. Le préambule de la convention indique l'arrêt progressif de la prise en charge à 100% par l'Assurance maladie des examens bucco-dentaires des jeunes de 3 à 24 ans risquant d'exclure certains enfants subissant déjà l'influence de la catégorie socio-professionnelle sur les prises en charge médicales. Il en est de même pour les bilans spécifiques à l'entrée des structures médico-sociales pouvant devenir un échec en lien avec la complexité administrative (information des familles, autorisation des tutelles s'il y a un reste à charge, récupération des papiers).

Il est important de renforcer ces actions de prévention, la communication ciblée et permettre un accès tout au long de la vie afin d'anticiper les maladies de la sphère oro-faciale en lien avec le vieillissement.

3. Exemples sur lesquels s'appuyer :

- De nombreux pays comme l'Allemagne, le Canada, la Suède prennent en charge les consultations et les soins sur des classes d'âge (enfants jusqu'à 10 ans pour le Canada, 18 ans pour l'Allemagne...) sans faire intervenir les assurances complémentaires.

- Le Japon a développé en 20 ans un programme de santé bucco-dentaire en définissant des consultations à des âges clés. Il s'inscrit dans le programme 80/20 afin qu'une majorité des personnes âgées aient au moins 20 dents à 80 ans.

PROPOSITION 9 :

Créer sur le modèle du bilan prévention inscrit dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, un bilan prévention bucco-dentaire à des âges définis comme clés, afin de prévenir la maladie carieuse mais aussi les maladies parodontales. Ce bilan, plus complet qu'une consultation annuelle, pourrait être proposé dans les mêmes âges clés que le bilan prévention afin d'avoir une vraie synergie. Il pourrait se décliner en :

- Examen bucco-dentaire simple (sans radiographie) chez les 3-24 ans et l'âge clé 45 – 50 ans sans facteur de risque. La base financière serait de 40[€].
- Examen bucco-dentaire complexe pour l'âge clé compris entre 45 et 50 ans avec facteurs de risques de maladie parodontale (fumeur, parents atteints, ALD...). La base financière serait de 50[€].
- Examen bucco-dentaire complexe pour les patients dans les âges clés 60-65 ans et 75 ans (et ensuite tous les 5 ans). La base financière serait de 50[€].

PROPOSITION 10 :

Maintenir la prise en charge à 100% par l'assurance maladie pour ces actes de prévention :

- L'examen bucco-dentaire chez les 3-24 ans tous les ans,
- le bilan dentaire spécifique à l'entrée des Etablissements et Services Médico-Sociaux.
- Le bilan parodontal pour les patients en ALD (modalités définies dans la convention).
- Le bilan prévention bucco-dentaire à des âges clés de la vie (3-24 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et au-delà de 75 ans).

Les soins seraient pris en charge dans le cadre de la clef de répartition Assurance maladie – assurance complémentaire c'est-à-dire 60-40.

PROPOSITION 11 :

Former les chirurgiens-dentistes sur les prises en charge financières possibles pour des patients n'ayant ni de mutuelles, ni la CSS (souvent dans le cadre d'un non-recours aux prestations sociales). Un interlocuteur de l'Assurance maladie par département pourrait être un relais afin de fournir une assistance administrative au patient pour l'informer et garantir ses droits (adhésion à une assurance complémentaire, CSS, aides financières individuelles au sein des Caisses Primaires d'Assurance Maladie...). Les médiateurs de santé pourraient avoir cette mission complémentaire.

PROPOSITION 12 :

Renforcer la communication et l'information des parents et des enfants en situation précaire. Cela passe par des actions dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les associations, les services sociaux, les résidences seniors et les foyers de personne âgée... Le « aller-vers » ne doit pas se cantonner qu'aux établissements médico-sociaux. Les médico-bus déployés dans chaque département doivent pouvoir intégrer un chirurgien-dentiste et la télémédecine bucco-dentaire doit être proposée dans les structures collectives comme les EHPAD.

Ces actions de communication doivent être massives sur une période donnée afin d'avoir une visibilité importante.

4. Bénéfice attendu pour le patient : la prise en charge précoce permet de minimiser un état dentaire précaire chez la personne âgées.

5. Impact économique :

- Selon l'INED¹¹⁶, il y avait en 2020 en France, environ 800000 habitants âgés de 65 ans et 500000 habitants âgés de 75 ans (860000 pour les 50 ans). En cas de recours à 60% d'une consultation

¹¹⁶ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : population par âge en 2020 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291> (page consultée le 03/12/2023).

spécifique d'une classe d'âge de 65 ans et de 75 ans, sur la base d'un bilan étendu, le coût serait de 40 millions d'euros (dont une partie est déjà financée dans le cadre du bilan parodontal pour des ALD spécifiques) ... Les économies de soins, de prothèses et sur la santé générale, doivent interpeler les pouvoirs publics et l'Assurance maladie sur la mise en place de ces consultations de prévention bucco-dentaire.

6. Mise en œuvre : elle ne peut être que progressive en parallèle de l'augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes et de la mise en place des assistants dentaires de niveau 2.

Axe 4 : l'accès aux soins.

Garantir un parcours de soins adapté à chaque étape du vieillissement et de la perte d'autonomie (applicable aux patients présentant un handicap, malades...).

1. Institutions concernées : Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), Agences Régionales de Santé (ARS), Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Union Régionale des Professions de Santé (URPS) et praticiens libéraux, établissements de santé privés ou publics, Etablissement Médico-sociaux (EMS).

2. Problématiques à résoudre : Selon le ministère de la santé et de la prévention, les personnes dépendantes représentent 8% des plus de 60 ans et 20% des plus de 85 ans avec près de 1,2 millions de personnes bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)¹¹⁷. Les personnes âgées en perte d'autonomie pourraient être 4 millions en 2050 [151]. A cela s'ajoute, les personnes présentant un handicap de moins de 60 ans. La loi de 2005 sur l'accessibilité, la création de maison de santé et le regroupement de praticiens permettent d'accueillir de plus en plus de personnes âgées présentant des handicaps liés à la mobilité et à la sensorialité. Il peut toutefois exister une prise en charge particulière en lien avec les causes de la perte de l'autonomie que sont les maladies neurodégénératives, les polymédications, les maladies psychiatriques et le cumul des pathologies. L'exercice du chirurgien-dentiste doit pouvoir se faire de façon variée :

- Cabinets mobiles pouvant se déplacer au plus près du patient peu mobilisable.
- Possibilité de prise en charge du transport sanitaire.
- Unités dédiées au sein des EHPAD, les établissements de santé (en lien avec le recrutement des praticiens hospitaliers) ou dans des structures spécialisées libérales.
- Hiérarchisation des compétences avec un vrai guide de solutions pour les aidants familiaux.

¹¹⁷ Communication du ministère de la Santé et de la Prévention : Personnes âgées – les chiffres clés : [https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles#:~:text=La%20majorit%C3%A9%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es,ans%20sur%205%20\(20%25\)](https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles#:~:text=La%20majorit%C3%A9%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es,ans%20sur%205%20(20%25).). (page consultée le 28/11/2023).

3. Exemples sur lesquels s'appuyer :

- Le Breizh Bucco-Bus, est un cabinet dentaire dans un camion permettant d'apporter des soins bucco-dentaires aux personnes âgées hébergées en établissement médico-social dans le Finistère¹¹⁸.
- Une jeune chirurgien-dentiste a développé un cabinet dentaire se déployant au domicile des patients dépendants ou des structures partenaires¹¹⁹. L'exercice se fait en activité libérale ce qui est nouveau et risqué financièrement. La pratique semble répondre à une demande de plus en plus importante.
- La CNAM a initié une action « aller vers » dans la nouvelle convention favorisant les interventions en dehors du cabinet du praticien libéral.

PROPOSITION 13 :

Financer, par les ARS ou la CNAM, une aide à l'investissement de cabinets mobiles ou spécialisés ; libéraux, associatifs ou issus d'établissements de santé. Cette aide pourrait être calquée sur l'aide à l'installation dans les zones très sous-dotées de la nouvelle convention dentaire. Il convient de définir un temps d'exercice minimum sous forme de critères de prise en charge de patients dépendants, permettant de débloquer l'aide répartie à l'installation et lors de la 3^{ème} année après celle-ci.

PROPOSITION 14 :

Développer des unités dentaires de proximité au sein de centres hospitaliers ou d'établissements médicosociaux permettant une prise en charge territoriale des patients ne pouvant être pris en charge par un chirurgien-dentiste en premier recours. Ces cabinets dentaires doivent être adaptés à la perte d'autonomie en pouvant accueillir des brancards, fauteuils... Cette action doit se faire en parallèle du recrutement de praticiens hospitaliers et du renforcement de la spécialisation en Médecine Orale Adaptée (MOA).

¹¹⁸ Présentation du dispositif par la fondation ILDYS, porteuse du projet : <https://www.ildys.org/le-breizh-bucco-bus-un-projet-unique/> (page consultée le 28/11/2023).

¹¹⁹ Présentation du cabinet dentaire à domicile : <https://dr-bru-laura.chirurgiens-dentistes.fr/> (page consultée le 28/11/2023).

PROPOSITION 15 :

Favoriser les initiatives :

- En simplifiant les conventions d'exercice à l'extérieur du cabinet du chirurgien-dentiste,
- En communiquant sur la possibilité d'utiliser les transports sanitaires,
- En étendant et en précisant l'application des suppléments dits « handicaps » prévus dans la convention dentaire pour les personnes âgées malades et/ou fortement handicapées.
- En réformant la limitation du nombre d'exercice.

