



RAPPORT FINAL D'ÉVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

Projet d'expérimentation CHER 18 buccodentaire (CHER18)

Projet de dépistage et de diagnostic des problèmes de santé bucco-dentaire des personnes à mobilité réduite dans les établissements et services médicaux-sociaux du Cher, en utilisant les outils de télémédecine

Version du 16 juin 2023

Référent(s) – TRAVAUX D'ÉVALUATION :

Marieke PODEVIN, ARGO Santé, marieke.podevin@argosante.fr, 06 79 62 14 49

Référent(s) – CONSORTIUM :

Mariana BEIJA, Government Healthcare, beija@govhe.com

GLOSSAIRE

Cette page détaille les acronymes utilisés dans le rapport

ALD	Affection Longue Durée	IDEC	IDE de Coordination
AMP	Aide Médico-Psychologique	IME	Institut Médico-Educatif
ARS	Agence Régionale de Santé	IMC	Indice de Masse Corporelle
ASH	Aide-Soignante Hospitalière	ISEP	Institut Spécialisé d'Education pour Polyhandicapés
ASA	Activités et Soins Adaptés	LPPR	Liste des Produits et Prestations Remboursables
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique	LPPR	Liste des Produits et Prestations Remboursables
ATIH	Agence technique de l'information sur l'Hospitalisation	MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation	MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux	MT	Médecin Traitant
CH	Centre Hospitalier	NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
CIM	Classification Internationale des Maladies	NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
CIP	Code Identifiant de Présentation	ONCD	Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
CNAM	Caisse National d'Assurance Maladie	ORS	Observatoire Régionale de la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	PH	Personnes Handicapées
CNIL	Commission National de l'Informatique et des Libertés	PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
CVL	Centre-Val de Loire	RPPS	Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
DAS	Diagnostic Associé	RPU	résumés de passage aux urgences
DCIR	Datamart de Consommation Inter Régime	SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
DIM	Direction de l'Information Médicale	SYRIUS	Système de recueil de l'information des urgences
DP	Diagnostic Principal	UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
DR	Diagnostic Relié	UO	Unité d'Œuvre
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes	URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
EMS	Etablissements Médico-Sociaux ; cet acronyme utilisé dans le rapport renvoie à la liste des établissements du Cher bénéficiant du dépistage comme définie dans le cahier des charges (EHPAD, FAM, MAS, ISEP, IME)		
ETP	Equivalent Temps Plein		
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé		
FIR	Fond d'Intervention Régional		
FISS	Fond pour l'Innovation du Système de Santé		
GHM	Groupe Homogène de Maladie		
GHS	Groupe Homogène de Séjour		
GHT	Groupement Hospitalier du Territoire		
GIR	Groupe Iso-Ressources		
HAD	Hospitalisation A Domicile		
HBD	Hygiène Bucco-Dentaire		
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat		
IDED	Infirmière Diplômée d'Etat de Dépistage		

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	2
TABLE DES MATIERES	3
FICHE SIGNALETIQUE.....	4
I. RESUME DE L'EXPERIMENTATION.....	5
II. PREAMBULE	6
III. SYNTHESE DES RESULTATS DES EVALUATIONS A MI-PARCOURS ET FINALE (Q1 A Q6).....	10
IV. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES DE LA PHASE FINALE	14
V. CONCLUSIONS DU RAPPORT FINAL	54
ANNEXE : TRAVAUX D'EVALUATION A MI-PARCOURS	59

FICHE SIGNALÉTIQUE

Titre de l'expérimentation	Projet de dépistage et de diagnostic des problèmes de santé buccodentaire des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico-sociaux du Cher, en utilisant les outils de télémédecine	
Porteur(s)	Le projet est porté par le Groupement Hospitalier de Territoire du Cher composé de 5 établissements et dont l'établissement support est le CH JACQUES CŒUR DE BOURGES	
Partenaire(s)	CH George Sand, CH de Saint-Amand Montrond, CH de Sancerre, CH de Vierzon, Dr Manuel Fort, Président de DENTACCESS18, Chirurgien-dentiste libéral, Dr Cécile Satge, Chirurgien-Dentiste libéral.	
Territoire(s) concerné(s)	Territoire du Cher	
Nature du projet	Départemental	
Public cible	Le public cible est l'ensemble des résidents des Etablissements sociaux et médico-sociaux du Cher. Objectif cible : 4619 dépistages dans 65 EMS	
Professionnels de santé et structures impliqués	Deux infirmières formées à la réalisation de clichés à l'aide de la caméra endo buccale Deux chirurgiens-dentistes qui interprètent les clichés et rédigent un bilan comprenant les préconisations à suivre par le résident	
Objectifs principaux	Les objectifs principaux de cette expérimentation sont de : <ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'accès à un dépistage bucco-dentaire pour les personnes à mobilité réduite en établissement • Offrir un accès à des actions de prévention sur le lieu de vie des personnes à mobilité réduite • Améliorer l'état bucco-dentaire des résidents • Sensibilisation des prof. de santé à l'hygiène buccodentaire des résidents 	
Objectifs opérationnels	Les objectifs d'ordre opérationnel de l'expérimentation sont de : <ul style="list-style-type: none"> • Retarder ou éviter les déplacements des résidents vers les cabinets dentaires • Développer l'usage des outils de télémédecine • Développer les relations Ville-hôpital et favoriser le développement de montée en compétences de certains professionnels de santé 	
Coût prévu de l'expérimentation	FISS	Financement forfaitaire par patient en 3 fois à partir du début de l'expérimentation. Financement des dépenses en personnels, déplacements, actes. Forfait de 126,97 € / dépistage. Coût global : 586K€ (rallonge de 50k€ pour couvrir les coûts de l'expérimentation pendant période covid)
	FIR	Financement du matériel nécessaire au bon déroulement de l'expérimentation : 3 caméras endo buccales (15K€)
Dates de début	Publication arrêté : 30 Juillet 2019	
	Prévision inclusion premier patient : Septembre 2019	
	La date du début de l'expérimentation correspond à la date d'inclusion du premier patient. Il est à noter que dans cette expérimentation, une phase pilote avait débuté en septembre 2018. Les résidents ayant participé à cette phase pilote ont été pour certains inclus dans l'expérimentation (prise en charge identique). Du fait de la situation sanitaire en France (Pandémie de coronavirus), l'expérimentation a été stoppée à deux reprises en 2020 et a repris le 18 février 2021.	
Durée	L'expérimentation était prévue sur 3 ans. Cette durée a été ajustée à la situation sanitaire en lien avec l'épidémie de covid19 ; l'expérimentation a été rallongée jusqu'au 15 juillet 2023.	

I. RESUME DE L'EXPERIMENTATION

Le dispositif de dépistage mis en place, piloté et coordonné par le GHT du Cher permet de réaliser des clichés de la cavité buccale de résidents d'établissements médico-sociaux sans qu'ils aient besoin de se déplacer. Ces clichés sont réalisés par une IDE de dépistage (IDED) formée, puis transmis grâce à un outil de télémédecine à un chirurgien-dentiste chargé d'établir un bilan bucco-dentaire. Celui-ci émet des préconisations en matière d'hygiène et de prise en charge bucco-dentaires dans un compte-rendu qui doit être transmis au résident et à son médecin traitant. Ce projet a pour but d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des résidents en établissements médico-sociaux (EMS) du Cher, de garantir l'accès à des actions de prévention sur le lieu de vie de ces résidents et l'accès des résidents en EMS à un dépistage bucco-dentaire.

Le forfait vise à assurer la rémunération des actes de dépistage, à réduire les consultations bucco-dentaires d'urgence pour des pathologies graves et donc à rendre les soins bucco-dentaires plus efficaces. L'ensemble des établissements médico-sociaux du Cher participe à cette expérimentation, soit 42 EHPADs (4182 lits) et 18 structures pour personnes handicapées (431 places). Selon l'arrêté du 30 juillet 2019, l'expérimentation devait durer 3 ans et être divisée en 3 phases de dépistages. Elle a débuté en septembre 2019, une prolongation jusqu'au 15 juillet 2023 a été autorisée par l'arrêté du 10 mai 2022. La cible des dépistages à effectuer initialement sur trois ans était de 4613 résidents.

Le titre du cahier des charges évoque les établissements sanitaires et médico-sociaux et la page 2 du cahier des charges utilise le terme d'établissements médico-sociaux. Le rapport se référera au terme *d'établissements médico-sociaux (EMS)* et non d'établissements sanitaires et médico-sociaux afin de refléter selon le cahier des charges la liste des établissements participants à l'expérimentation, à savoir les EHPAD et structures pour personnes handicapées visités (IME, FAM, MAS, ISEP).

Ce rapport correspond à l'évaluation finale qualitative descriptive de cette expérimentation, trois ans et dix mois après l'inclusion du premier patient (16 septembre 2019). Cette évaluation finale rassemble les éléments permettant d'évaluer :

- La faisabilité, l'opérationnalité et l'efficacité du dispositif sur la base des informations collectées au cours des travaux d'évaluation à mi-parcours (annexe) et des nouvelles informations collectées en phase finale d'évaluation,
- la reproductibilité du dispositif en se focalisant sur les facteurs de succès et les points d'attention de même que sur le contexte local du dispositif.

II. PREAMBULE

1. Contenu du rapport d'évaluation finale

Le présent rapport d'évaluation finale de l'expérimentation a pour principal objectif de compléter l'état des lieux qualitatif produit lors des travaux d'évaluation à mi-parcours à partir de données consolidées et/ou de données nouvelles collectées depuis les travaux à mi-parcours et de produire des éléments permettant d'apprécier la reproductibilité du dispositif expérimenté (facteurs de succès, points d'attention, données contextuelles et environnementales permettant d'appréhender le rôle de certains facteurs favorisant ou au contraire limitant le dispositif dans sa possible généralisation).

L'évaluation finale de l'expérimentation a été guidée par les six questions évaluatives suivantes (dont les objectifs sont détaillés dans le rapport présentant les travaux d'évaluation à mi-parcours présenté en annexe) :

Q1 - Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?

Q2 - Qu'apporte la mise en place d'un dispositif de dépistage bucco-dentaire sur le lieu de vie des résidents ?

Q3 - Les recommandations à la suite des dépistages sont-elles appliquées correctement pour tous les profils de résidents ?

Q4 - L'usage de la télémédecine a-t-il permis une évolution dans les pratiques professionnelles ?

Q5 - Le dispositif permet-il de réduire les dépenses de santé ?

Q6 - Le dispositif est-il transposable à d'autres territoires, structures ou situations (domicile, types de handicap...) ?
(Phase finale uniquement)

L'évaluation finale apporte principalement :

1. la synthèse des résultats de l'évaluation globale (incluant les phases d'évaluations à mi-parcours et finale sur les 6 questions évaluatives)
2. la réponse détaillée aux questions évaluatives concernant :
 - a) la mise à jour des données de montée en charge du dispositif et de ressources allouées (Q1), la description du vécu du dispositif par les résidents et de son utilité du point de vue des aidants (Q2), l'attractivité et les limites du dispositif du point de vue des structures dépistées (Q4) et la nature des surcoûts éventuels (Q5)
 - b) la réponse à la question Q6 sur la reproductibilité du dispositif, notamment à partir de données territoriales (contexte local et autres dispositifs de dépistage buccodentaire sur le lieu de vie des résidents) et des pistes apportées par l'équipe projet sur les facteurs de succès et d'amélioration du dispositif si ce dernier devait être généralisé
3. Une conclusion de l'évaluation articulée autour de :
 - a) la liste des facteurs de succès et des points d'attention / points de progrès produite à mi-parcours et remise à jour sur la base de la dernière visite sur site auprès du porteur
 - b) une piste d'organisation d'un recours au soins intégré au dépistage dans l'optique d'une éventuelle généralisation du dispositif

2. Données recueillies pour l'évaluation finale

L'expérimentation a été évaluée en phase finale sur la base de données complémentaires aux travaux d'évaluation à mi-parcours présentés en annexe, en particulier :

- ✓ Les documents envoyés par le porteur (phase finale) :
 - Rapports d'étapes de l'évaluation
 - Comptes-rendus des COPIL
 - Fiche de suivi des activités de coordination (nature des activités et temps passé)
 - Tableau de suivi des dépistages par établissement (donnée agrégées) et des préconisations formulées par les chirurgiens-dentistes (actualisation au 31 décembre 2022)
 - Une fiche de d'activité de coordination et de temps renseignée par l'IDE de coordination du projet
- ✓ Les données recueillies auprès des aidants familiaux de résidents du dernier EHPAD dépisté à la date des entretiens (10 entretiens semi-directifs individuels téléphoniques simples d'une durée variant de 20 à 45mn réalisés entre le 7 et le 29 novembre 2022, sélectionnés par le porteur de projet parmi ceux qui avaient donné leur accord et qui étaient en capacité et les plus disponibles pour nous accorder du temps)
- ✓ Une enquête en ligne auprès des structures dépistées, mise en œuvre le 14 septembre 2022 pour une durée terrain de deux mois
- ✓ L'actualisation des facteurs de succès / point d'attention produits en phase intermédiaire sur la base du retour d'expérience des acteurs du dispositif (chargée de mission, les deux IDE dépistage, l'IDE de télémedecine, au moins un des deux chirurgiens-dentistes référents)

Pour rappel, les données collectées lors de l'évaluation à mi-parcours l'avaient été sur la base des travaux suivants :

- ✓ Les documents envoyés par le porteur :
 - Trame de fichier de suivi des dépistages réalisés
 - Protocole de reprise des dépistages post-covid
 - Modèle de message adressé aux EMS
 - Flyers (FAM, MAS, IME, EHPAD)
 - Rapports d'étape de l'expérimentation 2020 et 2021
 - Carte des dépistages bucco-dentaires du Cher
 - Annuaire des structures
 - Communiqué de presse au lancement du projet et liste des dépêches et autres actions de communication
 - Grilles de recueil IDE et chirurgiens-dentistes référents (inclus dans le cahier des charges + Mise à jour au 30.01.2020)
 - Bilan du pilote de 2019 (inclus dans le cahier des charges)
- ✓ Le tableau de suivi du dispositif extrait du système d'informations envoyé par le porteur :
 - Nombre de résidents dépistés
 - Taux de résidents dépistés par EHPAD
 - Nombre de résidents dépistés nécessitant une consultation ou des soins chez un chirurgien-dentiste en présentiel
 - Types d'établissements
 - Nombre de dépistages par jour / mois
 - Nombre de refus de dépistages ou d'examens impossibles