L'ensemble des structures institutionnelles que ce soit la CNAM ou l'ONCD doivent s'adapter aux conséquences du vieillissement et à la volonté d'« aller-vers ».

4. Bénéfice attendu pour le patient : faciliter, anticiper et développer la prise en charge des patients dépendants en leur permettant d'être soignés. Ce sont des mesures de ré-inclusion.

5. Impact économique :

- Aide de 50000 euros à l'installation pour des praticiens s'engageant à développer un cabinet mobile ou une spécialité dans un cabinet libéral sur la base de critères de prise en charge de patients présentant un handicap, âgés dépendants ou malades (cancérologie, maladies rares...).
- Financement de structures de proximité dans les EHPAD ou au sein d'établissements de santé par les ARS sur des Fonds d'Intervention Régionaux avec recrutement de praticiens hospitaliers spécialisés.

6. Mise en œuvre :

- Extension des dispositifs d'installation dans les zones très sous dotées à des praticiens prenant en charge, sur critères, des patients dépendants, malades ou présentant un handicap.
- Volonté de la profession et des institutions.

Axe 5 : la formation du personnel soignant et l'information des patients.

1. Institutions concernées : Ministère des Solidarités et des familles, Agences Régionales de Santé (ARS), Union Régionale des Professions de Santé (URPS) et praticiens libéraux, établissements de santé privés ou publics, Etablissement Médico-sociaux (EMS), structures de formations (universitaires ou associatives).

2. Problématiques à résoudre : L'oubli, l'exécution imparfaite ou l'arrêt de l'hygiène bucco-dentaire est un signe précoce de la maladie ou de l'entrée dans la dépendance. Les raisons sont cognitives (l'oubli), la maladie (le brossage n'est plus une priorité) ou la perte de la mobilité de la main (le brossage et le passage des brossettes est moins précis). Le chirurgien-dentiste formé doit pouvoir détecter ces premiers signes de l'entrée dans la dépendance se caractérisant par une moins bonne hygiène bucco-dentaire et l'apparition brutale de nombreuses caries (par vague). L'aidant familial peut participer au rappel des moments de brossage mais il considère souvent, comme pour d'autres parties du corps, que l'intervention est délicate (intimité et zone de sécurité du patient). Les séjours à l'hôpital, le suivi à domicile ou l'entrée en institution (EHPAD par exemple) imposent aux personnels soignants une vigilance accrue de l'hygiène globale mais aussi de l'hygiène bucco-dentaire. L'hygiène bucco-dentaire est souvent délaissée par les équipes soignantes à cause :

- Du temps de soin insuffisant alloué par patient.
- De l'absence ou de l'insuffisance de formation initiale et continue.
- Du fait que cette partie du corps ne soit pas visible.
- De l'absence de sollicitation de la part du patient.
- De l'instabilité des équipes ou la présence de vacataires au sein des structures empêchant une participation pérenne à un projet d'établissement.

L'hygiène bucco-dentaire et la détection des maladies bucco-dentaires font partie de l'accompagnement du résident par les équipes soignantes comme le rappelle aussi bien l'HAS [146] que le défenseur des droits [137].

3. Exemples sur lesquels s'appuyer :

- La mise en place d'un référentiel comme en Suède permet dès l'entrée en institution de faire un suivi du patient / résident par le personnel aidant professionnel. Celui-ci est complété par un chirurgien-dentiste. Ce référentiel s'appelle ROAG-Jönköping [26]. Il permet une centralisation des résultats afin d'évaluer les politiques publiques et de faire évoluer les missions.
- L'ARS Île de France a missionné le Gérontopole de l'Île de France (GEROND'if) autour d'un groupe d'expert afin de protocoliser l'évaluation clinique et la formation du personnel soignant des EHPAD ainsi que le dépistage réalisé par les chirurgiens-dentistes¹²⁰. Ce travail est en cours et pourrait être la base d'un déploiement national.
- Un plan de prévention et d'organisation des soins bucco-dentaire en EHPAD devrait être normalement initié depuis 2019 dans le cadre des contrats d'objectifs signés entre les structures médico-sociales et les ARS¹²¹.

PROPOSITION 16 :

Uniformiser la formation initiale concernant la santé bucco-dentaire, réalisée au sein des structures de formation :

- Des Agents de Service Hospitalier (ASH) pouvant intervenir dans le cadre de la perte des appareils par exemple.
- Des aides-soignantes.
- Des infirmières.
- Mais aussi des orthophonistes (intervenant au sein des EHPAD), des kinésithérapeutes ...

¹²⁰ Présentation du projet de concertation mené par le Géront'if pour le compte de l'ARS île de France : <https://www.gerondif.org/projects/sant%C3%A9-bucco-dentaire-en-ehpad> (page consultée le 29/11/2023).

¹²¹ Présentation des actions présentées dans le cadre du comité interministériel pour la Santé – article 25 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf (page consultée le 29/11/2023)

PROPOSITION 17 :

Nommer un référent hygiène bucco-dentaire parmi les soignants ayant pour mission :

- D'établir un plan d'action sur l'hygiène bucco-dentaire dans le service à orientation gériatrique ou dans l'établissement médico-social. Le plan d'action pourrait être écrit et réalisé dans le cadre de la formation longue présentée dans la proposition 18.
- D'informer les nouveaux soignants, des protocoles mis en place dans la structure.
- D'accompagner les patients ou résidents sur l'hygiène bucco-dentaire.

Le temps alloué à cette mission serait partiel.

PROPOSITION 18 :

Obliger les structures médico-sociales et sanitaires (EHPAD, filières gériatriques, Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), service d'aide à la personne) à proposer au personnel soignant, des formations sur la santé et l'hygiène bucco-dentaire, sur une journée tous les 4 ans avec un rappel de séance courte (2H) tous les 2ans. Cette formation longue pourrait être effectuée par un chirurgien-dentiste libéral ou des structures de formations dans le cadre d'un agrément sur le modèle de l'AFGSU¹²². La formation courte pourrait être effectuée par le référent santé bucco-dentaire désigné et formé lors de la formation longue.

PROPOSITION 19 :

Informers et former les personnes âgées lors du dépistage prévention, proposé dans l'axe 3, sur l'importance de la prévention et de l'hygiène bucco-dentaire. Une formation simplifiée pourrait être proposée dans le cadre des foyers résidences ou foyer clubs de personnes âgées en lien avec les collectivités et les organismes gestionnaires. Ces formations pourraient être ouvertes aux aidants familiaux.

¹²² Attestation de Formation aux gestes et soins d'Urgence.

4. Bénéfice attendu pour le patient : meilleure prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire permettant de détecter les pathologies bucco-dentaires. L'hygiène renforce l'estime de soi.

5. Impact économique :

- Il existe en 11000 structures d'hébergement pour personnes âgées (8000 EHPAD ou maison de retraite, 2300 résidences autonomie, 600 Unité de Soins Longue Durée¹²³), 1800 Services de Soins de Suite de Réadaptation¹²⁴, 500 services de court séjour gériatrique, 2300 Services de Soins infirmiers A Domicile). La formation d'une journée incluant un plan de prévention et un suivi serait facturée sur la base de 1500€ à raison de 2 journées par établissement. Il conviendrait de dégager un budget d'au minimum 10 millions d'euros /an pour les 16000 structures. Les ARS, faisant pour certaines des Appels A Projet (AAP) - prévention de la dépendance incluant l'aspect bucco-dentaire ; pourraient gérer ce budget. Un lien pourrait se faire avec les conseils départementaux, les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et certaines collectivités locales gestionnaires d'établissements.

- En ce qui concerne le référent hygiène bucco-dentaire, l'intégration de cette demande doit se faire dans le cadre de la loi de programmation promis par la première ministre (recrutement du personnel).

6. Mise en œuvre :

- Uniformiser les enseignements en lien avec les structures de formation comme l'UFSBD.

- S'appuyer sur le protocole proposé par l'ARS île de France et le Gérond'if s'il va jusqu'au bout en le déployant sur l'ensemble du territoire.

- Intégrer les étudiants et les enseignants par le biais des facultés de chirurgie-dentaire (Unités de Formation et de Recherche (UFR) en Odontologie).

- S'appuyer sur les assistantes de niveau 2 qui pourrait se voir attribuer parmi les missions de base, la possibilité de former les soignants des structures.

¹²³ Communication du ministère sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées (données DREES) :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2017%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf>
(article consulté le 29/11/2023).

¹²⁴ Communication du ministère sur les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en 2022 :

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>
(page consultée le 29/11/2023).

- Evaluer les solutions basées sur les nouvelles technologies comme la solution Lovis®¹²⁵.

¹²⁵ Site internet : <https://www.lovis.care/> (page consultée le 29/11/2023).

Axe 6 : un accompagnement renforcé des soins bucco-dentaires de la personne âgée.

Des actions de proximité et de bon sens à mettre rapidement en place.

1. Institutions concernées : CNAM, la profession au sens de sa représentation, les prothésistes dentaires

2. Problématiques à résoudre :

- la perte des appareils dentaires lors d'un séjour à l'hôpital ou dans un EHPAD est assez fréquente à des moments spécifiques : lors des repas (appareil dans un mouchoir) et dans le lit pendant la nuit (appareil part avec les draps). Le patient peut être perturbé par cette perte, et refaire un appareil rapidement peut être un vrai traumatisme entraînant de l'anxiété et le passage en nourriture haché voire mouliné pendant un certain temps. Les échecs sont nombreux à cause de la prise d'empreinte peu aisée, d'une habitude compliquée à de nouvelles prothèses ... Il convient de pouvoir tracer l'appareillage afin qu'il ne se mélange pas avec d'autres appareils perdus.

- La population des personnes âgées de plus de 75 ans consulte moins le chirurgien-dentiste pour plusieurs raisons : la limitation du lien social, la limitation des déplacements, l'arrivée progressive de la perte d'autonomie et des médicaments qui favorisent les pathologies bucco-dentaires. Il conviendrait de les inciter financièrement à faire des bilans réguliers proposés par l'Assurance maladie dans le cadre de la loi de programmation sur le vieillissement, promise en 2024.

- L'assistant (e) dentaire de niveau 2 pourra réaliser des actes de préventions sous la responsabilité du praticien dans le cabinet de rattachement. Il conviendrait d'autoriser le(a) collaborateur(trice) du chirurgien-dentiste à pouvoir exercer des actes de prévention simples dans le cadre du « aller vers » par exemple dans les EHPAD.

3. Exemples sur lesquels s'appuyer :

- Une société CONCEPTYS^{®126} a développé une méthode de puçage des appareils mais qui ne concerne pas tous les établissements. En cas de perte lors d'une hospitalisation, cette prestation ne permet pas de retrouver l'appareil.
- L'Allemagne a développé des incitations à la prévention en majorant le remboursement de certains actes coûteux si l'assuré social a respecté les consultations de prévention lors des 5 dernières années.
- Les hygiénistes dentaires peuvent faire de la prévention en dehors de la présence du chirurgien-dentiste dans de nombreux pays. C'est le cas au Canada, en Italie, en Allemagne...

PROPOSITION 20 :

Imposer le marquage avec un référentiel national, à l'ensemble des appareils dentaires mobiles (Dispositifs Médicaux sur Mesure) fabriqués et réparés à partir de 2025. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été saisie sur ce point, et elle est prête à évaluer les solutions les plus adaptées garantissant le secret médical.

PROPOSITION 21 :

Proposer à partir de l'âge de 75 ans, une aide complémentaire de l'Assurance maladie sur des actes bucco-dentaires non remboursés actuellement. Cette aide pourrait être en lien avec des visites régulières chez le chirurgien-dentiste. Elle pourrait être ciblée sur l'implantologie dans le cas d'un édentement complet.

PROPOSITION 22 :

Permettre à l'assistante de niveau 2, de pratiquer des dépistages dans les Etablissements Médico-Sociaux en l'absence du chirurgien-dentiste mais sous sa responsabilité ou celle de la structure d'exercice. Les décrets d'application, en cours de rédaction, pourraient intégrer cette possibilité.

¹²⁶ Site internet de la société CONCEPTYS : <https://conceptys-france.com/> (page consultée le 02/12/2023).

4. Bénéfice attendu pour le patient : inciter les personnes âgées à respecter les recommandations de prévention et anticiper les désagréments de l'entrée dans la dépendance en lien avec la santé bucco-dentaire.

5. Impact économique : Lors de la négociation d'avenants conventionnels durant les 5 prochaines années, il conviendrait d'ajouter un forfait identification des appareils dentaires (entre 20 et 40 euros selon le système retenu). Le forfait « contrepartie à la prévention » pourrait être une aide à la réalisation d'implants de stabilisation des prothèses amovibles totales de 250 euros par implant.

6. Mise en œuvre : étude financière et mise en place progressive de ces actions.

Axe 7 : Une profession et des actions visibles.

Connaitre et reconnaître le métier de chirurgien-dentiste dans les institutions de l'État.

1. Institutions concernées : Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), Agences Régionales de Santé (ARS).

2. Problématiques à résoudre : L'odontologie (Chirurgie-dentaire) est souvent considérée comme une spécialité de la médecine alors qu'elle est reconnue à part entière dans le Code de la Santé Publique.

Elle a ses spécificités :

- L'exercice libéral en omni-pratique ne correspond pas à celle d'un médecin généraliste tant par l'investissement que par le fonctionnement
- L'exercice se spécialise de plus en plus du fait de l'évolution technologique et de la recherche clinique.
- L'exercice hospitalier reste peu important malgré une demande insistante des pouvoirs publics pour prendre en charge les publics fragiles (239 praticiens hospitaliers en odontologie hors enseignement sur 42267 praticiens hospitaliers¹²⁷).
- L'exercice évolue rapidement ce qui impose une réactivité importante (chapitre 2).

C'est une discipline transversale intervenant :

- A tous les âges de la vie.
- Dans de nombreuses situations de fragilité qu'elles soient sociales, psychologiques, médicales...
- Dans de nombreux domaines qui intéressent la personne âgée : la nutrition, la rééducation, la phonation, la posture, l'estime de soi et certaines maladies chroniques.

La lettre de réponse du ministère à ma demande d'entretien prouve que le sujet est loin d'être maîtrisé.

Les entretiens ont montré toutefois un intérêt à ce travail.

¹²⁷ Publication du Centre National de Gestion (CNG) des praticiens hospitaliers au 1/01/2023 : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2023-07/PRATICIENS%20HOSPITALIERS_2023_VF.pdf (document consulté le 25/11/2023).

3. Exemples sur lesquels s'appuyer :

- la CNAM intègre des chirurgiens-dentistes conseil dans la négociation de la convention nationale et dans le suivi du déploiement des nouvelles actions. Des échanges avec d'autres chirurgiens-dentistes experts dans leur domaine peuvent avoir lieu.
- Les ARS Auvergne-Rhône-Alpes et île de France ont recruté des chirurgiens-dentistes qui ont la charge de mener des projets de santé bucco-dentaire. Leurs actions sont visibles sur le terrain.

PROPOSITION 23 :

Recruter au sein du ministère de la Santé et de la Prévention, un chirurgien-dentiste ayant pour seule mission la santé bucco-dentaire mais de manière transversale que ce soit en lien avec le ministère des solidarités et des familles, la DGOS¹²⁸, la DGCS¹⁰⁰, l'Assurance maladie, les chirurgiens-dentistes des ARS et les organisations représentant la profession.

PROPOSITION 24 :

Recruter un chirurgien-dentiste dans chacune des ARS, ayant une mission transversale de territoire et de directions afin d'établir une politique régionale de santé bucco-dentaire. Celle-ci se ferait en lien avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), les collectivités locales et le ministère de tutelle.

PROPOSITION 25 :

S'assurer que dans l'ensemble des plans proposés (plans régionaux de santé, plan « bien vieillir »), les actions en faveur de la santé bucco-dentaire ne soient pas diluées dans d'autres actions ou différents publics. Un volet/ chapitre bucco-dentaire permettrait d'avoir une vision globale des actions réalisées, des actions évaluées et des actions futures.

¹²⁸ Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS).

4. Bénéfice attendu pour la profession : avoir un interlocuteur connaissant le fonctionnement de la profession et pouvant consulter au-delà des syndicats, de l'ONCD ou des associations qui ont parfois une parole orientée selon leurs intérêts.

5. Impact économique : recrutement de 20 à 25 chirurgiens-dentistes dans les administrations et quelques moyens financiers (secrétariat, commissions, déplacement...).

6. Mise en œuvre : volonté politique et volonté administrative.

BIBLIOGRAPHIE.

Les liens internet cités sont notifiés lorsque ceux-ci permettent une lecture complète et gratuite des documents.

Ouvrages.

1. BERNARD M-F. Soins d'hygiène bucco-dentaire aux personnes âgées et dépendantes. Rueil Malmaison : Lamarre (Editions), 2016. 164 P.
2. BOURDILLON F. Agir en santé publique. Rennes : Presses de l'EHESP, 2020. 238 P.
3. BRAS P-L., TABUTEAU D. Que sais-je ? - Les assurances maladie. Paris : Presses Universitaires de France, 2021 (2^{ème} édition). 123 P.
4. CASTANET V. Les fossoyeurs. Paris : Fayard, 2022. 400 P.
5. DUPUIS V., LEONARD A-L. Odontologie du sujet âgé : spécificités et précautions. Issy le Moulineaux : Elsevier Masson, 2010. 173 P.
6. FERRAND C., BAILLY N. L'alimentation chez les personnes âgées – directives, souhaits, pratiques. Saint Denis : Connaissances et Savoirs, 2016. 92 P.
7. FERRY M., MISCHLICH D., ALIX E., et al. Nutrition de la personne âgée, aspects fondamentaux clinique et psycho-sociaux. Paris: Elsevier, 2012 (4^{ème} édition). 336 P.
8. GIRAUDEAU N. e-Health Care in Dentistry and Oral Medicine – A clinician's Guide. Cham : Springer International Edition, 2018. 154 P.
9. MORELLE A., TABUTEAU D. Que sais-je - La santé publique. Paris : Presses Universitaires de France, 2023 (4^{ème} édition). 127 P.
10. POUYSSEGUR V., MAHLER P. Odontologie gériatrique : optimiser la prise en charge au cabinet dentaire. Rueil Malmaison : Editions CdP, 2010 (2^{ème} édition). 243 P.
11. RENERS M., SALHI L. Paro et maladies systémiques. Paris : Inf Dent – L'essentiel, 2022. 54 P.
12. URMAN V. La révolution épigénétique. Paris : Albin Michel, 2018. 160 P.
13. VALLEE A. La dépendance des personnes âgées, une réflexion éthique. Paris : L'Harmattan, 2017. 142 P.