- Nombre d'examens incomplets
 - Types de diagnostics (dents cariées, dents absentes et remplacées, dents absentes non remplacées, dents obstruées, dents couronnées, racines résiduelles, présence de plaque dentaire ou de tartre, pathologies dentaires et/ou gingivales suspectées, pathologies des muqueuses suspectées (lésions traumatiques comprises), précisions sur les pathologies suspectées, prothèses, ...)
 - Nombre de résidents ayant / n'ayant pas de capacité de mastication
 - Types de préconisations (hygiène orale et prothétique globale, optimisation des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétiques au quotidien, bains de bouche, adaptation de la texture des aliments, consultation d'odontologie pour soins, complément d'investigations cliniques et/ou radiologiques, ...)
- ✓ Les données recueillies ad hoc par l'équipe d'évaluateurs :
- Observations directes sur site
 - Equipe de pilotage du projet (dont DIM, direction, chargée de mission, secrétaire du dispositif, IDE de télémédecine, ...)
 - Equipe des intervenants de terrain référents dont observation sur site de la saisie des données par l'IDE dans le SI et transmission au chirurgien-dentiste référent, observation du diagnostic du chirurgien-dentiste référent avec transmission à la secrétaire, observation du traitement des données par la secrétaire et transmission à l'EMS, entretiens individuels des deux IDE et des deux chirurgiens-dentistes référents
 - 4 EMS (ayant fait l'objet d'un dépistage ou faisant l'objet d'un dépistage en cours), de statut différents (EHPAD, IME, FAM, MAS) dont suivi du chemin de l'IDED à son arrivée (interactions avec le personnel sur place) pendant 7 dépistages jusqu'à son départ + entretiens « à chaud » auprès de 7 résidents
 - *Entretiens semi-directifs individuels en présentiel ou téléphoniques des personnels des EMS visités* (cadre de santé, direction, médecin coordonnateur, gériatre, médecin généraliste, IDE de coordination, IDE, ASE, AMP, éducateurs spécialisés, ...)
 - Entretiens directifs téléphoniques
 - Membres du COPIL de l'expérimentation (10 entretiens)
 - Chirurgiens-dentistes libéraux et leurs représentants (dont 2 ayant pratiqués des soins suite au dépistage ; 9 entretiens) dont le Président du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes du Cher et le Président de l'URPS des Chirurgiens-dentistes du Centre-Val de Loire
 - Conseils de la vie sociale des EMS (5 entretiens auprès de 2 résidents en FAM et EHPAD et 3 familles)
 - Partenaires du projet (6 entretiens) : L'association Dentaccess 18, la direction départementale du Cher de l'ARS, la direction de la stratégie de l'ARS Centre-Val de Loire, la CPAM du Cher, et 2 associations d'usagers locales (délégations de France Alzheimer et de SESAME Autisme)

3. Difficultés inhérentes liées à l'évaluation et au contexte de l'expérimentation

La récolte de données, et donc leur analyse, comporte des limites :

- Compte tenu de **la tension sur les personnels dans les EMS, accentuée par les suites de la pandémie** (personnels absents, cadences soutenues, turn-over fréquent etc...), l'enquête en ligne n'a pas pu collecter les réponses de plusieurs types de personnels pour chaque établissement dépisté. Ceci peut être vu comme le reflet du manque de temps qu'ont les équipes sur le terrain au-delà du

temps consacré aux résidents mais aussi du déroulement du dépistage observé lors des travaux d'évaluation à mi-parcours, à savoir sans que la Direction n'implique suffisamment le personnel de l'établissement en amont. Ainsi, peu de personnels sont réellement au courant du dépistage et en mesure de répondre à l'enquête. Néanmoins, malgré ce contexte, le taux de réponse sur la base du nombre de structures dépistées est de 54% (35 structures sur les 65 prévues au cahier des charges).

- **La collecte de données agrégées réalisée dans le cadre de l'évaluation** ne permet pas de réaliser l'ensemble des analyses prévues dans le protocole (motifs de non-réalisation du dépistage et des préconisations formulées par les chirurgiens-dentistes, durée entre réalisation et envoi des comptes-rendus, motifs de non-réalisation des soins).
- **Les entretiens avec les aidants n'ont été réalisés que sur le dernier établissement dépisté** en date au moment des appels car le risque était fort en remontant plus loin dans le temps d'interroger des aidants ne se souvenant pas du dépistage. Ce choix méthodologique est assumé mais limite cependant la variété des témoignages.
- **L'impact du dispositif sur la réduction des dépenses de santé** n'a pas pu être investigué dans le cadre de cette évaluation, qui ne mobilise pas les données du SNDS.

4. Calendrier de l'évaluation

Le calendrier initialement prévu (cf. protocole d'évaluation d'avril 2021) a été ajusté pour tenir compte :

- du report de la fin de l'expérimentation au **15 juillet 2023** ;
- de l'impact de la **pandémie de covid19** et des confinements successifs ;
- du délai pour **l'obtention de l'autorisation CNIL** pour le traitement de données à des fins d'évaluation, qui a impacté notamment les entretiens auprès des aidants/familles de résidents, qui n'ont pu être conduits qu'en toute fin de la phase finale d'évaluation.

Au 31 mars 2023, 4801 dépistages ont été proposés aux résidents de 70 structures (dont 500 proposés dans 7 structures au cours du premier trimestre 2023). 300 dépistages sont prévus d'ici le 15 juillet 2023. A noter que parmi les 500 dépistages proposés en 2023, certains concernent :

- des structures qui avaient fait partie du pilote mis en œuvre avant le démarrage de l'expérimentation
- des structures qui ont déjà été dépistées au cours de la première année d'expérimentation. Ces structures ont fait l'objet d'un nouveau passage afin de faire bénéficier le dépistage aux nouveaux résidents entrant dans ces structures.

III. SYNTHÈSE DES RESULTATS DES EVALUATIONS A MI-PAROURS ET FINALE (Q1 A Q6)

> Conclusions en matière de faisabilité, opérationnalité, efficacité et efficience (Q1 à Q5).

Le dispositif de dépistage mobile sur le lieu de vie des résidents par caméra endo-buccale et infirmières formées est opérationnel sur le terrain et a atteint ses objectifs opérationnels en termes de montée en charge et de cibles à dépister.

La montée en charge de ce dispositif de dépistage bucco-dentaire dans tous les établissements du département du Cher s'est effectuée conformément aux objectifs fixés, et ce, malgré l'épidémie de covid19 imposant des arrêts ou des ralentissements successifs des dépistages pendant les périodes de pics épidémiques. Les ressources prévues en matériel et en personnel ont été allouées au projet, même si les ressources humaines ont été mal calibrées au départ : d'une part, le temps nécessaire pour la coordination de projet n'a pas été inclus générant des coûts supplémentaires non facturés, et, d'autre part, les temps de secrétariat et de chirurgien-dentiste libéral ont été au contraire surestimés, ce qui peut constituer l'avantage de ce dispositif peu consommateur de ressources en expertise de chirurgiens-dentistes, professionnels assez rares dans le département et dont le recrutement peut être difficile.

La prise en main du matériel a été relativement simple pour les IDED et les chirurgiens-dentistes référents, même si elle a demandé un coup d'entrée au démarrage du projet. La prise en main des outils de télémedecine a été facilitée par une formation rapide au lancement du projet ainsi qu'une assistance lors des premiers dépistages, notamment sur le volet technique de la prise des clichés pour les IDED et leur lecture par les chirurgiens-dentistes.

Les EMS ont répondu favorablement au projet de dépistage dans leur établissement et les personnels, au début interrogatifs sur les modalités pratiques, ont été informés en amont de façon à préparer les résidents au mieux. L'organisation des dépistages nécessite le déplacement des 2 IDED dans tous les établissements, déplacement optimisé autant que possible via une gestion des plannings de dépistages centralisée par l'IDE de coordination et une interface avec les services support des établissements de rattachement des IDED. Ce sont elles, en lien avec l'IDE de coordination, qui relaient les plannings aux établissements concernés afin de caler avec eux les modalités pratiques du dépistage des résidents. Cette organisation « légère » et efficace fonctionne bien, même si les modalités de communication sur le terrain nécessiteraient encore quelques ajustements afin que les personnels accompagnant les résidents et les résidents eux-mêmes soient mieux informés des objectifs et des enjeux du dispositif de même que des créneaux proposés. Au-delà, les résidents seraient de ce fait mieux préparés en amont si une leur information était améliorée.

Le pilotage et le suivi de l'activité du dispositif pourraient être améliorés à l'aide d'outils et de procédures plus automatisés et, de ce fait, moins consommateurs en temps de coordination. De plus, les remontées de données sur le suivi des soins nécessitent d'être plus systématiques, complètes et sécurisées. Au-delà, ce travail de reporting permettrait aux établissements de mieux apprécier l'efficacité du projet au profit des résidents et de valoriser leur action.

Le dispositif est efficace en termes de service médical rendu aux résidents et répond aux objectifs de départ de faire un état des lieux de l'hygiène et de l'état buccodentaire de tous les résidents des EMS du Cher et des besoins de soins associés. Au-delà de la sensibilisation des personnels, résidents et aidants à l'HBD, des changements de pratiques ont été observés dans certains établissements dépistés (contrôles de l'HBD et de l'état BD des résidents et demandes de formations).

Globalement, la plupart des profils de résidents (excepté ceux qui sont réfractaires à ouvrir la bouche) peuvent être dépistés dans la mesure où ceux-ci ne sont pas déplacés sur un autre lieu que leur lieu de résidence. Par ailleurs, le geste est plutôt bien accepté et vécu positivement par les résidents. L'évaluation finale confirme qu'il y a peu de refus de la part des résidents et de dépistages impossibles (13% des résidents). Les préconisations des chirurgiens-dentistes référents sont utiles, presque 60% pouvant être réalisées au sein de l'établissement.

Si le dispositif est perfectible en termes de transmission des comptes-rendus aux résidents et à leur médecin traitant (dans la pratique, peu des résidents ou aidants interrogés ont reçu leur compte-rendu en main propre), il permet une sensibilisation des personnels, résidents et aidants familiaux à l'hygiène bucco-dentaire. Au-delà de cette prise de conscience, le dépistage a aussi insufflé une dynamique de formation des personnels, d'information des aidants et une vigilance accrue sur ces problématiques (contrôles plus réguliers auprès des résidents sur l'hygiène buccodentaire, le lavage des dentiers, l'achat de matériel d'hygiène...).

Au-delà, le dépistage sur le lieu de vie des résidents a aussi prouvé son efficacité en matière de limitation des déplacements des résidents, non autonomes et difficilement transportables, ce qui était un objectif opérationnel du projet et qui est un facteur clé de limitation dans le recours au soin en général.

La principale limite à l'efficacité du dispositif est le suivi des préconisations des dentistes-référents :

1. pour les 43% des préconisations qui ne peuvent pas être réalisées au sein de l'établissement (représentant 75% des résidents ayant bénéficié d'un dépistage) et qui nécessitent une prise de RDV en cabinet ainsi qu'une organisation pour le recours aux soins soit effectif ;
2. pour les 57% des préconisations qui peuvent être effectuées au sein de l'EMS mais qui ne sont pas remontées au porteur de projet. Cette limite est assumée par l'équipe projet qui a axé principalement le projet sur le volet dépistage, et n'a pas embarqué le suivi de soins dans le projet au-delà d'un suivi des données de suivi censées être remontées par les EMS, qui, en pratique, ne le font pas.

En termes d'organisation des dépistages, le dispositif est plutôt efficient.

Ce dispositif permet d'éviter, pour les EMS, d'avoir à planifier et organiser des RDV de dépistage pour l'ensemble de leurs résidents, déplacements coûteux en termes de coordination, de logistique et d'accompagnement. Il est également peu consommateur en temps pour les personnels au moment du dépistage, l'ensemble des tâches à effectuer sur place étant assuré par les IDED, totalement autonomes sur place. Néanmoins, dans de rares cas, le dépistage a pu être moins efficient, faisant doublon avec des contrôles annuels déjà organisés par les établissements et générant une surcharge de travail inutile pour les personnels. En dehors de ces situations exceptionnelles, les personnels souhaitent un dépistage reproductible annuellement, qui permet d'éviter des coûts tels que des soins pratiqués en urgence faute de détection suffisamment précoce, à reboucler néanmoins avec les préconisations des chirurgiens-dentistes référents qui intègrent dans leurs recommandations des réévaluations pour chaque résident à prévoir dans un délai de 6 à 12 mois.

> Synthèse des résultats en matière de reproductibilité

Facteurs exogènes : données territoriales

Le département du Cher est un grand département (le 14^{ème} plus vaste en France métropolitaine), et cependant un des moins dotés en chirurgiens-dentistes parmi les départements de surface comparable au regard du nombre d'habitants mais aussi du nombre de places en EHPAD. Les cabinets de chirurgiens-dentistes sont principalement implantés dans les agglomérations, laissant des zones entières sans cabinet dentaire, ce qui est problématique notamment pour les EMS implantés dans ces zones (en particulier le sud-ouest du département). A noter que le réseau HANDIDENT (réseau de cabinets dentaires accessibles aux personnes handicapées) n'existe pas en région Centre Val de Loire. Contrairement au taux d'équipements

(cabinets dentaires) qui font du Cher un département sous doté, les données économiques du département placent le département du Cher dans la moyenne des départements français en termes de taux de pauvreté et de niveau de vie médian.

Les EMS sont globalement répartis sur tout le territoire. Les déplacements les plus éloignés effectués par les IDE sont au plus de 92 km aller (soit environ 3h de trajet aller/retour en voiture sur la journée en sus de la journée de dépistages, soit une journée pouvant atteindre 10 heures de travail d'affilée, contrebalancée par des repos compensatoires). Compte tenu du périmètre et rayon du département du Cher ainsi que de sa géographie (plaine et réseau routier qui en font un département relativement bien doté et accessible pour les IDE), modulo la durée du temps de travail sur une journée, les déplacements sont tout à fait envisageables sur une seule journée étant donné que la distance maximale entre les deux villes les plus éloignées du département n'excède pas 130 km et que les établissements dépistés sont à l'intérieur de cette zone, garantissant donc des déplacements inférieurs à 100kms.

A iso-ressources, ces données concourent à rendre l'expérimentation reproductible à des départements comparables en termes de superficie et de caractéristiques géographiques.

Facteurs endogènes au dispositif

Dispositif :

Le dispositif se révèle agile (matériel transportable, maniable, peu coûteux) et pratiqué par des IDE formées, expertes des publics dépistés et en poste au sein de la structure. Il repose sur l'activité de deux chirurgiens-dentistes référents pour établir les préconisations, dont l'un d'eux est rattaché à la structure porteuse du projet et l'autre en activité libérale. Le dispositif repose aussi sur la fonction pivot de coordination de projet assurée, au lancement, par la chargée de mission du GHT, et, en routine, par l'IDE de coordination experte en télémedecine (en poste au sein de l'établissement porteur de projet et dotée de compétences spécifiques en management de projet et d'une aisance avec le support informatique). Cette coordination s'appuie aussi sur des temps de partage réguliers (formels et informels) entre les membres de l'équipe projet qui rendent la communication fluide, les solutions rapides et efficaces et renforcent la cohésion d'équipe. Le dispositif est peu consommateur en ressources pour les EMS (les IDE assurant l'organisation des dépistages) et est globalement peu invasif et indolore pour les résidents.