Articles.

14. AARABI G., REISSMANN D R., SEEDORF U., et al. Oral health, and access to dental care - a comparison of elderly migrants and non-migrants in Germany. Ethn Health, 2018, 23(7). P 703-717.
15. ALGAVA E., BLANPAIN N. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. Montrouge : Insee Première, 2021, 1881. 4 P.
Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/5893969/ip1881.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).
16. ALGRA Y., HAVERKORT E., KOK W., et al. The Association between Malnutrition and Oral Health in Older People: A Systematic Review. Nutrients, 2021, 13(10). 13 P.
Disponible sur :
<https://edepot.wur.nl/556263#:~:text=The%20association%20between%20nutritional%20status%20and%20oral%20health,overall%20health%2C%20increasedself-dependency%2C%20and%20higher%20quality%20of%20life.>
(Article consulté le 12/02/2023).

17. ALLIN S., FARMER J., QUIÑONEZ C., et al. Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions. *Health Policy*, 2020, 124 (9). P 998-1007.
Disponible sur:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885102030169X>
(Article consulté le 11/08/2023).
18. ANDERSSON P., RENVERT S., SJOGREN P., et al. Dental status in nursing home residents with domiciliary dental care in Sweden. *Community Dent Health*, 2017, 34 (4). P 203-207.
Disponible sur:
<https://www.cdjournal.org/issues/34-4-december-2017/852-dental-status-in-nursing-home-residents-with-domiciliary-dental-care-in-sweden?downloadarticle=download>
(Article consulté le 10/09/2023).
19. APPEL L-J., MOORE T-J., OBARZANEK E., et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med*, 1997, 336(16). P 1117-1124.
20. AZOGUI-LEVY S., BOY-LEFEVRE M-L. La santé bucco-dentaire en France. *Adsp*, 2005, 51. P 4-8.
21. BAKKER M., VISSINK A., SPOORENBERG S., et al. Are Edentulousness, Oral Health Problems and Poor Health-Related Quality of Life Associated with Malnutrition in Community-Dwelling Elderly (Aged 75 Years and Over)? A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 2018, 10. 12 P.
Disponible sur:
https://pdfs.semanticscholar.org/63f9/0f956e032c271b9b7e982fcd4c87f7c5f5cb.pdf?_gl=1*pjc7w6*_ga*MTA2MDc3MDkyMi4xNjc2MjEyNDMx*_ga_H7P4ZT52H5*MTY3NjlyMzI4My40LjAuMTY3NjlyMzI5Ny4wLjAuMA..
(Article consulté le 10/01/2023).
22. BAKKER M-H., VISSINK A., SPOORENBERG S., et al. Self-reported oral health problems and the ability to organize dental care of community-dwelling elderly aged ≥75 years. *BMC Oral Health*, 2020, 20. 9 P.
Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7331152/#CR20>
(Article consulté le 15/08/2023).
23. BAKOURY R. Stress oxydant et vieillissement. *Med Sci*, 2006, 22(3). P 266 –272.
Disponible sur :
<https://www.medecinesciences.org/articles/medsci/pdf/2006/04/medsci2006223p266.pdf>
(Article consulté le 05/02/2023).
24. BARBIERI M. L'évolution de l'espérance de vie dans les pays occidentaux. *Futuribles*, 2022, 450. P 21-35.
25. BELLANDER L., ANDERSSON P., NORDVALL, D., et al. Oral health among older adults in nursing homes: A survey in a national quality register, the Senior Alert. *Nursing Open*, 2021, 8. P 1262-1274.
Disponible sur:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.743>
(Article consulté le 15/08/2023).
26. BELLANDER L., ANDERSSON P., WIJK H., et al. Oral Assessment and Preventive Actions within the Swedish Quality Register Senior Alert: Impact on Frail Older Adults' Oral Health in a Longitudinal Perspective. *Int. J. Environ, Public Health*, 2021, 18. 15 P.
Disponible sur :
<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/24/13075>
(Article consulté le 10/09/2023).
27. BERNARD D., DOUMARD E., ADER I., et al. Explainable machine learning framework to predict personalized physiological aging. *Aging Cell*, 2023, 22. 18 P.
Disponible sur :
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ace1.13872>
(Article consulté le 11/08/2023).
28. BERTRAND MF., MACQUERON N., LALARD P., et al. Hiérarchiser les facteurs de risque de dégradation de la santé orale des personnes âgées dépendantes en EHPAD. *La revue de Gériatrie*, 2015, 40(5). P 261-270.

29. BLANPAIN N. Les filles nées en 2022 pourraient vivre en moyenne 93 ans, les garçons 90 ans. Montrouge : Insee Première, 2022, 1927. 4 P.
Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/6655536/ip1927.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).
30. BLANPAIN N. 30 000 centenaires en France en 2023, près de 30 fois plus qu'en 1970. Montrouge : Insee Première, 2023, 1943. 4 P.
Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/7234483/ip1943.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).
31. BOURGEOIS D., BAEHNI P. Surveillance, épidémiologie et maladies parodontales. Paris : Elsevier SAS, 2002. 6 P.
Disponible sur :
<https://docplayer.fr/53620172-Surveillance-epidemiologie-et-maladies-parodontales.html>
(Article consulté le 09/09/2023).
32. BRABANT-DELANNOY L. Perspectives du vieillissement et de la perte d'autonomie en France. Constructif, 2019, 53. P 5-9.
Résumé sur :
<https://www.cairn.info/revue-constructif-2019-2-page-5.htm>
(Article consulté le 27/02/2023).
33. CALVET L., MOISY M., et al. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. DREES, Etudes et Résultats, 2013, 847. 6 P.
Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er847.pdf>
(Article consulté le 17/11/2023).
34. CAPLAN D-J., GHAZAL TS., COWEN HJ., et al. Dental status as a predictor of mortality among nursing facility residents in eastern Iowa. Gerodontology, 2017, 34 (2). P 257-263.
35. CASTREJON- PEREZ R., WANYONYI K., GARCIA-VASQUEZ P., et al. Frailty index and ten oral conditions in the Coyoacan cohort study: A cross-sectional analysis. Gerodontology. 2023, 40(3). P 372-381.
Disponible sur :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36358062/>
(Article consulté le 10/01/2023).
36. CAUZERAN D., SARICASSAPIAN B. Pathologies de la muqueuse buccale chez le sujet âgé en perte d'autonomie, Actual Odontostomatol, 2013, 262. P 13-22.
Disponible sur :
https://www.academia.edu/52286288/Pathologies_de_la_muqueuse_buccale_chez_le_sujet_%C3%A2q%C3%A9_en_perte_d_autonomie
(Article consulté le 10/08/2023).
37. CHAMBERS J-C., LOH M., LEHNE B., et al. Epigenome-wide association of DNA methylation markers in peripheral blood from Indian Asians and Europeans with incident type 2 diabetes: a nested case-control study. The lancet Diabetes & endocrinology, 2015, 3(7). P 526-534.
38. CHARADRAM N., ET MANIEWICZ S., et al. Development of a European consensus from dentists, dental hygienists, and physicians on a standard for oral health care in care-dependent older people: An e-Delphi study. Gerontology, 2020, 38(1). P 41-56.
Disponible sur :
https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/portalfiles/portal/220368310/Manuscript_Delphi_ready_for_co_authors_GMK.pdf
(Article consulté le 22/07/2023).
39. CHRISTENSEN L., B. ROSING K., LEMPERS S-M., et al. Patterns of dental services and factors that influence dental services among 64-65-year-old regular users of dental care in Denmark. Clin Oral Investig, 2016, 33(1). P 79-88.

40. COLLET M., SICART D. La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 – un exercice de projection au niveau national. DREES, Etudes et Résultats, 2007, 595. 8 P.
Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er595.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).
41. COLLET M., SICART D. Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006. DREES, Etudes et Résultats, 2007, 594. 8 P.
Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er594.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).
42. CRITEN S., ANDERSSON P., RENVERT S., et al. Oral health status among 60-year-old individuals born in 1941–1943 and 1954–1955 and 81-year-old individuals born in 1922–1924 and 1933–1934, respectively: a cross-sectional study. Clin Oral Investig, 2022, 26. P 6733-6742.
Disponible sur :
<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1686966/FULLTEXT01.pdf>
(Article consulté le 10/09/2023).
43. CROWDER S., NAJAM N., SARMA K., et al. Head and Neck Cancer Survivors' Experiences with Chronic Nutrition Impact Symptom Burden after Radiation: A Qualitative Study. J Acad Nutr Diet, 2020, 10. P 1643-1653.
Disponible sur :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32646742/>
(Article consulté le 12/02/2023).
44. DECERLE N., NICOLAS E., HENNEQUIN M. Chewing Deficiencies in Adults with Multiple Untreated Carious Lesions. Caries Res, 2013, 47(4). P 330-337.
45. DE JAEGER C. Physiologie du vieillissement. EMC – Kinésithérapie-Médecine physique – Réadaptation, 2018, 14(1). 11 P.
Disponible sur :
<https://www.institutdejaeger.com/sites/default/files/PHYSIOLOGIE-DU-VIEILLISSEMENT-EMC-2017.pdf>
(Article consulté le 11/08/2023).
46. DE LORGEVIL M., SALEN P., MARTIN J-L., et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation, 1999, 99(6). P 779-785.
47. DE MARCH P. Statut dentaire et mortalité en EHPAD – entretien avec Dr P. BAUDOT. Inf dent, 2022, 11. P 4-6.
Disponible sur :
<https://www.information-dentaire.fr/actualites/statut-dentaire-et-mortalite-en-ehpad/>
(Article consulté le 20/08/2023).
48. DERBLOM C., HAGMAN-GUSTAFSSON M-L., GABRE P. Dental attendance patterns among older people: a retrospective review of records in public and private dental care in Sweden. Int J Dent Hyg, 2017, 15(4). P 321-327.
49. DEROYON T. En 2021, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et de 11.3 ans pour les hommes. DREES, Etudes et Résultats, 2023, 1258. 4 P.
Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/ER1258MAJ240223.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).
50. DESRIVIERRE D. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole. Montrouge : Insee Première, 2017, 1652. 4 P.
Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2867738/ip1652.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).

51. EL OSTA N., EL OSTA L., LASSAUZAY C., et al. Oral health and chemotherapy act as cofactors in malnutrition in the elderly with other cancers than head and neck malignancies. *Clin Oral Investig*, 2019, 23(1). P 235-243.
Disponible sur :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29607456/>
(Article consulté le 10/01/2023).
52. EL OSTA N., EL OSTA L., MOUKADDEM F., et al. Impact of implant supported prostheses on nutritional status and oral health perception in edentulous patients. *Clin Nutr ESPEN*, 2017, 18. P 49-54.
53. EL OSTA N., WEHBE A., SLEIMAN N., et al. Dental Criteria Could Alert for Malnutrition Risk and Inappropriate Choice of Food Texture in Older Subjects with Dementia: An Analytical Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(22). 13 P.
Disponible sur:
https://www.researchgate.net/publication/365496869_Dental_Criteria_Could_Alert_for_Malnutrition_Risk_and_Inappropriate_Choice_of_Food_Texture_in_Older_Subjects_with_Dementia_An_Analytical_Cross-Sectional_Study
(Article consulté le 12/02/2023).
54. FERRUCCI L., GONZALEZ-FREIRE M., FABBRI E., et al. Measuring biological aging in humans: A quest. *Aging Cell*, 2020, 19(2). P 1-20.
Disponible sur :
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/accel.13080>
(Article consulté le 11/08/2023).
55. FOUQUET M. Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. *DREES, Etudes et Résultats*, 2020, 1166. 6 P.
Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1166.pdf>
(Article consulté le 23/11/2023).
56. GIL-MONTOYA J-A, PONCE G., SANCHEZ LARA I., et al. Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders. *Arch Gerontol Geriatr*, 2013, 57(3). P 398-402.
57. GILSON E. Un objectif de santé publique : Le vieillissement durable. *Med Sci*, 2020, 36 (3). P 195-196.
Disponible sur :
https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2020/03/msc200047/msc200047.html
(Article consulté le 04/01/2023).
58. GIRAudeau N., VALCARCEL J., TASSERY H., et al. Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD. *Eur Res Telemed*. 2014, 3. P 51-56.
Disponible sur:
https://www.researchgate.net/publication/270949060_Projet_e-DENT_teleconsultation_bucco-dentaire_en_EHPAD
(Article consulté le 10/09/2023).
59. GUILBAUD A., MAILLIEZ A., BOULANGER E. Vieillesse, une approche globale, multidimensionnelle et préventive. Paris : *Med Sci*, 2020, 36. P 1173-1180.
Disponible sur :
https://www.medecinesciences.org/fr/articles/medsci/full_html/2020/11/msc200258/msc200258.html
(Article consulté le 05/02/2023).
60. GUPTA A., KHANDELWAL R., KAPIL U. Interrelationship between dental health status and nutritional status among elderly subjects in India. *J Family Med Prim Care*, 2019, 8(2). P 477-481.
Disponible sur:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30984658/>
(Article consulté le 12/02/2023).
61. HEBUTERNE X. Physiopathologie de la dénutrition de la personne âgée et conséquences pour la prise en charge. *Gérontologie et Société*, 2010, 134. P 143-155.
Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2010-3-page-143.htm&wt.src=pdf>
(Article consulté le 10/08/2023).

62. HERCBERG S., GALAN P., PRESZIOSI P., et al. The SU.VI.MAX Study: a randomized, placebo-controlled trial of the health effects of antioxidant vitamins and minerals. *Arch Intern Med*, 2004, 164(21). P 2335-2342.
63. HIDAHA R., MASUDA Y., OGAWA T. Impact of the Comprehensive Awareness Modification of Mouth, Chewing and Meal (CAMCAM) Program on the Attitude and Behavior Towards Oral Health and Eating Habits as Well as the Condition of Oral Frailty: A Pilot Study. *J Nutr Health Aging*, 2023, 27. P 340-347.
Disponible sur :
<https://www.researchsquare.com/article/rs-2604863/latest.pdf>
(Article consulté le 15/08/2023)
64. HUANG J-F., SUN R-J., JIANG W-J., et al. Systematic nutrition management for locally advanced nasopharyngeal carcinoma patients undergoing radiotherapy. *Onco Targets Ther*, 2019, 12. P 8379-8386.
Disponible sur :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31632085/>
(Article consulté le 12/02/2023).
65. HURAIW WM., AL-GHALIB TA., et al. Assessment of Nutritional and Psychosocial Status of Elderly Patients Wearing Removable Dental Prosthetics. *J Pharm Bioallied Sci*, 2022, 14. P 429-432.
Disponible sur :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36110758/>
(Article consulté le 12/02/2023).
66. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. Bilan démographique 2022. Montrouge : Insee Première, 2023, 1935. 4 P.
Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/6687000/ip1935.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).
67. ISHII M., YAMAGUCHI Y., HAMAYA H., et al. Influence of oral health on frailty in patients with type 2 diabetes aged 75 years or older. *BMC Geriatr*, 2022, 22 (145). 9 P.
Disponible sur :
<https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-02841-x#citeas>
(Article consulté le 15/07/2023).
68. JANSSENS B., VANOBBERGEN J., LAMBERT M., et al. Effect of an oral healthcare programme on care staff knowledge and attitude regarding oral health: a non-randomised intervention trial. *Clin Oral Investig*, 2018, 22(1). P 281-292.
69. JIANG C. M., CHU C. H., DUANGTHIP D., et al. Global Perspectives of Oral Health Policies and Oral Healthcare Schemes for Older Adult Populations. *Front Oral Health*, 2021, 2. 13 P.
Disponible sur :
<https://www.readcube.com/articles/10.3389/froh.2021.703526>
(Article consulté le 15/08/2023).
70. JOHANSSON I., ET TORGE C-J., Is an oral health coaching programme a way to sustain oral health for elderly people in nursing homes? A feasibility study. *Int J. Dent Hyg*, 2020, 18(1). P 107-115.
71. JUNIEN C., GALLOU-KABANI C., VIGE A., et al. Epigénomique nutritionnelle du syndrome métabolique. Paris : *Med Sci*, 2005, 21 (4). P 396-404.
Disponible sur :
https://www.medicinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2005/04/medsci2005214p396/medsci2005214p396.html
(Article consulté le 05/02/2023).
72. KAMDEM B., SEEMATTER-BAGNOUD L., BOTRUGNO F., et al. Relationship between oral health and Fried's frailty criteria in community-dwelling older persons. *BMC Geriatr*, 2017, 17(1). 8 P.
Disponible sur :
<https://bmgeriatr.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12877-017-0568-3.pdf?pdf=button%20sticky>
(Article consulté le 10/01/2023).

73. KAPLAN G., TERESA E., et al. Mortality among the elderly in the Alameda County Study: behavioral and demographic risk factors. *Am J Public Health*, 1987, 77. P 307-312.
Disponible sur :
<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.77.3.307>
(Article consulté le 11/08/2023).
74. KAPPELER L., CLEMESSEY M., SAGET S., et al. Regulation of growth: Epigenetic mechanisms. *Annales d'Endocrinologie*, 2017, 78(2). P 92-95.
Disponible sur :
<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-01533314>
(Article consulté le 05/02/2023).
75. KEYS A. Coronary heart disease in seven countries. *Circulation*, 1970: 41(1). P 186-195.
76. KIM, S.-Y., LIM S-A. Number of Teeth According to Hand Strength in Adults: A Cross-Sectional Study of 11,499 South Korean Adults. *Medicina*, 2023, 59. 9 P.
Disponible sur :
<https://www.mdpi.com/1648-9144/59/8/1373>
(Article consulté le 17/08/2023).
77. LARBI K., ROY D. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Montrouge : Insee Première. 2019, 1767. 4 P.
Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/4196949/ip1767.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).
78. LIEBERG B., STOLTZE K., OWALL B. The masticatory handicap of wearing removable dentures in elderly men. *Gerodontology*, 2005, 22(1). P 10-16.
Disponible sur :
<https://europepmc.org/article/MED/15747893>
(Article consulté le 12/02/2023).
79. LISTL S., MORAN V., MAURER J., et al. Dental service utilization by Europeans aged 50 plus. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012, 40. P 164-174.
80. MAILLE G., SALIBA-SERRE B., FERRANDEZ A-M., et al. Objective and perceived oral health status of elderly nursing home residents: a local survey in southern France. *Clin Interv Aging.* 2019, 14. P 1141-1151.
Disponible sur :
https://www.researchgate.net/publication/334090496_Objective_and_perceived_oral_health_status_of_elderly_nursing_home_residents_a_local_survey_in_southern_France
(Article consulté le 16/08/2023).
81. MANGENEY K., BARTHELEMY H., VOGEL T., et al. La santé buccodentaire en EHPAD: état des lieux et suivi des recommandations de soins. *NPG Neurol - Psychiatr – Gériatrie*, 2017, 17(98). P 93-99.
82. MARQUILLIER T., LOMBRAIL P., AZOGUI-LEVY S. Inégalités sociales de santé orale et caries précoces de l'enfant : comment prévenir efficacement ? Une revue de portée des prédicateurs de la maladie. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2020, 68(4). P 201-214.
Disponible sur :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762020303722>
(Article consulté le 17/11/2023).
83. MENARD C., GRIZEAU-CLEMENS D., WEMAERE J. Santé bucco-dentaire des adultes. *INPES -Evolutions.* 2016, 35. 10 P.
Disponible sur :
<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/141710/2119041?version=1>
(Article consulté le 04/06/2023).