Le public dépisté :

Les résidents ont 80 ans en moyenne. Ils sont concernés par des troubles moteurs et/ou cognitifs, intellectuels ou psychiatriques. Ils ne sont, pour la plupart, pas en capacité de se déplacer pour aller se soigner en cabinet de ville. Pour nombre d'entre eux, leurs proches sont éloignés, vieillissants eux-mêmes, épuisés, voire décédés. La télémedecine permettant un dépistage sur les lieux de vie est une solution adéquate pour éviter de déplacer les personnes et de mobiliser les personnels des EMS, déjà en tension. Le recours aux soins devra probablement être organisé sur le même modèle. La moyenne d'âge des résidents, leur niveau d'autonomie et leur espérance de vie en EHPAD est une donnée qui peut impacter négativement le recours aux soins, qui vient alors se combiner au manque de cabinets de ville adaptés et aux refus de soins pour ce type de public.

GHT :

Le GHT apporte des ressources mutualisées pour la mise en œuvre du projet en sus du forfait (recrutement des acteurs clés du dispositif, des expertises et activités spécifiques non budgétées dans le cadre du forfait (dont les fonctions support et la stérilisation), le matériel informatique, les locaux et les voitures de fonction. Au-delà, le GHT (groupement hospitalier des cinq CH de la région) apporte aussi la légitimité vis-à-vis des structures dépistées pour un projet ambitieux et transversal aux logiques sanitaires et médico-sociales et public-privé (hôpital – cabinets de ville). Le portage par un GHT se fait également au niveau de la

communication, qui est facilitée par un tel regroupement, facilitant les relations avec les EMS et leur adhésion aux projets portés par le GHT.

Dans son organisation et fonctionnement actuels, le dispositif de dépistage buccodentaire sur le lieu de vie des résidents au moyen d'une caméra endo buccale maniée par des IDE formées et expertes est reproductible, à condition toutefois de prendre en compte les facteurs favorisant la reproductibilité tels que le statut des acteurs pivot du dispositif (dont le poste est pour la plupart rattaché à la structure porteuse du projet et dont l'un des chirurgiens-dentistes pratique en activité libérale) et le rôle moteur et support du GHT pour le projet.

IV. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES DE LA PHASE FINALE

Les réponses apportées dans ce rapport final ont été **construites en différentiel par rapport aux travaux d'évaluation à mi-parcours présentés en annexe**. Pour en faciliter la lecture et afin de retenir les messages clés, il a été, autant que possible, remis en préambule de chaque item un court résumé des résultats des travaux d'évaluation conduits à mi-parcours. Les items ne présentant pas de données nouvelles par rapport aux travaux d'évaluation à mi-parcours n'ont pas été remis dans le corps du rapport.

Q1 Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?

Cette question relève du critère d'évaluation de faisabilité / opérationnalité du dispositif à son lancement. Elle a été explorée de manière complète lors des travaux d'évaluation à mi-parcours et n'a pas été de nouveau analysée en phase finale dans son exhaustivité mis à part concernant :

- l'actualisation des ressources allouées au dispositif, sa montée en charge et les modalités de transmission des informations,
- l'exploration des problématiques du niveau d'information des aidants et des déplacements des IDE dépistage qui n'ont été investiguées qu'en phase finale.

Q1 Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?

Q1.1. Quelle organisation interne au dispositif permet d'inclure la totalité des résidents ?

1. Etat des lieux actualisé des ressources à fin mars 2022

a) Les ressources humaines allouées au dispositif

> Etat des lieux des ressources prévues et mobilisées

Rappel des effectifs prévus dans le cahier des charges :

Effectifs prévus pour assurer les dépistages en routine (1500 dépistages par an) :

- 1 ETP d'IDE (avec 2 IDE = 0.40 + 0.60)
- 1 ETP de chirurgien-dentiste (avec 2 chirurgiens-dentistes = 0.20 + 0.80)
- 0,5 ETP de secrétariat
- Le temps de logistique, coordination et suivi de projet n'a pas été prévu dans les ressources à mobiliser (le forfait ne tient pas compte de cette activité, pourtant essentielle au projet)

Rappel des effectifs réellement mobilisés :

Les effectifs mobilisés n'ont pratiquement pas été modifiés par rapport à l'évaluation intermédiaire. Selon les informations collectées lors de la visite sur site de la phase finale (mars 2023), ils sont les suivants :

- 1 ETP d'IDE (4 journées et demie par semaine, 2 pour l'une et 3 pour l'autre, pour assurer les dépistages, les transmissions des clichés et des données collectées ainsi que le reporting de l'activité de dépistage)
- 0,25 ETP de chirurgien-dentiste (avec 2 chirurgiens-dentistes = 0.05 + 0.2). Ce temps inclut désormais un temps de formation des personnels soignants en EMS sur l'HBD dispensée dans les établissements, formation qui n'était pas prévue dans le cahier des charges du projet
- 0,1 ETP de secrétariat (1/2 journée par semaine), dont l'une des tâches est d'assurer l'envoi des comptes-rendus aux structures et l'archivage des éléments du dossier patient. Le temps est estimé à environ 1 heure par journée de dépistage pour cette tâche.
- Un temps de coordination de projet assurée au lancement du projet par la chargée de mission du GHT puis en routine par l'IDE de télémédecine (ce temps est estimé ci-dessous).

A noter que l'organisation des journées de dépistages sur des journées complètes est confirmée : comme étant plus optimale que lorsqu'elles étaient entre-coupées par les temps prévus pour effectuer la saisie des données collectées sur place. Ainsi, pour chaque journée de dépistage, il est nécessaire d'effectuer la transmission des clichés, la saisie des données et le reporting des dépistages le lendemain de la journée de dépistage afin de garder présent à l'esprit les notes papier prises au cours des dépistages.

Facteurs de succès : traiter les données la semaine suivante n'est pas pertinent dans l'organisation des dépistages et du reporting. L'organisation actuelle est plus efficace.

Les tâches de coordination :

La logistique, la coordination et le suivi de projet sont à ce stade de l'expérimentation principalement assurés par l'IDE de « télémédecine » affectée à la coordination de ce projet (=IDE de coordination), l'implication de la chargée de mission étant moins indispensable en routine, là où son rôle était primordial en phase de lancement du projet.

L'ensemble des tâches en lien avec l'activité du projet enregistrées par l'IDE de coordination sur 5 semaines entre février et mars 2023 (tableaux détaillés ci-dessous), représente au total 34 heures, soit en moyenne 6 heures et 48 minutes par semaine effectuées par l'IDE de coordination (soit environ une journée de travail par semaine comprenant les activités de secrétariat assurée exceptionnellement par l'IDE de coordination en remplacement de la secrétaire absente sur cette période). Parmi les tâches qui relèvent du forfait, seules les tâches de secrétariat sont prévues dans le cadre du forfait détaillé dans le cahier des charges (2.5 jours/semaine). Celles-ci ont représenté près de 8 heures sur les 5 semaines, soit un peu plus d'une 1 heure et demie par semaine. Ce qui signifie qu'environ 5h18 par semaine de l'activité de l'IDE de coordination pour le projet ne sont pas financées, dont 1 heure et 39 minutes qui relèveraient directement du forfait et qui n'est actuellement pas financée.

Au-delà des tâches de secrétariat et des tâches qui ne sont pas prévues dans le cadre de l'expérimentation (formations à destination des EMS, orientation des usagers qui appellent l'IDE de coordination pour en savoir plus sur le dépistage et évaluation de l'expérimentation à travers les travaux demandés par les évaluateurs), les autres tâches assurées par l'IDE de coordination et qui devraient rentrer dans le cadre du forfait représentent un minimum de 7 heures et 50 minutes sur les 5 semaines, soit en moyenne environ 1 heure et 35 minutes par semaine (sans compter les tâches ponctuelles, qui n'apparaissent pas au cours du mois de collecte). Ces tâches recouvrent la logistique du dépistage (commande de matériel, organisation des dépistages pour les IDE et les établissements), le management de l'équipe projet, et le reporting de l'expérimentation (le tableau de suivi des dépistages en interne - remplissage hebdomadaire d'un tableur Excel à partir de fichiers PDF - et la collecte d'informations auprès des EMS). Le reporting représente 10% de l'ensemble des tâches assurées par l'IDE de coordination qu'elles soient ou non prévues au cahier des charges et financées ou pas par le forfait ; elles représentent 44% des tâches prévues par le cahier des charges hors

tâches de secrétariat déjà financées par le forfait. La logistique des dépistages est peu consommatrice de temps et ne représente sur une semaine qu'environ une demi-heure.

A noter que les 5 semaines d'enregistrement des tâches ne sont peut-être pas représentatives des autres mois de l'année, et que certains mois, la charge est plus ou moins importante. L'IDE de coordination a identifié des tâches ponctuelles qui n'ont pas été recueillies dans le cadre des cinq semaines d'enregistrement, notamment :

- mise à jour du planning IDE et contact avec l'encadrement du service de rattachement des IDE en fonction des congés et de leur réquisition par les établissements
- rappel de certaines structures en cas de changement de jour de dépistage, et réorganisation des déplacements des IDE et des vacances des dentistes (transmissions à la secrétaire et à la chargée de mission)
- rappel de certaines structures ponctuellement en cas de problèmes d'identité d'un résident (orthographe, numéro de sécurité sociale...)
- commande des embouts à usage unique et embouts stérilisables de la caméra auprès de la direction des ressources matérielles (circuit de commande/livraison spécifique)
- échanges avec l'ingénieur biomédical quand survient un problème avec une caméra ou un problème informatique et mise en relation avec la DSI CH Jacques Cœur, voire Vierzon également, en fonction du PC concerné quand arrive un problème
- échanges avec le GIP e-santé en cas de problème avec la plateforme régionale Covotem (problème de mise à jour sur un poste, compte bloqué, mot de passe...)
- Divers échanges par mail ou téléphone avec les services du CH Jacques Cœur dans le cadre du fonctionnement de l'activité (cellule fusion-doublon, logistique, magasin, etc.)
- échanges avec les structures ou avec des particuliers pour répondre aux questions posées à propos du dispositif
- travaux pour ressortir les données pour les COPIL et élaboration du rapport d'activités et des comptes-rendus de séances, qui nécessitent un circuit de relecture et de validation

A prendre en compte également le fait que le projet est évalué en routine et que les tâches de coordination étaient très certainement beaucoup plus consommatrices en temps au lancement du projet et lors de la première année de montée en charge, qu'elles ne le sont aujourd'hui avec une organisation et des outils rôdés après plusieurs années de vie du projet.

**Feuilles d'activités/temps renseignées par l'IDE de coordination
sur cinq semaines entre février et mars 2023**

	Type	Tâches	mn	h
Financé dans le cadre du forfait	Expé-secrétariat	CR (transmission/ archivage ; remplacement secrétaire)	350	5h50mn
	Expé-secrétariat	reporting déplacements (IK)	120	2h
Non financé mais relevant du forfait	Expé-logistique	organisation des dépistage / EMS	65	1h5mn
	Expé-logistique	commandes matériel	15	
	Expé-logistique	organisation des dépistage / IDE	70	1h10mn
	Expé-management	coordination équipe projet (agenda/échanges /assistance)	50	
	Expé-facturation	facturation	65	1h5mn
	Expé-reporting	tableau de suivi / expé / pilotage	150	2h30
	Expé-reporting	tableau de suivi / expé / EMS	60	1h
Activités hors forfait	Expé-usagers	orientation usagers (ponctuel)	15	
	Formation	sensibilisation / formation EMS (activité nouvelle)	270	4h30mn
	Evaluation	tableau de suivi / expé / éval (ponctuel)	810	13h30mn
Total 5 semaines			2040	34
<i>Moyenne / semaine</i>			<i>408</i>	<i>6h48mn</i>

Feuilles d'activités/temps par catégories d'activités

Type de tâches		mn	%
Dans le forfait	Expé-secrétariat	470	23%
	Expé-reporting	210	10%
	Expé-logistique	150	7%
	Expé-facturation	65	3%
	Expé-management	50	2%
hors forfait	Formation	270	13%
	Expé-usagers	15	1%
	Evaluation	810	40%
Total mois		2040	100%

A noter par contre que la gestion des embouts à stériliser avec le service concerné est dorénavant uniquement assuré par l'IDED. L'IDE de coordination n'est intervenue sur cette tâche qu'au démarrage du projet. En revanche, l'IDE de coordination s'occupe toujours des commandes de matériel spécifique (par exemple protections des caméras, hors blouses, gants... dont la commande est assurée par la secrétaire) et de son envoi à Vierzon via le service de blanchisserie.

Le temps mobilisant les autres acteurs investis sur les volets technique et logistique du projet (le médecin DIM, le personnel de la facturation, le personnel de la blanchisserie, de la gestion des véhicules de fonction et de la stérilisation, les informaticiens et l'ingénieure biomédicale), n'est pas comptabilisé, et donc pas rémunéré par le forfait. La manière dont les coûts générés par l'emploi des voitures de fonction de l'hôpital sont répercutés sur le forfait (refacturation des IK notamment et des frais d'essence) n'est pas connue de l'équipe

projet. A noter que le suivi de la facturation nécessite pour les services financiers de l'hôpital un travail spécifique sur les données remontées de dépistages effectués. Il en va de même pour la stérilisation des embouts de caméras qui n'est pas facturée et qui passe dans le flot des coûts de stérilisation globaux de l'hôpital (d'où la nécessité qu'un tel projet soit adossé à une structure hospitalière). Enfin, le matériel informatique a été acquis par le CH Jacques Cœur qui en assure la maintenance/réparation pour les deux IDED ; ni ce temps ni les pièces qu'il faut parfois changer sont refacturés au CH de Vierzon.

Facteurs de succès : Au-delà du matériel et des personnels mobilisés sur le dépistage et les préconisations dentaires, bien prévoir dans le forfait les coûts annexes des personnels pour la coordination, la logistique, l'informatique et la facturation et mieux évaluer les temps alloués pour chaque activité du projet. Le rôle de la coordinatrice du projet est clé ; son profil doit être spécifique et adapté au poste.

b) Actualisation des informations sur les ressources matérielles prévues par le CH de Bourges

Pour rappel, ce sont les IDED, en lien avec l'équipe projet de Bourges, qui préparent leur matériel (embouts de caméra, ordinateur portable, blouses, masques et gants...) avant de partir. En ce qui concerne l'IDED de Vierzon, le matériel nécessaire (notamment les embouts de caméras stérilisés) est acheminé sur le site de Vierzon via le service de blanchisserie inter-hospitalière basée sur le site du CH de Bourges, ce qui nécessite une organisation particulière, les embouts de caméra sont stérilisés sur le site de Bourges, et du délai d'acheminement. Autre donnée à prendre en compte : l'ordinateur à disposition de l'IDED en poste au CH de Vierzon appartient au CH de Bourges, mais le logiciel est géré par le CH de Vierzon, ce qui ajoute des temps de trajet (50 min de route aller) lorsqu'un dépannage ou une maintenance est nécessaire.

Points d'attention : lorsqu'une IDED n'est pas basée sur l'établissement porteur, l'organisation des dépistages (mise en œuvre et suivi) doit être anticipée et adaptée en matière de fonctions support (informatique), logistique (stérilisation du matériel, acheminement du matériel, organisation des déplacements, optimisations des trajets) et reporting/management (temps d'échanges en présentiels, retours d'expériences...). Le profil de cette IDE doit être adapté en conséquence (autonomie, assertivité, proactivité...).

> Le logiciel COVOTEM™

Pour rappel, COVOTEM™ est une plateforme régionale de télémédecine permettant dans le cadre de ce projet l'utilisation d'un agenda partagé et le transfert sécurisé de dossiers de patients entre les différents intervenants du dispositif, indépendamment de leur structure de rattachement. Il est installé sur les deux ordinateurs portables des IDED et sur l'ordinateur utilisé pour le diagnostic des chirurgiens-dentistes référents.

Facteurs de succès : la **vitesse de connexion** sur le site de Vierzon a été grandement améliorée ce qui facilite les transmissions effectuées par l'IDED basée sur Vierzon.

> Les consommables

Pour rappel, c'est la secrétaire du projet (ou l'IDE de coordination en remplacement) qui commande et gère le stock de matériel (en particulier les embouts de caméra stériles) en fonction du nombre de dépistages.

Facteurs de succès : les embouts stériles ne sont plus en **double emballage**, ce qui est beaucoup moins volumineux à transporter.

> Autre matériel

Au-delà du chariot mis à disposition des IDED par les EMS, ainsi qu'un lieu pour le vestiaire, la gestion des déchets se fait au sein de l'établissement dépisté.

Point d'attention : à noter qu'il est parfois compliqué d'obtenir un **sac DASRI** sur place. L'organisation est la suivante : il y a un sac poubelle jaune par chambre dans lequel la blouse est jetée après chaque dépistage, qui est ensuite jeté dans un sac ou carton DASRI laissé à la structure.

c) Gestion du matériel

> Acheminement des caméras, matériel informatique et consommables sur place

Le matériel à acheminer sur le lieu des dépistages est lourd et encombrant. La solution de fournir une seule grosse valise pour tout transporter, au lieu des deux sacs initialement prévus, n'est pas forcément adéquate, notamment lorsque le trajet entre le parking et les chambres des résidents est long ou chaotique mais aussi parce que la valise ne rentre pas toujours dans les coffres des voitures de fonction. Une des IDE s'est blessée en acheminant le matériel. Avoir plusieurs sacs peut être également compliqué à gérer. Le poids du matériel est notamment dû à l'acheminement des protections anti-covid (surblouses, gants, masques, etc...) toujours employées en mars 2023 dans le cadre du protocole covid qui n'a pas été révisé.

Point d'attention : améliorer l'acheminement du matériel sur place, notamment en limiter l'encombrement et le poids dans le cadre d'un dépistage itinérant.

2. Modalités d'organisation des déplacements des IDED

Les IDED mobilisent la direction du matériel de leur établissement de rattachement pour réserver une voiture de fonction. Le kilométrage au réel (relevé au départ et à l'arrivée) de même que le lieu et la raison du déplacement sont consignés sur un registre. Les clés, un badge de péage et une carte de paiement pour le carburant sont fournis. Les IDED récupèrent la voiture de fonction sur leur lieu de travail.

Sur le site de Bourges, les réservations peuvent être effectuées par mail, tandis que sur le site de Vierzon les demandes et rectifications doivent se faire sur papier libre, dans un autre bâtiment que celui du service auquel est rattachée l'IDED. Pour éviter les changements lorsque le planning des dépistages est modifié, l'IDED basée sur Vierzon est obligée de noter sa réservation de manière provisoire puis d'y retourner pour la confirmer. Concernant l'IDE basée sur Bourges, c'est généralement l'IDE de coordination qui assure les modifications de réservations.

Sur place, les IDED emmènent leurs repas préparés à leur domicile (pas de défraiement proposé par l'hôpital ni demandé par les IDED) et s'octroient 15 minutes de temps de restauration sur la journée de dépistage, qui, incluant le temps de déplacement, peut atteindre 10 heures d'affilée, le temps dédié habituellement à la pause méridienne étant consacré au recueil des données cliniques.

L'IDED du site de Vierzon détachée sur trois jours sur le projet, dont deux pour les dépistages, pourrait organiser des déplacements en incluant une nuit sur place afin d'éviter les allers-retours. Néanmoins, les EMS étant souvent implantés dans de petits villages, il n'est pas aisé de trouver un hébergement. De plus, cela induirait un coût et une organisation qui n'est pas prévue dans le cadre du dispositif.

En amont du déplacement, c'est l'IDE de coordination qui assure à 100% la gestion de la planification des dépistages au sein des structures, à la place de la chargée de mission qui intervenait sur cette activité dans la phase de lancement du projet.

Facteur de succès : l'IDE de coordination est désormais en relation directe avec le cadre de santé de l'IDED de Vierzon, permettant d'anticiper le planning de cette dernière d'un mois sur l'autre et d'optimiser ainsi les échanges d'information et l'organisation des déplacements.

Points d'attention :

- sur le site de Vierzon, il n'y a qu'une seule voiture de fonction à disposition de tous les personnels du site, ce qui implique que l'IDE utilise parfois son véhicule personnel et avance les frais kilométriques (remboursés à la fin de chaque semestre et sur la base du barème de la fonction hospitalière qui ne couvre pas l'intégralité des frais réels). En outre, elle doit anticiper très longtemps à l'avance ses déplacements si elle veut pouvoir utiliser la voiture de fonction de l'hôpital. A noter aussi pour le site

de Vierzon qu'il n'y a qu'une seule station essence référencée pour faire le plein, ce qui contraint l'IDED à anticiper son trajet en incluant la station essence dans son trajet aller/retour.

- Des journées longues, parfois 10 heures d'affilée en incluant le temps de trajet et la journée de dépistage avec une pause méridienne très réduite demandée par les IDE de dépistage afin d'éviter d'avoir à revenir sur place, compensées par du repos compensatoire et des aménagements d'horaires les jours suivants. Des trajets répétés une à deux fois par semaine, mais qui sont supportables et non problématiques du point de vue des IDED.
- Les IDE étant contraintes de récupérer le véhicule de fonction et le matériel de dépistage sur leur lieu de travail, elles ne peuvent pas optimiser leurs temps de trajet.

Facteurs de succès : il pourrait être judicieux d'organiser les déplacements de façon à ce que les IDED partent directement de leur domicile et ne passent pas par leur lieu de travail lorsque l'établissement à dépister est dans la direction opposée.

Q1	Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?
Q1.2.	Est-ce que le pilotage du dispositif permet son exécution dans tous les établissements ?

1. Existence d'un système de suivi du dispositif pour le pilotage

> Montée en charge

Sur la cible à dépister prévue au cahier des charges d'ici la fin de l'expérimentation (4613 résidents en EMS (60 EMS) dans le département du Cher), au 31/12/2022, 4301 dépistages ont été proposés aux résidents dont 3749 dépistages effectivement réalisés dans 63 EMS (41 EHPAD, 7 FAM, 1 Foyer de vie, 8 IME, 1 ISEP, 3 MAS, 2 USLD, 1 CH). 552 refus ou dépistages impossibles ont été enregistrés, soit 13% des dépistages proposés. 377 dépistages sur les 3749 étaient incomplets. En cumulant les dépistages proposés sur le premier trimestre 2023, au 31 mars 2023, 4801 dépistages ont été proposés aux résidents de 70 structures dont 4177 ont pu être réalisés (624 refus/dépistages impossibles). A ce stade, une seule structure a refusé d'être dépistée. Concernant les IME, le nombre de dépistages proposés correspond au nombre de dépistages que les parents ont accepté pour leur enfant.

L'expérimentation se terminera le 15 juillet 2023 ; 300 dépistages sont prévus d'ici le 15 juillet 2023. Au vu de cet état de lieux de la montée en charge des dépistages, toutes les structures prévues au cahier des charges de l'expérimentation auront été dépistées au 15 juillet 2023, voire au-delà, puisque des types de structures qui n'avaient pas été prévues au départ dans la cible à dépister ont été inclus dans le dispositif et que les structures déjà dépistées lors de la première année d'expérimentation ont bénéficié d'un second passage pour faire bénéficier du dépistage aux nouveaux résidents.

Q1 Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?

Q1.3. Est-ce que tous les résidents sont informés du dispositif et comment ?

1. Identifier les moyens mis en place pour présenter le dispositif aux résidents et à leur famille

> Communication et autres outils destinés aux résidents /aidants

L'évaluation à mi-parcours a montré que, si dans certains établissements des affiches avaient été mises à la disposition des résidents, familles et professionnels, et que des flyers et mails ont été distribués aux familles sur certains sites, les résidents quant à eux ont été le plus souvent informés oralement et les aidants pas systématiquement prévenus ni informés.

Les entretiens auprès des aidants permettent de préciser le canal d'information des résidents et familles sur le dispositif. Celui dont se souviennent les aidants interrogés (5 aidants) **est majoritairement l'affiche** punaisée par l'établissement dans le hall d'entrée de l'EHPAD. Les trois autres aidants ont été informés de la tenue du dépistage via le conseil de la vie sociale de l'établissement¹ et ne se souviennent pas de l'affiche sur le dépistage bucco-dentaire. Une aidante a reçu un courrier par voie postale et enfin une autre a reçu l'information par mail. L'affiche a été mise à disposition, selon la plupart des aidants, environ **3 à 4 semaines avant le dépistage** de leur proche.

Concernant la qualité de l'information reçue, même si pour la moitié des aidants interrogés, ils ont la capacité de décrire les étapes du dépistage, certains ont mentionné au cours des entretiens des informations manquantes importantes de leur point de vue. Non renseignés sur les affiches, **les aidants ont cherché à connaître la date précise et l'horaire du dépistage pour leur proche**. Ainsi, 4 aidants se sont renseignés auprès du personnel soignant de l'établissement (IDE, cadre de santé), avec 2 aidants qui rapportent que l'EHPAD, via l'IDE, avait prévu de les en informer mais qu'il n'en a rien été, et 2 autres qui ont obtenu pour seule réponse « *qu'il était impossible pour l'établissement de connaître la date et l'horaire du dépistage de leur proche* » car le dépistage était organisé par l'hôpital de Bourges qui n'avait selon eux pas prévenu l'établissement en amont.

Point d'attention : communication le plus en amont possible du planning de l'IDED à l'établissement pour diffusion aux résidents et aux aidants (ex : affiches, relais CVS,...)

> Ressources mobilisées au sein de l'EMS pour la présentation du dispositif aux résidents et le recueil de leur consentement

L'évaluation à mi-parcours a montré que le consentement est recueilli oralement et que les résidents ne reçoivent pas de pression pour y participer de la part de l'IDED, et généralement pas du personnel qui a pu néanmoins, dans certaines situations, essayer de convaincre plus fortement certains résidents habitués à refuser tout soin proposé.

¹ Le conseil de vie sociale est une instance élue par les résidents et les familles d'un établissement médico-social, comme les résidences autonomie et les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Composé de représentants des résidents, des familles et du personnel de l'établissement, le conseil de la vie sociale donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie... Son rôle est consultatif.

L'enquête en ligne auprès des EMS ayant participé au dépistage montre que les **personnels ne sont que peu mobilisés pour recueillir le consentement du résident**. En effet, à la question de savoir si les répondants ont été mobilisés par l'infirmière de dépistage ou par des interlocuteurs du dispositif avant, après ou pendant le dépistage, ils indiquent dans leurs réponses qu'ils ont été mobilisés mais que le recueil de consentement n'est pas le motif le plus fréquent de sollicitation. Le recueil du consentement des résidents est cité 9 fois sur 157 (6% des réponses) par les 25 répondants à cette question. Par ailleurs, à la question sur la satisfaction de l'organisation du dépistage, les répondants n'ont pas cité le respect du consentement comme étant un facteur d'insatisfaction, les notes 5 et 4 (les deux meilleures) sur ce critère étant majoritairement données (respectivement 27 et 4 réponses sur 31).

Point d'attention : les EMS doivent organiser plus formellement l'information individuelle des résidents avant le dépistage et s'assurer du consentement des résidents avant de les dépister, (ou de leur représentant si dans l'impossibilité de l'exprimer, ce qui semble être rarement le cas). A noter toutefois que l'IDED demande systématiquement l'accord du résident pour pratiquer le dépistage et qu'en cas de manifestation d'une opposition en cours de dépistage, celui-ci et immédiatement stoppé.

Q1	Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?
	Q1.5. Le dispositif de communication des informations (circuit et système d'information) entre les différents acteurs est-il adapté à la bonne réalisation des étapes, du dépistage jusqu'au retour des diagnostics ?

1. Modes de transmission des informations entre les différents acteurs du projet après lancement

> Information des personnels des EMS par la Direction

Les travaux d'évaluation à mi-parcours ont montré que l'information sur l'objectif et les modalités pratiques (date et horaire) du dépistage sont parfois manquantes ou incomplètes, ce qui peut nuire, non seulement à l'adhésion des professionnels au dispositif, mais, par ricochet, à la préparation des résidents en amont et à la disponibilité d'un personnel accompagnant le jour du dépistage.

L'enquête en ligne auprès des personnels des EMS ayant répondu à l'enquête montre qu'à la première information des personnels au sein de leur structure, le dispositif a recueilli de **l'adhésion pour plus de 90%** des répondants (29 répondants sur 32), et qu'il a suscité, pour certains, leur **interrogation** (5 répondants sur 32). Par ailleurs, **le niveau d'information reçu est jugé suffisant** pour 87,5% des répondants (28 répondants sur 32). L'information a manqué pour un répondant concernant les **dates et horaires du dépistage** et la **durée** d'intervention de l'IDED.

Points d'attention : renforcer l'information des personnels en amont du dépistage, en rappelant aux directions de relayer l'information pratique bien en amont du dépistage, pour susciter non seulement l'intérêt des personnels, mais également leur mobilisation le jour J.

> Modalités d'organisation des visites de dépistage des IDED dans les EMS

Les travaux d'évaluation à mi-parcours ont permis de décrire les modalités d'organisation des dépistages et les rôles de chacun dans la mise à disposition du matériel pour l'IDED dans les EMS et des informations nécessaires pour planifier les dépistages.