84. MENDONÇA D-D., FURTADO M-V., SARMENTO R-A., et al. Periodontitis and tooth loss have negative impact on dietary intake: A cross-sectional study with stable coronary artery disease patients. *J Periodontol*, 2019, 90(10). P 1096-1105.
Disponible sur :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31049952/>
(Article consulté le 12/02/2023).
85. MEURIC V. Des bactéries aux microbiomes. *Clinic*, 2016. P 4-10.
Disponible sur :
https://www.editionsdcp.fr/outils-formation/CLI_349-C3_P04-10_MEURIC.pdf
(Article consulté le 10/08/2023).
86. MIKKELSEN K., APOSTOLOPOULOS V. B Vitamins and Ageing. *Subcell Biochem*, 2018, 90. P 451-470.
87. MILLIEN C. 8 000 chirurgien·ne·s-dentistes supplémentaires d'ici à 2040. *DREES, Etudes et Résultats*, 2017, 1027. 6 P.
Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1027.pdf>
(Document consulté le 04/06/2023).
88. MIRON DE L'ESPINAY A., ROY D. Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici à 2030. *DREES, Etudes et Résultats*, 2020, 1172. 5 P.
Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1172.pdf>
(Article consulté le 04/06/2023).
89. MONAGHAN N-P., MORGAN M-Z. What proportion of dental care in care homes could be met by direct access to dental therapists or dental hygienists ?. *BDJ team*, 2015, 219. P 531-534.
Disponible sur :
<https://www.nature.com/articles/bdjteam201649>
(Article consulté le 16/08/2023).
90. MOYNIHAN P., VARGHESE R. Impact of Wearing Dentures on Dietary Intake, Nutritional Status, and Eating: A Systematic Review. *JDR Clin Trans Res*, 2022, 7(4). P 334-351.
Disponible sur :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34210202/>
(Article consulté le 12/02/2023).
91. NAKAMURA M., NAGAHATA T., KONDO I., et al. Having few remaining teeth is associated with a low nutrient intake and low serum albumin levels in middle-aged and older Japanese individuals: findings from the NIPPON DATA2010. *Environ Health Prev Med*, 2019, 24(1). 9 P.
Disponible sur :
<https://environhealthprevmed.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12199-018-0752-x.pdf?pdf=button%20sticky>
(Article consulté le 09/02/2023).
92. NATAPOV L., BERG-WARMAN A., KERMEL-SCHIFFMAN I., et al. Dental Services Utilization by over 65 Years Old in Israel in 2020. *OBM Geriatrics*, 2022, (6). 11 P.
Disponible sur :
<https://www.lidsen.com/journals/geriatrics/geriatrics-06-04-212>
(Article consulté le 15/08/2023).
93. NATAPOV L., KUSHNIR D., GOLDSMITH R., et al. Dental status, visits, and functional ability and dietary intake of elderly in Israel. *Isr J Health Policy Res*, 2018, 7(1). 5 P.
Disponible sur :
https://www.researchgate.net/publication/329342564_Dental_status_visits_and_functional_ability_and_dietary_intake_of_elderly_in_Israel
(Article consulté le 12/02/2023).

94. NESVOLD M-B., JENSEN J-L., HOVE L-H., et al. Dietary intake, body composition, and oral health parameters among female patients with primary Sjögren's syndrome. *Nutrients*, 2018,10(7). 12 P.
Disponible sur :
https://www.researchgate.net/publication/326193845_Dietary_Intake_Body_Composition_and_Oral_Health_Parameters_among_Female_Patients_with_Primary_Sjogren's_Syndrome
(Article consulté le 10/01/2023).
95. OKAMOTO N., AMANO N., NAKAMURA T., et al. Relationship between tooth loss, low masticatory ability, and nutritional indices in the elderly: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 2019, 19(1). 10 P.
Disponible sur:
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12903-019-0778-5>
(Article consulté le 12/02/2023).
96. OKAMOTO N., MORIKAWA M., YANAGI M., et al. Association of Tooth Loss with Development of Swallowing Problems in Community-Dwelling Independent Elderly Population: The Fujiwara-kyo Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2015, 70(12). P 1548-1554.
Disponible sur :
<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-pdf/70/12/1548/16744447/glv116.pdf>
(Article consulté le 12/05/2023).
97. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES. Incisiv : la fin de dix ans de procédure. ONCD la lettre. ONCD, 2023 (208). P 8.
Disponible sur :
<https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2023/09/ONCD-LA-LETTRE-208.pdf>
(Article consulté le 28/10/2023).
98. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES. Qui sont les primo-inscrits. Paris : La lettre, 2023, 205. P 12-18.
Disponible sur :
https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2023/04/ONCD-LA-LETTRE-205_2023.pdf
(Article consulté le 04/06/2023).
99. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Santé bucco-dentaire – soixante quatorzième assemblée mondiale de la santé, point 13.2 de l'ordre du jour. Geneva: World Health Organization, 2021. 5 P.
Disponible sur:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R5-fr.pdf
(Déclaration consultée le 04/06/2023).
100. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles - soixante-quinzième assemblée mondiale de la santé a75/10 add.1 point 14.1 de l'ordre du jour. Geneva: World Health Organization, 2022. 14 P.
Disponible sur:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add1-fr.pdf
(Déclaration consultée le 04/06/2023).
101. PENA-ROOMERO A., NAVAS-CARILLO D., MARIN F., et al. The future of nutrition: Nutrigenomics and nutrigenetics in obesity and cardiovascular diseases. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 2018, 58(17). P 3030 – 3041.
102. PERROT TAFFOREAU F. Epigénétique et génétique tissent le fil de soi. *Insistance*, 2017, 13. P 137-152.
Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-insistance-2017-1-page-137.htm>
(Article consulté le 12/01/2023).
103. PERUCHI C-T-R., POLI-FREDERICO R-C., CARDELLI A-A-M., et al. Association between oral health status and central obesity among Brazilian independent-living elderly. *Braz Oral Res*, 2016, 30(1). 9 P.
Disponible sur :
<http://www.scielo.br/pdf/bor/v30n1/1807-3107-bor-30-1-1807-3107BOR-2016vol300116.pdf>
(Article consulté le 10/01/2023).

104. PIERRE A., RECHEREAU T. L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. IRDES Questions d'économie de la santé, 2022, 268. 8 P.
Disponible sur :
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/268-l-absence-de-couverture-par-une-complementaire-sante-en-france-en-2019.pdf>
(Article consulté le 08/08/2023).
105. POISSON P., LAFFOND T., CAMPOS S., et al. Relationships between oral health, dysphagia, and undernutrition in hospitalised elderly patients. Gerodontology, 2016, 33(2). P 161-168.
Disponible sur :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24612262/>
(Article consulté le 05/02/2023).
106. RAGOT J-P., AURIOL M., BERTRAND J-C. Vieillesse des glandes salivaires : bouches sèches des personnes âgées. Actual Odontostomatol, 2001, 215. P 345-365.
107. RENERS M., LAMBERT F., SALHI L. Parodontite et maladies systémiques : explication des mécanismes. Inf Dent, 2022, 13. P 54-56.
108. ROWE J-W., KAHN R-L. "Successful Aging". The Gerontologist, 1997, 37 (4). P 433-440.
Disponible sur :
<https://academic.oup.com/gerontologist/article-pdf/37/4/433/1680300/37-4-433.pdf>
(Article consulté le 01/01/2023).
109. SANDMÆL JA., SAND K., BYE A., et al. Nutritional experiences in head and neck cancer patients. Eur J Cancer Care, 2019, 28(6). 11 P.
Disponible sur :
https://www.researchgate.net/publication/336153508_Nutritional_experiences_in_head_and_neck_cancer_patients
(Article consulté le 12/02/2023).
110. SAULUE P., CARRA M-C., LALUQUE J-F., et al. Comprendre le bruxisme chez l'enfant et l'adolescent. International Orthodontics, 2015, 13. P 489-506.
Disponible sur :
https://www.researchgate.net/publication/283220352_Understanding_bruxism_in_children_and_adolescents
(Article consulté le 09/09/2023).
111. SHANAHAN D., O'NEILL D. Barriers to dental attendance in older patients. Ir Med J. 2017, 110. 7 P.
Disponible sur :
https://www.researchgate.net/publication/315860408_Barriers_to_dental_attendance_in_older_patients
(Article consulté le 15/08/2023)
112. SHANG J., LIU H., ZHENG Y., et al. Role of oxidative stress in the relationship between periodontitis and systemic diseases. Front. Physiol, 2023, 14. 7 P.
Disponible sur :
https://www.researchgate.net/publication/372335917_Role_of_oxidative_stress_in_the_relationship_between_periodontitis_and_systemic_diseases
(Article consulté le 12/08/2023).
113. SIGURDARDOTTIR A., GEIRSDOTTIR O., et al Cross-sectional study of oral health care service, oral health beliefs and oral health care education of caregivers in nursing homes. Geriatric Nursing, 2022, 43. P138-145.
Disponible sur:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457221003621>
(Article consulté le 24/08/2023).
114. SKROBOT VIDACEK N., NANIC L., RAVLIC S., et al. Telomeres, Nutrition and Longevity: Can we really navigate our aging? The Journals of Gerontology, 2018, A (73). P 39-47.
Disponible sur:
<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/73/1/39/3828300?login=false>
(Article consulté le 08/09/2023).