Lors de la dernière visite sur site (mars 2023), les IDED ont souligné le manque de **préparation des résidents** au dépistage et d'information des familles par les personnels. Elles ont indiqué que la planification des dépistages ne tient pas toujours compte des animations et temps de loisirs, ce qui peut compliquer

l'organisation des dépistages impliquant la programmation d'un nouveau passage, générateur de perte de temps pour les IDED. Ces dernières s'organisent sur place pour repérer sur les affiches le planning des animations afin d'organiser leur passage dans les chambres. Elles consignent également les habitudes des résidents lors d'une première venue pour atteindre leur cible lors d'un passage ultérieur.

Concernant le **lieu de dépistage** (chambre, salle mise à disposition par l'établissement ou lieu collectif où se trouve le résident au moment du dépistage), les avantages ne sont pas en faveur d'un lieu plutôt qu'un autre. La chambre du résident est plus favorable lorsque le résident rencontre des difficultés de mobilité et pour réaliser les clichés des dentiers qui restent parfois dans les chambres. C'est également utile pour repérer si le matériel d'HBD est à disposition et utilisé et pour rincer les appareillages et consigner s'ils sont encore adaptés ou non. C'est également plus pratique pour rincer les appareils avant d'effectuer les clichés. En revanche, l'ergonomie de la chambre complique parfois les dépistages (meubles, fauteuils, déambulateurs, lits collés au mur...). La mise à disposition d'une salle implique un gain de temps pour l'organisation des dépistages (pas besoin de changer de surblouse, matériel installé sur place pour la journée, résidents regroupés et accompagnés par les personnels, personnel autour pour aider et répondre aux questions, dédramatiser la situation grâce au passage des autres résidents...) mais est moins favorable à l'intimité et à la confidentialité. Par ailleurs, les IDED trouvent délicat de retourner seules dans les chambres pour prendre en photo le matériel pouvant être suspectées en cas d'affaires égarées par le résident.

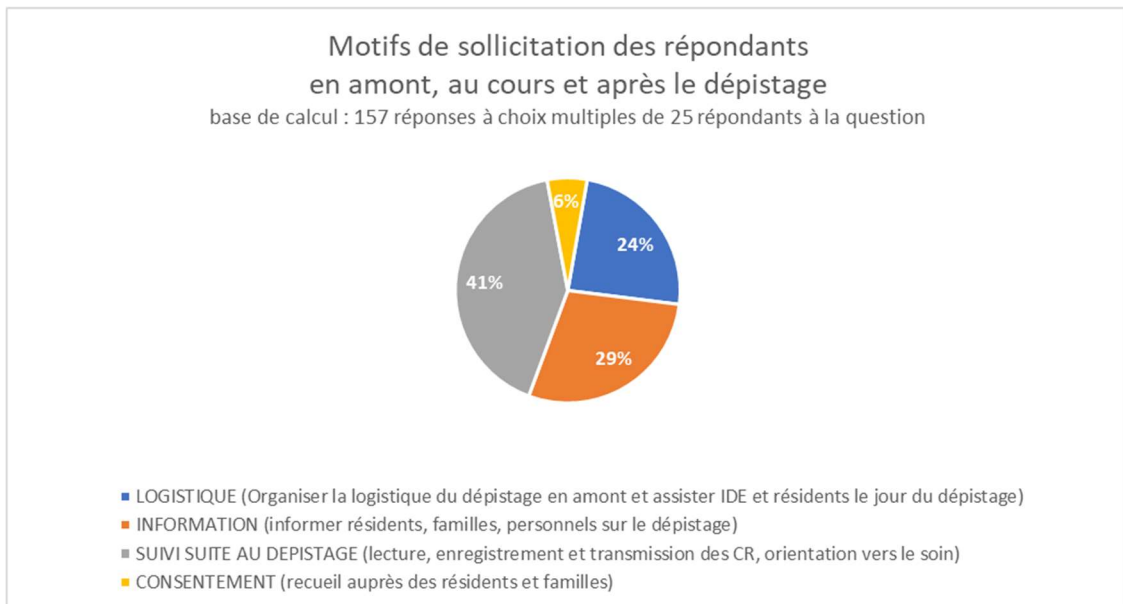
Points d'attention : les dépistages de résidents alités sont toujours plus compliqués pour les IDED (posture, configuration du lit et de la pièce, etc...). Plus compliqué aussi de réaliser les dépistages lorsque des animations sont prévues.

Facteur de succès : Les IDED ne recommandent pas que ce soient les équipes qui organisent leur planning de passage (horaire et temps de dépistage), car elles doivent surtout s'adapter aux préférences/besoins des résidents (en termes de créneau, de lieu d'intervention et aussi de temps d'intervention, certains ayant besoin d'un temps d'échange plus long que d'autres, préférant un dépistage au lit plutôt qu'en salle). Un planning avec des heures de passage donnerait plus de travail aux équipes et serait également contraignant pour les IDED et les résidents. Dans leur pratique, elles appellent avant l'établissement afin de présenter leur mode opératoire et de se caler avec les personnels en amont de la journée de dépistage.

L'enquête en ligne auprès des personnels des EMS ayant répondu à l'enquête apporte un éclairage sur le **ressenti des personnels sur l'organisation du dépistage**. Elle précise le processus de mise à disposition des ressources, notamment le fait que les personnels ont pour la majorité d'entre eux été mobilisés par l'infirmière de dépistage ou par des interlocuteurs du dispositif avant, après ou pendant le dépistage (78% des répondants ; 25 répondants sur 32). Lorsqu'ils sont mobilisés, ils le sont pour les raisons suivantes :

- organiser la logistique du dépistage notamment gérer les plannings et mettre à disposition du matériel (18 réponses sur 157, soit 11% des réponses),
- informer le personnel de la structure, les résidents et la famille (respectivement 17, 16 et 12 réponses, soit en tout 29% des réponses),
- lire les comptes-rendus de dépistage (16 réponses, soit 10% des réponses),
- prendre des RDV médicaux préconisés dans les comptes-rendus de dépistage (12 réponses) et donner des explications aux familles à la suite du dépistage et les orienter vers des professionnels (1 réponse)
- enregistrer les comptes-rendus de dépistage dans le système d'information de la structure une fois reçus (11 réponses), communiquer les comptes-rendus de dépistage aux résidents ou aux familles (11 réponses) et remonter des CR aux médecins traitants pour information et suivi (1 réponse)
- Recueillir le consentement du résident (ou de la famille) (9 réponses, soit 6% des réponses)
- Les autres motifs comme répondre aux questions du résident pendant le dépistage, assister le résident pendant le dépistage (retirer / remettre un dentier, rassurer, etc.), assister techniquement l'infirmière de dépistage lors du dépistage, amener le résident sur le lieu du dépistage, accueillir et accompagner l'IDED pour qu'elle prenne "connaissance" des lieux et se repère dans l'établissement représentent

individuellement moins de 5% des réponses, mais rassemblés sous la catégorie « Assister l'IDED et les résidents au moment du dépistage » 13% des réponses (soit 20 réponses sur 157). Additionnés aux 18 premières réponses données précédemment sur organiser la logistique du dépistage, l'assistance au moment du dépistage représente presque un tiers des réponses.



A la question « Que pensez-vous de l'organisation et de la mise en œuvre du dépistage ? » les 32 répondants à cette question ont majoritairement (entre 28 et 32 répondants) exprimé leur satisfaction (note entre 4 et 5) sur l'ensemble des critères pour lesquels était recueilli leur niveau de satisfaction. A noter toutefois les trois critères ayant recueilli une note située entre 1 et 3 de la part de trois répondants concernent :

- Les campagnes de communication sur le dépistage
- Les contacts entre le porteur de projet et l'établissement
- La communication de l'infirmière de dépistage avec les personnels

Points d'attention : réitérer les campagnes de communication sur le dépistage (qui ont été très diversifiées au lancement) en cours d'expérimentation peut être bénéfique à la remobilisation des acteurs de même que renforcer les contacts entre le porteur de projet et les établissements ainsi que les temps d'échanges entre les IDED et les personnels.

2. Modalités de transmission du compte-rendu

C'est la secrétaire du projet, ou, en l'absence de celle-ci, l'IDE de coordination, qui assure l'envoi des comptes-rendus aux structures et l'archivage des éléments du dossier patient.

> Destinataires des comptes-rendus de diagnostic

D'après l'enquête réalisée auprès des structures, **les comptes-rendus des chirurgiens-dentistes référents sont lus à réception** (31 répondants sur 32), le plus souvent par l'IDE de coordination (20 réponses sur 49 réponses multiples) et le médecin coordinateur de la structure (18 réponses).

La dernière observation sur site effectuée auprès de l'équipe projet du dispositif confirme que les comptes-rendus sont bien reçus par les EMS et transmis aux médecins de la structure. A mi-mars 2023, deux structures n'ont pas fait suivre les CR aux médecins, obligeant l'IDE de coordination du projet à les transmettre à

nouveau. Un médecin d'une structure nouvellement arrivé a voulu que les CR lui soient tous renvoyés, mais c'est un cas isolé. Les CR sont généralement conservés et archivés en interne.

3. Evaluation de la compréhension du dispositif par les résidents et les familles

Cette question a été traitée du point de vue des résidents lors de l'évaluation à mi-parcours. Le point de vue des aidants a pu être recueilli lors de la phase finale au travers d'entretiens téléphoniques, mais aucun aidant n'a mentionné cette problématique comme étant une difficulté pour lui ou pour son proche au cours des entretiens (ce qui est à nuancer compte-tenu du fait que les CR sont très rarement remis aux résidents et à l'aidant).

> Niveau d'explication donné

Le niveau d'explication donné aux aidants sur le dépistage est dépendant de la lecture qu'ils ont eu de l'affiche. Ils comprennent qu'il s'agit de l'organisation d'un dépistage bucco-dentaire pour tous les résidents de l'EHPAD afin de dresser l'état des lieux individuel de l'hygiène bucco-dentaire de chaque résident et de repérer les besoins de soin.

Pour la moitié des aidants interrogés, ils ont, dès lors, la capacité de décrire les étapes du dépistage, à savoir la venue dans l'EMS d'une IDED de l'hôpital de Bourges qui réalise des clichés de la cavité bucco-dentaire de chaque résident. Ces clichés sont ensuite transmis pour analyse à un chirurgien-dentiste. Suite à cela, une fiche synthétique réalisée par le médecin référent de l'établissement est transmise aux familles pour communiquer les résultats du dépistage.

L'objectif du dépistage clarifié via l'affiche est ainsi perçu, pour les aidants interrogés, de manière positive et a reçu un accueil favorable, ce qui permet aux aidants (dans une optique de reproductibilité du dispositif) de « valider » l'organisation du dépistage pour leur proche (organisation en amont du geste, car le volet information post-dépistage étant traité dans Q3).

Facteurs de succès : l'affichage des informations pratiques sur le dépistage sur le lieu de vie des résidents, ce qui permet aux aidants de comprendre l'utilité du dépistage, de se sensibiliser à la problématique de l'HBD, et, potentiellement, davantage s'impliquer dans le suivi de soins.

Q2	Qu'apporte la mise en place d'un dispositif de dépistage bucco-dentaire sur le lieu de vie des résidents (sur la prévention primaire et secondaire, l'état de santé et la qualité de vie des résidents) ?
	Q2.1. Le dépistage au sein de l'établissement permet-il de sensibiliser les résidents à l'hygiène bucco-dentaire ?

1. Evaluation de la part de prévention primaire au moment du dépistage par l'IDED

> Disponibilité du matériel d'hygiène à disposition des résidents

L'évaluation à mi-parcours a montré que le matériel manque pour certains résidents et que cela dépend de la volonté des résidents et familles, de leurs ressources financières et de la vigilance des personnels. Dans les EHPAD visités en phase intermédiaire, la mise à disposition du matériel semble être exclusivement gérée par la famille ou le tuteur tout comme dans les établissements pour enfants, ce qui est moins le cas dans les MAS et FAM, et qui pose la question des résidents isolés en EHPAD (sans famille).

En raison du turn-over important dans les EMS et du manque de personnel dont les aidants ont conscience, neuf aidants sur dix interrogés au sein d'un EHPAD où a eu lieu le dépistage soulignent que **le brossage de**

dents n'est pas réalisé par le personnel pour les résidents en incapacité de réaliser le geste en autonomie. Tous les aidants de cet EHPAD ont remarqué en effet que les brosses à dents restaient sèches et que les tubes de dentifrice avaient une durée de vie d'au moins un an. Par ailleurs, deux aidants ont souligné que les aides-soignantes de l'EHPAD utilisaient parfois une petite brosse adaptée pour leur brosser les dents mais ils ne connaissent pas la fréquence de ces soins. Même si cet établissement n'est probablement pas représentatif de tous les EHPAD du département du Cher, il est important de prendre en considération le vécu des aidants interrogés qui déplorent dans cet établissement le manque d'hygiène bucco-dentaire des résidents dont le CVS s'est saisi.

L'enquête en ligne auprès des EMS apporte des données plus générales et quantifiées sur la question de l'hygiène buccodentaire dispensée dans les EMS. A la question posée sur les limites du dispositif, 8% des réponses apportées par les répondants concernent un **manque de formation ou d'information auprès des personnels en hygiène bucco-dentaire** dispensé par l'infirmière de dépistage au cours du dépistage et 4% celui auprès des résidents et des familles. Même si ce n'est pas le rôle de l'infirmière de dépistage de former les personnels, les répondants ont exprimé le besoin de recevoir de sa part des informations/formations sur l'hygiène buccodentaire.

> Rôle des IDED

Lors de la dernière visite sur site, les IDED, après plusieurs années de dépistages en établissement, se rendent compte **du rôle du dépistage sur la sensibilisation à l'HBD**. Elles ont le sentiment de moins avoir à justifier leur intervention auprès des établissements, là où au démarrage du projet, elles étaient souvent confrontées au retour que le dépistage « *ne sert à rien s'il n'y a pas de soins derrière* ». En outre, elles ont noté le rôle bénéfique de leur passage sur la sensibilisation des résidents à l'HBD, la mise en place de formations dans certains établissements et l'achat de matériel spécifique pour le brossage et l'entretien de la bouche.

Facteurs de succès : apporter des conseils sur l'HBD et repasser dans les établissements dépistés afin de constater si la sensibilisation a apporté un changement dans les pratiques des personnels et des usagers au sein de ces EMS, voire une amélioration de l'état buccodentaire des résidents.

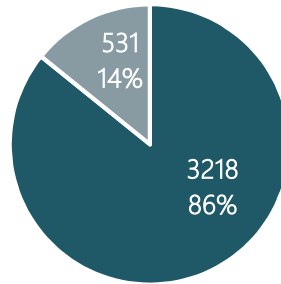
Point d'attention : en termes de reproductibilité, le rôle de l'IDE de dépistage pourrait être entendu pour inclure un volet formation.

2. Préconisations formulées par les chirurgiens-dentistes référents à la suite du dépistage

Les analyses ci-dessous proviennent du tableau de suivi des dépistages mis en place par le porteur de projet et concernent les résidents dépistés entre septembre 2019 et décembre 2022.

> **Nombre et types de préconisations formulées par les chirurgiens-dentistes référents dans leurs compte-rendu**

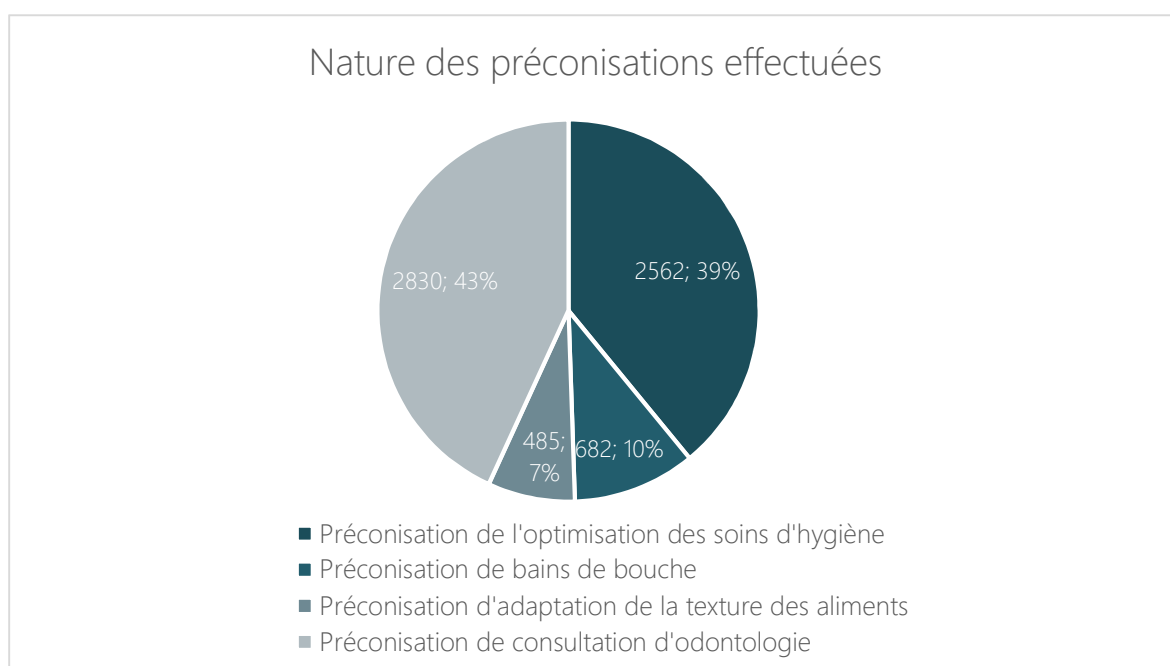
Préconisations effectuées sur les
dépistages réalisés (n=3749)



- Patients présentant au moins 1 préconisation de soins
- Nombre de patients n'ayant pas reçu de préconisation de soins

Préconisations de soins au 31/12/2022

Type de préconisation	Nombre de préconisations	en % des patients dépistés (n=3749 dépistages réalisés)	en % des patients dépistés ayant reçu au moins une préconisation de soin (n=3218)	% du total des préconisations formulées (n=6559)
Préconisation de soin = au moins une des préconisations ci-dessous	3218	86%		
Optimiser les soins d'hygiène	2562	68%	80%	39%
Bains de bouche	682	18%	21%	10%
Adapter la texture de aliments	485	13%	15%	7%
Consultation d'odontologie	2830	75%	88%	43%
TOTAL	6559	175%	204%	100%



Remarques :

Pour rappel, les préconisations peuvent être multiples. En revanche, nous ne pouvons pas caractériser la population de résidents pour lesquels plusieurs préconisations ont été indiquées car nous n'avons pas pu avoir accès à des données individuelles dans le cadre de cette évaluation.

Au total, depuis le début de l'expérimentation, au 31 décembre 2022, 86% des résidents dépistés ont reçu au moins une préconisation de soin, 14% des résidents dépistés n'ont reçu aucune préconisation.

Il est intéressant de noter que sur le total de préconisations formulées, 57% sont des préconisations qui peuvent être réalisées au sein des établissements : bains de bouche, optimisation des soins d'hygiène et adaptation de la texture des aliments. Ces préconisations sont des préconisations de prévention primaire. Par ailleurs, 10,3% des résidents ayant bénéficié d'un dépistage n'ont reçu que des préconisations de ce type et pourraient donc intégralement être pris en charge au sein de leur établissement. Au total, sur l'ensemble des résidents dépistés, 75% ont reçu une préconisation de consultation d'odontologie. Compte tenu de l'absence de remontées systématiques de la part des établissements dépistés, il n'est pas possible de connaître le pourcentage de consultations qui ont été programmées et honorées pour les résidents concernés. Dans une optique de reproductibilité, il est important que de telles données soient disponibles (à l'instar des

données d'activité de suivi des dépistages collectées par le porteur) afin que les préconisations formulées suite au dépistage soient de manière effective suivies de soins.

> Nombre de préconisations de consultations d'odontologie indiquées par le chirurgien-dentiste référent

La consultation d'odontologie est la préconisation la plus indiquée pour les patients pour lesquels des préconisations ont été formulées, soit 75% de ces patients (cf tableau des types de préconisation ci-dessus), cependant, les commentaires n'ayant pas pu être analysés, il ne nous a pas été possible de connaître la nature des soins requis et de différencier les soins de base tels que des détartrages des interventions plus lourdes de type extraction dentaire. Les consultations d'odontologie sont moins préconisées dans les MAS-FAM que dans les autres types d'établissements.

Types d'EMS	Total de préconisations	Nombre de dépistages réalisés	% de préconisations de consultations d'odontologie sur total des dépistages réalisés
EHPAD - USLD	5976	3332	76%
MAS-FAM	352	243	65%
IME	201	152	75%
Autres	30	22	Non significatif
Total EMS	2830	3749	75%

> Nombre de préconisations d'optimisation des soins d'hygiène bucco-dentaire par le chirurgien-dentiste référent

Parmi les patients dépistés pour lesquels au moins une préconisation a été formulée (86% des patients, dans le tableau général présenté plus haut), 2562 (soit 68% d'entre eux) ont reçu des préconisations d'optimisation des soins d'hygiène.

Types d'EMS	Total de préconisations	Nombre de dépistages réalisés	% de préconisations d'optimisation des soins d'hygiène bucco-dentaire sur total des dépistages
EHPAD - USLD	2319	3332	70%
MAS-FAM	145	243	60%
IME	84	152	55%
Autres	14	22	Non significatif
Total EMS	2562	3749	68%

Remarques :

Le pourcentage de préconisations d'optimisation des soins d'hygiène bucco-dentaire dans les EHPAD (70%) ne semble pas aussi alarmant que mentionné par les acteurs. Il est en revanche moins élevé pour les jeunes résidents en IME (55%), ce qui confirme l'effet générationnel d'u public plus jeune avec des habitudes buccodentaires plus fréquentes que chez les personnes âgées (d'où le moindre % de préconisations en matière d'HBD).

> Nombre de préconisations de bains de bouche indiquées par le chirurgien-dentiste référent

Les bains de bouche sont relativement peu préconisés, 18% des patients pour lesquels des préconisations ont été formulées et 21% des patients dépistés (cf tableau des types de préconisation plus haut). Les bains de bouche concernent très peu les enfants en IME, ce qui est tout à fait logique compte tenu de leur jeune âge.

Types d'EMS	Total de préconisations	Nombre de dépistages réalisés	% de préconisations de bains de bouche sur total des dépistages
EHPAD - USLD	635	3332	19%
MAS-FAM	40	243	16%
IME	3	152	2%
Autres	4	22	Non significatif
Total EMS	682	3749	18%

> Nombre de préconisations d'adaptation de la texture des aliments indiquées par le chirurgien-dentiste référent

Adapter la texture des aliments est la préconisation la moins indiquée pour les patients pour lesquels des préconisations ont été formulées, soit 13% des dépistages et 15% des patients dépistés ayant reçu au moins une préconisation de soins (cf. tableau présenté plus haut). Ces préconisations concernent quasiment exclusivement les dépistages en EHPAD (14%).

Types d'EMS	Total de préconisations	Nombre de dépistages réalisés	% de préconisations d'adapter la texture des aliments sur total des dépistages
EHPAD - USLD	477	3332	14%
MAS-FAM	8	243	Non significatif
IME	0	152	0%
Autres	0	22	0%
Total EMS	485	3749	13%

Q2

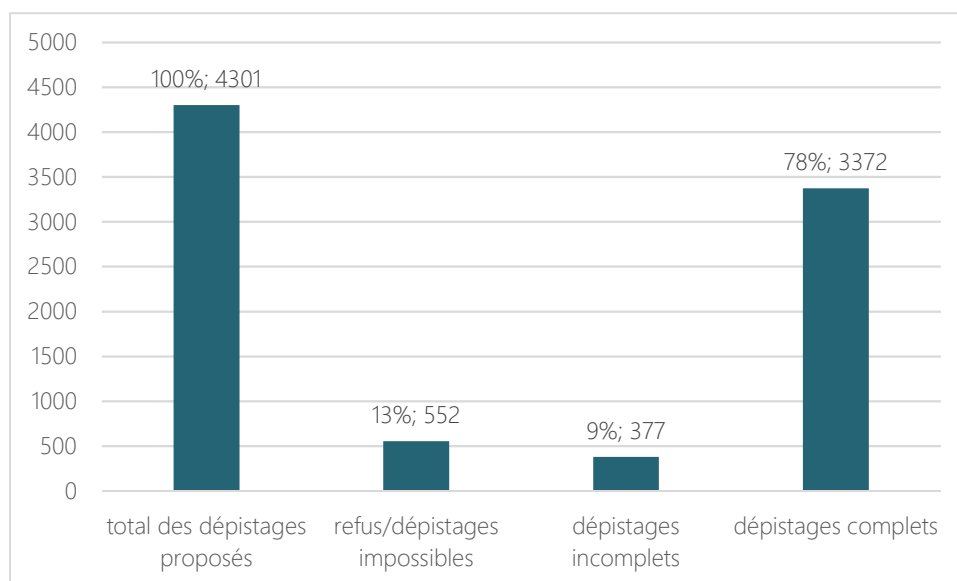
Qu'apporte la mise en place d'un dispositif de dépistage bucco-dentaire sur le lieu de vie des résidents (sur la prévention primaire et secondaire, l'état de santé et la qualité de vie des résidents) ?

Q2.2. Dans quelle mesure les résidents acceptent-ils et sont-ils en capacité de participer au dépistage et quel est leur ressenti par rapport à ce dépistage sur leur lieu de vie ?

1. Taux de participation des résidents dans chaque EMS par rapport au taux attendu

Les analyses ci-dessous proviennent du tableau de suivi des dépistages mis en place par le porteur de projet et concernent les résidents dépistés entre septembre 2019 et décembre 2022.

> Nombre de dépistages effectués par rapport au total proposé



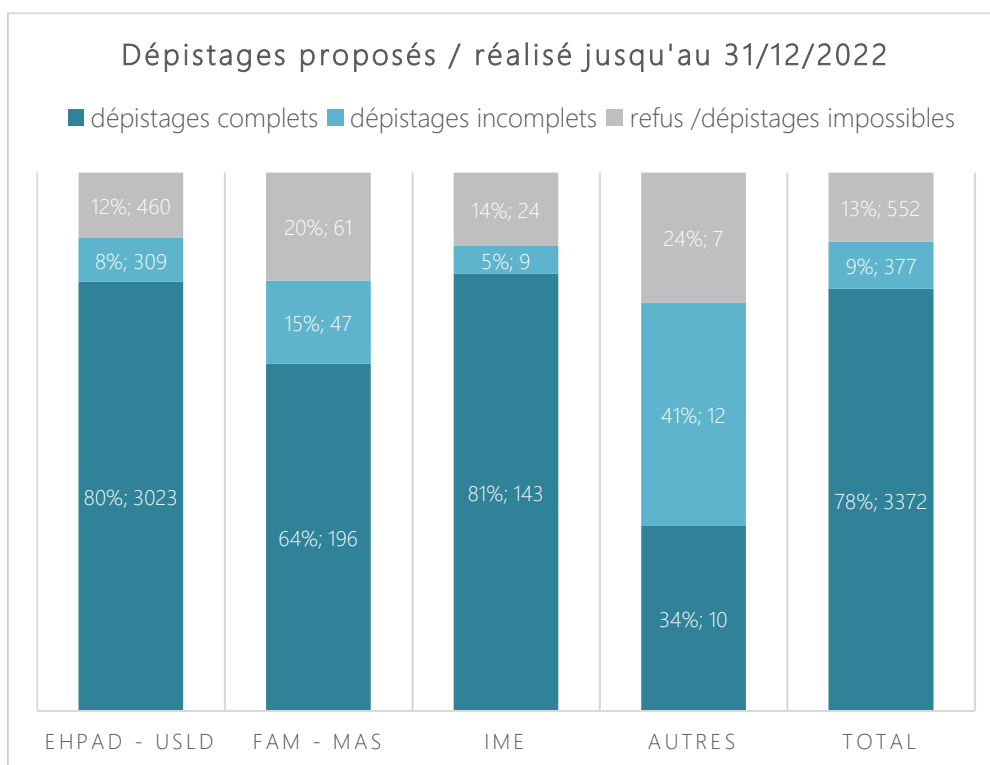
Le pourcentage de dépistages effectués (complets + incomplets²) par rapport au nombre de dépistages proposés n'a pas évolué, il est à décembre 2022 de 87%, soit 3749 dépistages réalisés dont 3332 dépistages réalisés en EHPAD-USLD (près de 90% des dépistages réalisés).

> Nombre de refus, motifs de refus du dépistage et profils des résidents pour lesquels le dépistage n'a pu être effectué

Le nombre de refus / dépistages impossibles s'élève à 552 soit 13% des dépistages proposés. Et parmi les dépistages réalisés, 377 dépistages sont incomplets, soit 9% des dépistages proposés et 10% des dépistages réalisés qu'ils soient complets ou incomplets (n=3749).

Comme le montre la figure ci-dessous, en proportion, les refus ou l'impossibilité de mener les dépistages sont plus fréquents dans les MAS-FAM (20%) que dans les EHPAD (12%). Les dépistages incomplets sont également plus fréquents dans les MAS-FAM (15%) que dans les EHPAD (8%) et les IME (5%).

² Les dépistages incomplets correspondent aux dépistages pour lesquels le geste a pu être réalisé (introduction de la caméra endo buccale) mais pour lesquels le recueil est partiel (il manque par exemple un cliché ou une vidéo). Ces dépistages donnent néanmoins lieu à préconisations et sont facturés.