115. SOMME D. Financement de la perte d'indépendance : l'urgence à changer d'outil. Paris : Gérontologie et société, 2019, 41. P 175-182.
Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2019-1-page-175.htm>
(Article consulté le 11/08/2023).
116. STUCK A-K., SCHIMMEL M. A model for a geriatric teaching programme and its impact on self-rated and tested competencies of undergraduate dental students. European Journal of Dental Education, 2022, 26(1). P 21-27.
Disponible sur:
https://www.researchgate.net/publication/348887158_A_model_for_a_geriatric_teaching_program_and_its_impact_on_self-rated_and_tested_competencies_of_undergraduate_dental_students
(Article consulté le 15/08/2023).
- 117.. TANI A., MIZUTANI S., KISHIMOTO H., et al. The impact of nutrition and oral function exercise and oral function exercise on among community-dwelling older people. Nutrients, 2023, 15. 14 P.
Disponible sur :
<https://www.mdpi.com/2072-6643/15/7/1607>
(Document consulté le 15/08/2023).
118. TRAVER F., DU SAUCEY MJ., GAUCHER C. Etat bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD). Santé Publique, 2014, 26. P 481-490.
Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-481.htm>
(Article consulté le 09/09/2023).
119. VENDOLA MC., JACOB-FILHO W. Impact of oral health on frailty syndrome in frail older adults. Sao Paulo : Einstein, 2023, 21. 7 P.
Disponible sur :
<https://www.scielo.br/j/eins/a/qdMx7Tmn3RtT6XNxVXbshfK/?format=pdf&lang=en>
(Article consulté le 15/07/2023).
120. VERNAY M. BONALDI C. GREMY I. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. Santé publique, 2015, 27. P 189-197.
Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-189.htm>
(Article consulté le 11/08/2023).
121. VEYNACHTER T., SURAL Y., BAUDOT P., et al. Diagnostic performance of two teledentistry tools in elderly care facilities: the ONE-1 protocol for a pilot prospective diagnostic study. BMJ Open. 2023. 8 P.
Disponible sur :
<https://bmjopen.bmj.com/content/13/4/e063906>
(Article consulté le 20/08/2023).
122. WATSON S., MCGOWAN L., MCCRUM L-A., et al. The impact of dental status on perceived ability to eat certain foods and nutrient intakes in older adults: crosssectional: analysis of the UK National Diet and Nutrition Survey 2008–2014. Int J Behav Nutr Phys Act, 2019, 16. 13 P.
Disponible sur:
https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/files/169106851/s12966_019_0803_8.pdf
(Article consulté le 12/02/2023).
123. WEBER J-C. Traiter quoi, soigner qui?. Cahiers philosophiques. 2011, 125. P 7-29.
Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques1-2011-2-page-7.htm>
(Article consulté le 03/10/2023).
124. WEISENBERGER D-J. Characterizing DNA methylation alterations from The Cancer Genome Atlas. The Journal of Clinical Investigation, 2014, 124(1). P 17-23.
Disponible sur :
<https://www.jci.org/articles/view/69740>
(Article consulté le 13/02/2023).

125. WÜLLNER U., KAUT O., DEBONI L., et al. DNA methylation in Parkinson's disease. J Neurochem, 2016, 139. P 108-120.

126. XU X. DNA methylation and cognitive aging. Oncotarget, 2015, 6(16). P 13922-13932.

Disponible sur :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546441/pdf/oncotarget-06-13922.pdf>

(Article consulté le 08/09/2023).

127. ZENTHÖFER A., MEYER-KÜHLING I., HUFELAND A L., et al. Carers' education improves oral health of older people suffering from dementia - results of an intervention study. Clin Interv Aging, 2016, 11. P 1755-1762.

Disponible sur :

https://www.researchgate.net/publication/311245656_Carers'_education_improves_oral_health_of_older_people_suffering_from_dementia_-_Results_of_an_intervention_study

(Article consulté le 22/08/2023).

128. ZHU Y., HOLLIS J-H. Tooth loss and its association with dietary intake and diet quality in American adults. J Dent, 2014, 42(11). P 1428-1435.

Disponible sur :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25174947/>

(Article consulté le 29/12/2022).

Rapports.

2.129. AGIRC- ARCO. Etude nationale 2018 bien vieillir : les déterminants de la santé bucco-dentaire en partenariat avec la CNAV. Retraite complémentaire AGIRC-ARCO, 2018. 117 P.

Disponible sur :

<http://gerontopolesud.fr/sites/default/files/%C3%89tude%20nationale%20CPBVAA%20Light%20MeL.pdf>

(Rapport consulté le 17/11/2023).

130. ANGUIS M., BERGEAT M., PISARIK J., et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Les dossiers de la DREES, 2021, 76. 68 P.

Disponible sur :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>

(Rapport consulté le 04/06/2023).

131. CARCAILLON-BENTATA L., HA C., DELMAS M-C., et al. Enjeux sanitaires de l'avancée en âge. Epidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et surveillance de leurs déterminants à mi-vie. Santé Publique France, 2021. 41 P.

Disponible sur :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/488804/3693208?version=1>

(Rapport consulté le 11/08/2023).

132. CARLAC'H D., OUARDINI M., ROMEO K. L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas. Assurance Maladie – Drees, 2018. 74 P.

Disponible sur :

https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-01_soins-bucco-dentaires-allemande-suède-pays-bas_assurance-maladie.pdf

(Rapport consulté le 04/06/2023).

133. CARRERE A., DUBOST C-L. Etat de santé et dépendance des séniors. Paris : Insee Références, 2018. 88 P.

Disponible sur :

https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3646032/FPORSOC18e_EC5_sante-seniors.pdf

(Rapport consulté le 10/08/2026).

134. CLAYES A., VIALATTE J-S. Les enjeux et les perspectives de l'épigénétique dans le domaine de la santé. Office Parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, 2016, tome 1. 306 P.

Disponible sur :

<https://www.senat.fr/rap/r16-033-1/r16-033-11.pdf>

(Rapport consulté le 15/01/2023).

135. CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES. Rapport annuel Évolutions et perspectives des retraites en France. Paris : COR, 2022. 345 P.
Disponible sur :
https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2023-02/RA_COR2022_def.pdf
(Rapport consulté le 04/06/2023).
136. DEBORD V. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Paris : Assemblée Nationale, 2010, 2647. 128 P.
Disponible sur :
<https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>
(Rapport consulté le 10/09/2023).
137. DEFENSEUR DES DROITS. Rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD. Paris : Défenseur des droits, 2021. 68 P.
Disponible sur :
<https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-ehpad-num-29.04.21.pdf>
(Rapport consulté le 19/08/2023).
138. DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. Les dépenses de santé en 2022 – résultats des comptes de la santé. DREES – Panorama, 2023. 286 P.
Disponible sur :
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202022%20-%20R%C3%A9sultats%20des%20comptes%20de%20la%20sant%C3%A9%20-%20C3%89dition%202023_0.pdf
(Rapport consulté le 10/11/2023).
139. FOLLIGUET M. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées. Direction Générale de la Santé, 2006. 47 P.
Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf
(Rapport consulté le 17/05/2023).
140. GLICK M., XILLIAMS DM., BEN YAHYA I., et al. Vision 2030: Délevering Optimal Oral Health for All. Geneva, FDI World Dental Federation, 2021. 54 P.
Disponible sur :
https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-04/vision-2030-fra_0.pdf
(Rapport consulté le 15/07/2023).
141. HAUT COMITE CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE. Politique de la vieillesse – rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse. Paris : La documentation Française, 1962. 435 P.
142. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de plus de 70 ans - argumentaire. Paris : HAS, 2021. 193 P.
Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3297890/fr/diagnostic-de-la-denuitrition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus-argumentaire
(Rapport consulté le 05/02/2023).
143. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Évaluation du détartrage-surfaçage radiculaire (assainissement Parodontal) dans le traitement des parodontites. Paris : HAS, 2018. 68 P.
Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-12/ac_2018_0062_assainissement_parodontal_cd_2018_12_19_vd.pdf
(Rapport consulté le 04/06/2023).
144. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Note méthodologique et de synthèse documentaire « comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ». Paris : HAS, 2013. 16 P.
Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodologique_fragilite_vf.pdf
(Rapport consulté le 11/08/2023).

145. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse. Paris : HAS, 2021. 11 P.
Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/cadrage_pec_buccodentaire_17_11_21_coi_mel.pdf
(Rapport consulté le 04/06/2023).
146. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Stratégies de prévention de la carie dentaire, synthèses et recommandations. Paris : HAS, 2010. 26 P.
Disponible sur :
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
(Rapport consulté le 04/06/2023).
147. HESCOT P., MOUTARDE A. Rapport de la mission « Handicap et Santé Bucco-dentaire », améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Paris : Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, 2010. 61 P.
Disponible sur :
https://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/IMG/pdf/morano_rapport.pdf
(Rapport consulté le 10/05/2023).
148. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. Bilan démographique 2022. Montrouge : Insee, 2022. 224 P.
Tableau de bord interactif disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/>
(Rapport consulté le 04/06/2023).
149. JAPAN DENTAL ASSOCIATION. The current evidence of dental care and oral health for achieving healthy longevity in an aging society. JDA, 2015. 294 P.
Disponible sur :
<https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015En.pdf>
(Rapport consulté le 15/07/2023).
150. JEANDEL C, GUERIN O. Rapport de mission sur les Unités de Soins de Longue Durée et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes – 25 recommandations. 2021. 132 P.
Disponible sur :
https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-11/rapport_jeandel-guerin.pdf
(Rapport consulté le 30/08/2023).
151. LIBAULT D. Rapport de la concertation Grand âge. Paris : République Française, 2019. 228 P.
Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
(Rapport consulté le 30/08/2023).
152. OBSERVATOIRE DES INEGALITES. Rapport sur les inégalités en France en 2023. Observatoire des inégalités, 2023. 160 P.
153. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE. Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives. Paris : rapport de l'ONDPS, 2021. 144 P.
Disponible sur :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf
(Rapport consulté le 04/06/2023).
154. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Decade of Healthy Ageing 2020-2030. Geneva: World Health Organization, 2020. 31 P.
Disponible sur:
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-apr2020-fr.pdf?sfvrsn=5be17317_6
(Rapport consulté le 04/06/2023).

155. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization, 2022. 95 P.

Disponible sur:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352711/9789240034662-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(Rapport consulté le 04/06/2023).

156. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization, 2022. 100 P.

Disponible sur:

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1479338/retrieve>

(Rapport consulté le 04/06/2023).

157. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Projet de Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire (2023–2030). Geneva: World Health Organization, 2023. 67 P.

Disponible sur:

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/oral-health/eb152-draft-global-oral-health-action-plan-2023-2030-fr.pdf?sfvrsn=2f348123_19&download=true

(Rapport consulté le 04/06/2023).

158. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030. Geneva: World Health Organization, 2018. 8 P.

Disponible sur:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327511/B144_26-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(Rapport consulté le 04/06/2023).

159. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Vieillir en restant actif. Geneva: World Health Organization, 2002. 59 P.

Disponible sur :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67758/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(Rapport consulté le 01/01/2023).

160. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE. Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action. Geneva: World Health Organization, 2021. 114 P.

Disponible sur:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351687>

(Rapport consulté le 04/06/2023).

161. REPUBLIQUE FRANCAISE. Rapport économique, sociale et financier – annexe au projet de loi de finance. – perspectives économiques et des finances publiques – 2014. République Française, 2023. 185 P.

Disponible sur :

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/149b902e-98a5-4d0d-b927-f9a7cb54121e/files/182ec7de-36c8-44ce-b923-8509fda98410>

(Rapport consulté le 20/11/2023).

162. WINKELMANN J., ROSSI J-G., GINNEKEN E. Oral health care in Europe – Financing, access, and provision. Health Systems in Transition. 2022, 24(2). 169 P.

Disponible sur:

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1431126/retrieve>

(Rapport consulté le 10/09/2023).

Thèses.

163. ABOULKHEIR E. Evaluation de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées en EHPAD. Université Paris Diderot 7, thèse d'exercice, 2017.67 P.

Disponible sur :

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02337174/document>

(Thèse consultée le 17/11/2023).

164. BAUDOT P. La psychogériatrie et la sphère oro-faciale. Université de Limoges, mémoire du diplôme d'université de psychiatrie de la personne âgée, 2013. 36 P.

Disponible sur :

<https://www.fichier-pdf.fr/2013/10/11/la-psychogeriatie-et-la-sphere-oro-faciale-dr-baudot/la-psychogeriatie-et-la-sphere-oro-faciale-dr-baudot.pdf>

(Mémoire consulté le 24/06/2023).

165. BAUDOT P. Présentation d'un projet global de Télémédecine Bucco-Dentaire. Université de Franche Comté, diplôme interuniversitaire de Médecine, 2020. 81 P.

166. BONEL A. Le système de santé bucco-dentaire Japonais. Université Claude Bernard – Lyon 1. Thèse d'exercice, 2016. 51 P.

Disponible sur :

https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/6e40413e-4ebb-4b82-a8c4-2fab0dd45182/blobholder:0/Thod_2016_BONNEL_Ariane.pdf

(Thèse consultée le 21/11/2023).

167. GIMMIER E. Impact de la nutrition et des bactéries Escherichia coli adhérentes et invasives associées à la maladie de Crohn sur les marqueurs épigénétiques et l'expression des gènes. Université Clermont Auvergne, thèse de microbiologie, 2020. 357 P.

Disponible sur :

<https://theses.hal.science/tel-03430197/>

(Thèse consultée le 05/02/2023).

168. INQUIMBERT C. Caractérisation du microbiome interdentaire des adolescents. Université Claude Bernard Lyon 1, thèse de Doctorat, 2020. P 23-31.

Disponible sur :

<https://theses.hal.science/tel-02560082v1/file/TH2020INQUIMBERTCAMILLE.pdf>

(Thèse consultée le 09/09/2023).

169. MAZOUZ M. Contribution à l'utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes : Etude sur les Hauts de Seine. Université Paris Diderot – Paris 7, thèse d'exercice, 2017. 92 P.

Disponible sur :

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02372058/document>

(Thèse consultée le 15/08/2026).

170. MOUNIER A. La gingivite chez l'enfant et l'adolescent. Université de Nantes, thèse d'exercice, 2011. 71 P.

Disponible sur :

<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/3eb1182b-0330-4f2a-83c7-3a459976938b>

(Thèse consultée le 09/09/2023).

Site Internet.

172. INSITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES. L'espérance de vie en France. Site internet de l'INED, 2020.

Disponible sur :

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>

(Page consultée le 04/06/2023).

173. VIE PUBLIQUE AU CŒUR DES DEBATS. Bilan démographique 2022 : la France compte 68 millions d'habitants. Site internet de la Direction de l'information légale et administrative, 2023.

Disponible sur :

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/287871-bilan-demographique-2022-la-france-compte-68-millions-dhabitants>

(Page consultée le 27/11/2023).

UN PROGRAMME « BIEN VIEILLIR AVEC DES DENTS »

Objectif 2040 : 20/80/85

20 dents au minimum pour 80% des personnes âgées de 85 ans

25 propositions

Mémoire de l'Exécutive master Gestion et Politique de Santé

Rattachement : SciencesPo EXECUTIVE EDUCATION

SciencesPo
Institut d'Etudes Politiques de Paris
27 rue Saint-Guillaume
75337 Paris cedex 07

Référent : Docteur François BOURDILLON

Mots clés :

Dépendance, nutrition, objectif 2040, parcours de soins, personnes âgées, prévention bucco-dentaire, programme « bien vieillir », propositions, santé bucco-dentaire.

Résumé :

L'Organisation Mondiale de la Santé rappelle que les affections bucco-dentaires sont très répandues dans le monde et « sont étroitement liées aux maladies non transmissibles entraînant une charge sanitaire, sociale et économique très importante ». Le vieillissement de la population, en particulier en France, participe à la dégradation de la santé bucco-dentaire en lien avec les maladies chroniques et la malnutrition. L'Etat français par l'intermédiaire de la Caisse National d'Assurance Maladie, a renforcé la prise en charge financière d'un panier de soin avec l'aide des assurances complémentaires ou dans le cadre de la solidarité nationale. Contrairement à d'autres pays dans le monde dont le Japon, l'Allemagne, la Suède et bientôt le Canada, la France rencontre des difficultés à construire et à promouvoir une vraie politique de prévention de la santé bucco-dentaire pour tous et tout au long de la vie, permettant la mise en place d'un parcours de soins coordonnés. L'analyse des recommandations, la compilation de différentes sources et les échanges avec plus d'une vingtaine de parties prenantes de la santé bucco-dentaire des personnes âgées ont permis de construire un programme « Bien vieillir avec des dents » permettant à 80% des personnes âgées de 85 ans d'avoir au moins 20 dents à l'horizon 2040.

Summary:

The World Health Organization recalls that oral diseases are very widespread and "are closely linked to non-communicable diseases causing a very significant health, social and economic burden". The aging of the population, particularly in France, contributes to the deterioration of oral health linked to chronic diseases and malnutrition. The French State, through the National Health Insurance Fund, has strengthened the financial coverage of a basket of care with the help of complementary insurance or as part of national solidarity. Unlike other countries in the world including Japan, Germany, Sweden and soon Canada, France is encountering difficulties in building and promoting a real oral health prevention policy for all and throughout the life allowing the establishment of a healthcare circuit. The analysis of the recommendations, the compilation of different sources and discussions with more than twenty stakeholders in the oral health of elderly people made it possible to construct a "Aging well with teeth" program allowing 80 % of people aged 85 to have at least 20 teeth by 2040.