Point d'attention : Les motifs de refus ou d'impossibilité de mener les dépistages ne sont pas explicités dans le tableau de suivi fourni par le porteur de projet. Les données qualitatives recueillies en phase d'évaluation à mi-parcours faisaient état de craintes en lien avec le geste ou d'un moment inapproprié pour le résident. La plupart du temps il est difficile de comprendre véritablement le motif du refus de la personne. En EHPAD, compte tenu de l'âge des personnes et de leurs possibilités réduites d'expression (cf. observations sur site de la phase intermédiaire), il se peut que les refus soient moins exprimés ou moins entendus par le personnel qu'en MAS où le personnel est plus acculturé à décrypter les souhaits et besoins des personnes handicapées dyscommunicantes.

2. Vécu du dépistage par les résidents et les familles

> Adhésion des résidents et des familles au dépistage et motifs de refus

L'évaluation à mi-parcours a montré qu'il y a globalement une bonne adhésion et participation des résidents au dépistage et que les quelques refus observés sont liés au potentiel coût des soins à effectuer par la suite tels que des détartrages ou des prothèses, ainsi que des refus de réfractaires « notoires » généralement chez des sujets âgés avec des troubles cognitifs. Le recours à un accompagnant ou des pairs, limiter le délai d'attente ou choisir le bon créneau horaire rassurent les résidents et limitent les refus.

Les entretiens auprès des aidants ont permis d'identifier que la principale crainte des aidants est celle que leur proche ne puisse ouvrir la bouche au moment du dépistage. Ainsi, la plupart des aidants interrogés déplorent ne pas avoir été informés du jour et de l'horaire car ils pensent qu'ils auraient pu rassurer le proche et créer un lien plus rapidement entre l'IDED et le résident et ainsi permettre que ce dernier ouvre la bouche pour la réalisation des clichés. Ces données sont à nuancer car elles ne sont peut-être pas représentatives de l'ensemble des EMS en termes d'information des aidants, les aidants interrogés provenant d'un seul établissement.

Au-delà, pour trois aidants sur dix interrogés, le dépistage incluait un suivi dentaire post dépistage et le dépistage avait donc pour objectif de **faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires**. Les autres ont partagé leur

intérêt pour le dépistage, qui permet de **détecter les problèmes bucco-dentaires** de leur proche **sans les faire déplacer** en cabinet, ce qui les satisfait.

Cela étant, la plupart soulignent le **besoin de prise en charge des résidents en termes de suivi post-dépistage en organisant par exemple au sein de l'établissement la réalisation des soins** (ex : cabinet dentaire au sein de l'établissement) ou tout simplement en prenant pour eux les rendez-vous chez les spécialistes. Pour certains, ce dépistage apparaît même **vide de sens** puisqu'aucun soin ne pourra être organisé par la suite en raison de l'impossibilité de déplacer la personne âgée dans un cabinet de ville.

Facteurs de succès : si la mobilisation du personnel des EMS le jour de la tournée n'est pas toujours envisageable par les établissements, il semble nécessaire que la Direction des EMS s'assure de la bonne diffusion du planning des dépistages (qui leur est communiqué par le porteur en amont) aux personnes dépistées et à leur famille afin de leur permettre d'être présents lors du dépistage.

Points d'attention : l'accès à des soins post dépistage est un frein identifié par les familles

> Vécu du dépistage par les résidents/familles

L'évaluation à mi-parcours a montré que les résidents ont accepté le dépistage sans difficulté et disent l'avoir bien vécu, et que les familles sont rassurées que l'état bucco-dentaire de leur proche soit examiné. Au-delà, le fait que le dépistage ait lieu au sein de la structure avec un personnel connu des résidents est d'autant plus rassurant pour les familles, car déplacer un résident âgé ou lourdement handicapé est toujours délicat et génère souvent un grand stress pour les résidents.

Parmi les aidants interrogés en phase finale d'évaluation, **seul un aidant était présent le jour du dépistage** et ce, par chance, car cela correspondait au créneau de sa visite quotidienne. Suite à un premier refus d'ouvrir la bouche par la résidente lors du passage de l'IDED en l'absence de son mari, l'époux lui a demandé de revenir en sa présence et la résidente a ainsi accepté d'ouvrir la bouche. Les autres familles n'ayant pas été tenues informées de la date et de l'heure, elles n'étaient donc pas présentes. Deux aidants ont su que leur proche avait refusé d'ouvrir la bouche, les autres ont soit eu confirmation par leur proche que le dépistage avait été bien vécu et ne les avait pas perturbés, soit, leur proche étant dyscommunicant, ils n'ont pas réussi à obtenir d'information de la part du personnel sur le vécu du dépistage.

> Rôle des aidants / familles

La plupart des aidants interrogés aurait souhaité connaître le créneau afin de pouvoir être présents pour accompagner leur proche, seuls deux aidants dont le proche n'a pas de trouble cognitif considèrent leur présence inutile. Plusieurs raisons à la **nécessité de leur présence** sont évoquées, soulignant le **double rôle de l'aidant familial**, que ce soit vis-à-vis de l'IDED mais aussi du proche :

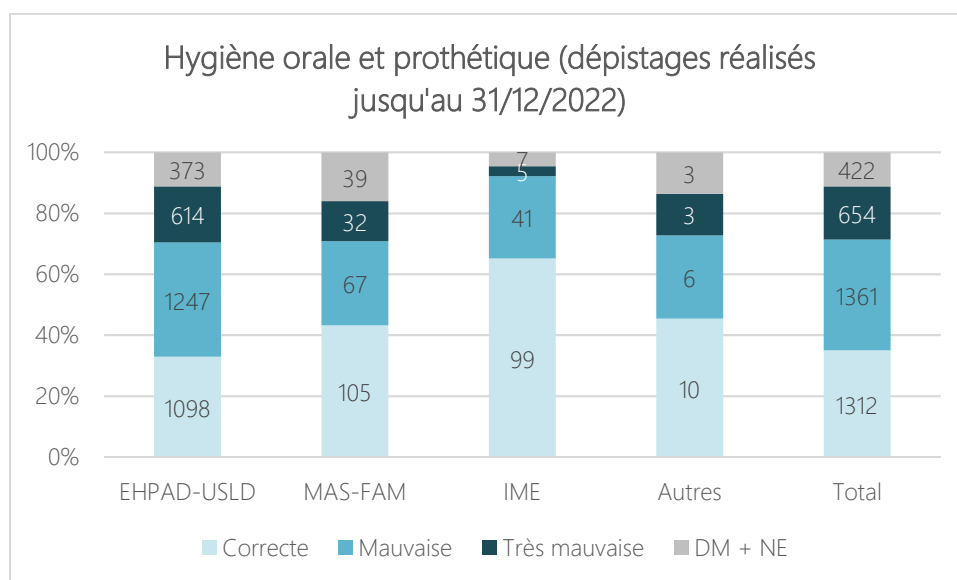
- **rôle de facilitateur pour que l'IDE puisse réaliser les clichés** : faire ouvrir la bouche au proche. Ils connaissent les antécédents de leur proche et imaginent que cela peut faire gagner du temps à l'IDED.
- **rôle d'accompagnant pour rassurer le résident** sur l'acte et la présence du professionnel : expliquer la présence de l'IDE, rassurer le proche.

Q3	Les recommandations suite aux dépistages sont-elles appliquées correctement pour tous les profils de résidents ? (cf. accès aux soins)
Q3.1.	Quel est l'impact du dépistage sur le recours aux soins bucco-dentaire ?

1. Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire initial des résidents et problématique bucco-dentaire dans les établissements

Les analyses ci-dessous proviennent du tableau de suivi des dépistages mis en place par le porteur de projet et concernent les résidents dépistés entre septembre 2019 et décembre 2022.

> Evaluation de l'hygiène orale et prothétique des résidents dépistés - recueil infirmier



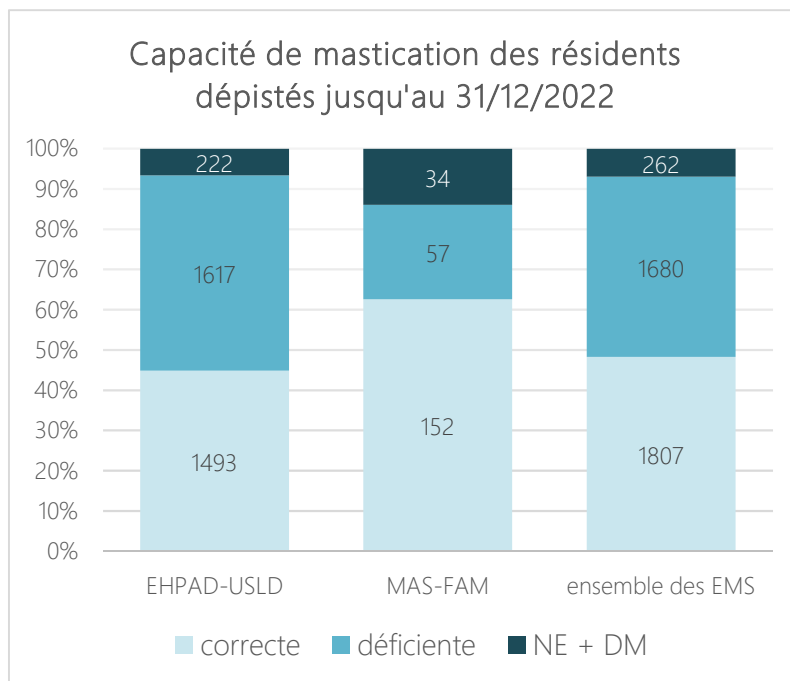
Note de lecture : NE : Non évaluable ; DM : donnée manquante

Au total, 35% des résidents évalués dans le cadre du dépistage proposé ont une hygiène orale et prothétique correcte, 36% mauvaise et 14% très mauvaise. Proportionnellement, c'est en EHPAD que l'hygiène orale et prothétique globale est la moins bonne.

> Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire des résidents – évaluation chirurgien-dentiste référent

90% des résidents dépistés ont au moins une dent absente et non remplacée, 25% présentent au moins une dent cariée et 40% au moins une racine résiduelle, 70% ont reçu un diagnostic de présence de plaque dentaire, 65% présente une suspicion de pathologies dentaires et/ou gingivales eux et 5% de pathologies des muqueuses.

En lien avec la problématique des prothèses, la moitié des résidents en EHPAD (49% des résidents dépistés) ont une capacité de mastication déficiente et ont plus de difficultés de mastication que l'ensemble des résidents dépistés (23% en MAS-FAM).



Les résidents en EHPAD sont plus sujets à développer du tartre et de la plaque dentaire, des pathologies dentaires et/ou gingivales voire (mais plus rarement) des pathologies des muqueuses que les résidents des autres types d'EMS. Parmi les résidents évalués chez qui de la plaque dentaire a été retrouvée (2622), 90% résident en EHPAD ou en USLD. De même, parmi les 2449 pathologies dentaires et/ou gingivales identifiées, 91% le sont chez des résidents en EHPAD ou en USLD.

2. Etat de l'offre de soins dentaires

Cette question n'a pas été traitée au cours des travaux d'évaluation à mi-parcours et a fait l'objet d'une analyse spécifique au cours des travaux d'évaluation finale afin d'analyser les facteurs de reproductibilité et l'impact du contexte local sur l'efficacité du dispositif en matière de recours aux soins et inversement en matière d'externalités positives du dispositif sur l'évolution de l'offre de soins. Les éléments de réponse à cette problématique sont apportés en détail dans la réponse à la question évaluative Q6.

Q3

Les recommandations à la suite des dépistages sont-elles appliquées correctement pour tous les profils de résidents ? (Cf. accès aux soins)

Q3.2. Quels éléments favorisent ou au contraire freinent le recours au soin à la suite du dépistage ?

1. Les freins aux recours aux soins des résidents en EMS

Les travaux d'évaluation à mi-parcours ont précisé, sur la base d'éléments qualitatifs, la nature des freins dans le recours aux soins bucco-dentaires : l'accessibilité des cabinets de ville et les modalités d'accueil des personnes en situation de perte d'autonomie ; les déplacements des résidents et leur handicap ne permettant pas toujours une prise en charge en ville ; les démarches administratives et le temps à consacrer à la prise de RDV,

consommatrices de ressources humaines dans les EMS ; l'isolement et l'incapacité de certains résidents à donner l'alerte sur leurs troubles buccodentaires.

L'enquête en ligne auprès des EMS montre que **les principaux freins au recours aux soins à la suite du dépistage sont les refus de soins** (30% des réponses), **les délais pour obtenir un RDV** (21,5%), **l'état de santé du résident** incompatible avec un transport (18,5%), le refus du résident d'effectuer les soins (12,5%) et le refus de la famille d'effectuer les soins (4,6%). Par ailleurs, **les limites du dispositif** selon les répondants sont en premier lieu les **délais pour obtenir un RDV** en cabinet dentaire de ville pour 90,6% des répondants.

2. Disponibilité et compréhension du compte rendu de dépistage par les résidents dépistés

> Disponibilité du compte-rendu post-dépistage pour les résidents et les familles

Peu d'informations sur la transmission effective des comptes-rendus établis par les chirurgiens-dentistes-référents aux résidents et aux familles ont pu être recueillies lors des travaux d'évaluation à mi-parcours. Cette dernière a globalement montré que les comptes-rendus sont rarement transmis aux résidents alors qu'ils sont très en demande de les recevoir mais en sont rarement destinataires.

Sur les dix aidants interrogés en phase finale au sein d'un établissement (le dernier établissement dépisté en date des entretiens), **un seul a reçu une synthèse rédigée par le médecin de l'EHPAD**. Les autres aidants n'ont pas obtenu d'information sur le suivi du dépistage à l'exception de l'aidant présent le jour du dépistage qui a obtenu des informations verbales par l'IDED sur l'état bucco-dentaire de son épouse. Les deux autres membres de CVS ont compris le processus lors d'un conseil de vie sociale avec une formalisation du diagnostic en deux temps explicitée dans le paragraphe dédié à l'information reçue par les aidants (Q1.3).

L'enquête en ligne auprès des EMS montre qu'**une fois le CR reçu, il est transmis aux résidents ou aux familles selon 34% des structures ayant répondu à l'enquête** (11 structures sur 32, qui sont peut-être les structures les plus impliquées dans la démarche, sous-estimant ainsi potentiellement ce résultat). Lorsque les CR sont transmis aux familles, ils sont plus fréquemment remis en mains propres (6 réponses) et/ou par courrier (7 réponses), plus rarement par mail (3 réponses), et dans un délai d'un mois (7 répondants sur 10 ayant connaissance du délai de transmission). 47% des structures ayant répondu à l'enquête ont transmis le CR au médecin traitant du résident (15 répondants sur 32 ayant répondu à la question), ce qui concerne probablement les médecins traitants de ville, dans la mesure où le CR est systématiquement transmis par l'IDE de coordination au médecin coordonnateur de la structure.

Point d'attention : les CR des dentistes référents ne sont pas systématiquement transmis au médecin traitant du résident lorsque celui-ci est suivi en ville, et très peu transmis aux résidents et aux familles. La transmission des CR permet de rendre le résident et les familles acteurs de leurs santé buccodentaire et d'instaurer un suivi buccodentaire par le médecin traitant.

> Compréhension des comptes-rendus par les résidents ou leur famille

Cette donnée n'a pas pu être recueillie lors de l'évaluation à mi-parcours, les résidents interrogés au cours des observations sur site n'ayant pas eu accès à leur compte-rendu, et les aidants n'ayant pas pu être interrogés au cours de cette phase. Cette problématique n'a pas pu être abordée en phase finale lors des entretiens avec les aidants car 9 sur 10 n'avaient pas reçu le compte-rendu.

> Utilité des compte-rendu pour les résidents et leur famille

Lors de la phase intermédiaire, les résidents n'ont pu se prononcer sur cette question, n'ayant pas reçu les comptes-rendus. Lors des entretiens de représentants des CVS réalisés au cours des travaux d'évaluation à mi-parcours, il a été identifié qu'au-delà de la compréhension du compte-rendu par les résidents, les informations contenues permettent de répondre aux questions que se posent les proches aidants sur le fait, par exemple, que leur proche en établissement effectue bien le geste de brossage ou que leur implantation dentaire ne pose pas de difficulté. Ils estiment à ce titre que les comptes-rendus sont complets et très utiles.

Les aidants interrogés en phase finale **sont en attente du compte-rendu notamment pour prendre les rendez-vous nécessaires**. Cela interroge sur l'étape supplémentaire ajoutée par l'établissement qui vise à synthétiser le compte-rendu réalisé par le chirurgien-dentiste référent avant transmission aux familles. La seule famille ayant reçu la synthèse réalisée par l'EMS (sur la base du compte-rendu établi par le chirurgien-dentiste référent) décrit le format comme une injonction mais reconnaît la clarté de l'information transmise sur l'état bucco-dentaire de son proche. La famille a mentionné être déjà au courant des problèmes bucco-dentaires soulignés dans le compte-rendu en raison du suivi régulier de leur proche par un chirurgien-dentiste. L'EMS a demandé à l'aidant de les tenir informés des rendez-vous médicaux pris à la suite du dépistage.

Points d'attention : le suivi ou la programmation des soins dentaires reste complexe à gérer par les aidants familiaux. Ils sont parfois au courant de problèmes buccodentaires avant même la réalisation du dépistage, mais n'ont pas agi. Les raisons ne sont pas connues. Au-delà de la complexité à programmer des soins, la frontière entre les rôles des soignants et des familles n'est peut-être pas toujours bien délimitée, générant des délais dans la gestion des troubles. Au-delà, les aidants familiaux ont leurs propres problématiques, sont souvent épuisés et parfois trop éloignés pour gérer la santé au quotidien de leur proche.

Facteurs de succès : que les chirurgiens-dentistes référents se mettent en lien avec les EMS, et notamment les médecins des EMS, pour s'assurer de l'appropriation des comptes-rendus de dépistage, éventuellement voir si des ajustements sont nécessaires ou si un modèle de synthèse est possible pour systématiser une diffusion des comptes-rendus en l'état aux familles et à leurs proches, afin de gagner du temps dans la transmission des comptes-rendus et donc dans la programmation des soins.

Q3

Les recommandations à la suite des dépistages sont-elles appliquées correctement pour tous les profils de résidents ? (cf. accès aux soins)

Q3.3. Les conditions d'accès aux soins bucco-dentaires post-dépistage permettent-elles un suivi des soins pour tous les résidents après le dépistage du point de vue des usagers ?

1. Capacité des EMS à organiser le suivi des soins préconisés

Les travaux d'évaluation à mi-parcours ont permis de décrire de manière qualitative les circuits d'information, les outils, les ressources et les rôles des différents acteurs dans l'organisation des soins post-dépistage ainsi que les freins et les leviers au recours aux soins à la suite des préconisations des chirurgiens-dentistes référents.

L'enquête en ligne auprès des EMS, en apportant des éléments quantitatifs du point de vue des personnels ayant répondu à l'enquête, montre que **le dépistage a donné lieu à des soins dans 87,5% des structures** ayant répondu à l'enquête (28 sur 32), mais que les soins n'ont pas concerné tous les résidents dépistés. Seulement quatre structures ont répondu que les soins dentaires post-dépistage avaient concerné tous les résidents dépistés. En outre, sur les 7 établissements pour lesquels le répondant connaissait le nombre de patients concernés par des soins post-dépistage, la proportion moyenne de résidents pour lesquels les préconisations de consultation avaient pu donner lieu à l'organisation d'une consultation était de 43% (10 à 100% selon les établissements).

L'enquête précise aussi que près de 44% des EMS ayant répondu ont à disposition un **annuaire des cabinets dentaires** (14 structures sur 32 ayant répondu à la question) ce qui les aide dans la prise de RDV.

Points d'attention : les données remontées au porteur par les EMS sur les suivis de soins sont incomplètes et datées (pas de données récentes). Selon la dernière visite sur site effectuée avec l'équipe projet, l'IDE de coordination a abandonné l'objectif décrit dans le cahier des charges (Annexe Procédure complète – suivi des indicateurs) des remontées d'information auprès des EMS sur le suivi de soins par l'outil initialement prévu (un tableur excel des données consolidées à mettre à jour au fur et à mesure des remontées). L'équipe projet a réfléchi à la mise en place d'un nouvel outil, plus sécurisé notamment, mais elle n'a pas à ce jour reçu plus de retours de la part des structures qui ne s'impliquent pas/ne peuvent pas s'impliquer dans le travail de remontées des informations à la suite des préconisations des dentistes référents.

Facteurs de succès : interrogation sur le suivi par l'établissement de la prise en charge post dépistage (suivi formel, informel ?) qui traduit un probable suivi aléatoire par les EMS. Voir comment travailler avec les EMS et les représentants des usagers (résidents et aidants) pour systématiser et améliorer ce suivi post-dépistage, instaurer un système de relances/alertes et identifier la personne ressource qui s'occupera de programmer les soins (famille ou EMS) et en assurer sa remontée auprès du porteur de projet à des fins d'amélioration du dispositif.

2. Capacités physiques et matérielles d'accéder aux soins pour les résidents

Le troisième motif de non-recours aux soins à la suite du dépistage (18,5% des réponses) est selon les structures interrogées le fait que **le résident ne soit pas transportable ou en capacité d'être pris en charge en ville** compte tenu de son état de santé (12 réponses sur 65). L'enquête confirme que le déplacement des résidents est une limite du dispositif (15% des réponses à la question sur les limites du dispositif) vraisemblablement en lien avec leur état de santé ou d'autonomie (10% des réponses).

Les entretiens aidants confirment ce point puisque tous ont souligné que les difficultés liées au grand âge des résidents étaient les raisons principales du non-recours au soin : soit en raison de **la complexité dans l'organisation du transport**, soit pour la **pénibilité de l'acte dentaire** pour la personne, ou la **non-transportabilité** de la personne âgée, soit encore en raison de la complexité médicale de la prise en charge.

> Moyens de transports utilisables par les résidents

Les données recueillies en phase d'évaluation à mi-parcours au cours des entretiens de personnels en EMS, de CVS et des chirurgiens-dentistes indiquent qu'en MAS ce sont les véhicules de la structure et en EHPAD les véhicules personnels des familles qui sont le plus fréquemment utilisés. Il arrive souvent que les résidents en EHPAD utilisent le taxi ou un VSL lorsqu'ils n'ont pas de famille, et qu'ils ne soient pas accompagnés par un personnel de la structure.

Parmi les aidants interrogés en phase finale, la seule famille ayant obtenu la synthèse post-dépistage n'a finalement pas pris rendez-vous en raison de la **difficulté liée au déplacement du proche** (troubles cognitifs et moteurs).

L'enquête en ligne auprès des EMS montre que le manque de véhicules adaptés au sein des structures n'est pas un motif fréquent de non-recours aux soins à la suite du dépistage (seulement 2 réponses sur 65) mais que c'est le fait de **déplacer les personnes et leur handicap**.

> Cartographie des distances entre EMS et cabinets répondants au dispositif

Cette problématique est traitée en détail et conjointement à l'analyse des données contextuelles territoriales dans la réponse à la question évaluative Q6.

> La place des familles et des tuteurs

La phase d'évaluation à mi-parcours a montré que la place des familles est centrale en matière de recours aux soins, même si de nombreux résidents dans les structures visitées en phase intermédiaire n'ont pas, ou plus de famille, ou très peu de visites par leurs proches. Ce sont généralement les familles qui décident si un soin doit être pratiqué et qui sont amenées dans certains cas à accompagner le résident à son RDV. Elles peuvent être motrices dans cette mission comme constituer un frein.

Ce sont les aidants de résidents en EHPAD qui gèrent la prise de rendez-vous en cabinet de ville, ils organisent le transport uniquement si leur proche a la possibilité d'être déplacé dans un véhicule personnel. Dans le cas d'une mobilité réduite, l'EHPAD organise le transport avec un VSL. Ils accompagnent parfois le proche en consultation s'ils utilisent leur véhicule personnel.

Ainsi, les aidants prennent le relais autant que possible sur le volet de la **prévention dentaire**. Pour les visiteurs les plus réguliers et qui peuvent rendre visite à leur proche après l'heure du déjeuner ou du dîner, ils **vérifient l'hygiène dentaire** de leur proche quotidiennement, et certains réalisent l'acte du brossage de dents. Cela étant, la plupart des aidants ne font pas le brossage, soit par pudeur de leur proche, soit parce qu'ils considèrent que ce n'est pas leur rôle. Lorsque la famille est présente et qu'elle réalise les soins d'hygiène buccodentaire, cela est bénéfique pour le résident. Au-delà, tous sont responsables de **l'achat de matériel** d'hygiène bucco-dentaire (dentifrice, brosse à dents), mais à noter que les aidants interrogés sont des proches de résidents en EHPAD, ce qui est différent en MAS par exemple (cf. rapport d'évaluation à mi-parcours).

Les aidants se préoccupent également de la **prise en charge de la douleur** : ils **donnent l'alerte** au personnel soignant de l'établissement en cas de douleur dentaire.

Axes d'amélioration : renforcer l'aide au brossage des dents des résidents qui n'ont pas d'aidants familiaux.

3. Accessibilité des lieux de soins et adaptabilité du praticien au handicap de la personne

> Cabinets de ville

Les travaux d'évaluation à mi-parcours auprès de l'équipe projet, du COPIL, des personnels des EMS et des dentistes de ville ont montré que trouver un chirurgien-dentiste pour les résidents des EMS du Cher reste très difficile et c'est une des principales limites de l'impact du dispositif sur le recours aux soins. Non seulement il y a très peu de chirurgiens-dentistes sur le territoire, mais il y a de nombreux cabinets non équipés, surtout pour les situations de troubles cognitifs, du comportement ou psychiatriques.

L'enquête en ligne auprès des EMS montre **que les délais d'attente pour avoir un RDV et l'accessibilité des cabinets de ville sont les limites du dispositif** les plus citées par les répondants (21% et 19% respectivement).

Les entretiens aidants confirment leurs **difficultés à accéder aux lieux de soins**, notamment en cabinet de ville : soit en raison du **manque d'équipement** des cabinets dentaires, **du refus de soin** pour cette patientèle âgée, ou encore tout simplement celui du **refus de prendre de nouveaux patients**.

« J'hésite à l'emmener chez le dentiste, car le problème c'est de trouver un dentiste habilité à recevoir des fauteuils roulants... donc barrière de plus en plus difficile à franchir (...) Cela fait beaucoup de « si » » - Aidante

« Son dentiste est retraité donc la difficulté est de trouver un dentiste. Le dépistage c'est bien pour améliorer la prise en charge mais c'est vrai que là dans le Cher, c'est la course pour trouver quelqu'un qui accepte de prendre un nouveau patient. » - Aidante

« Le RDV a duré trois minutes car la dentiste n'a même pas voulu lui faire ouvrir la bouche et n'a pas voulu la soigner. Elles ont été éconduites toutes les deux sans autre explication. Depuis ce moment-là, aucun soin n'est possible compte tenu de la difficulté à trouver des dentistes sur Bourges. » - Aidant

Point d'attention : dans une optique de généralisation, à noter qu'une partie du parcours n'est pas prévue dans le dispositif impliquant une réponse partielle au besoin

Q5 Le dispositif permet-il de réduire les dépenses de santé ?

Les questions relatives aux coûts et gains induits par le dispositif relèvent principalement des travaux sur les données du SNDS, qui ont finalement été abandonnés pour cette évaluation. Des données descriptives ont pu néanmoins partiellement être collectées sur les frais à la charge des résidents et les ressources mobilisées par les EMS lors de la campagne de dépistages lors des entretiens auprès des aidants notamment.

Q5 Le dispositif permet-il de réduire les dépenses de santé ?

Q5.1. Combien représentent les coûts induits par le dispositif pour les EMS et les résidents ou leur famille ?

Les coûts du point de vue des résidents, des familles et des chirurgiens-dentistes libéraux

> Quels restes à charge pour les résidents / aidants ?

Les travaux d'évaluation à mi-parcours ont montré qu'il peut y avoir des restes à charges sur certains soins préconisés pour les résidents (couronnes, prothèses, implants, pâte fixatrice pour appareils dentaires, brossettes spécifiques, parodontie, certains déplacements...). Selon certains professionnels des EMS, ces coûts, de même que l'avance de frais sur les soins courants, ne devraient pas être un frein à la prise en charge des troubles bucco-dentaires des résidents même si certains devis peuvent rebuter les familles de proches très âgés ou les résidents modestes à effectuer des soins. L'évaluation intermédiaire a montré aussi que les résidents, les personnels et les familles sont en général assez mal informés sur le remboursement des frais dentaires et il peut y avoir aussi des craintes infondées.

Les aidants interrogés en phase finale n'ont **pas évoqué de freins financiers** à la réalisation des soins bucco-dentaires, notamment en raison d'une mutuelle (qui permet de couvrir en grande partie le reste-à-charge) et de la prise en charge par l'assurance maladie des soins dentaires à 100%. L'enquête en ligne auprès des EMS pointe le coût des soins à pratiquer et/ou l'absence de mutuelle comme étant une limite dans seulement 6% des réponses à la question des limites du dispositif (8 réponses sur 136).

Q5 Le dispositif permet-il de réduire les dépenses de santé ?

Q5.2. Combien représentent les gains induits par le dispositif pour les EMS et le CH ?

Les gains pour les EMS réalisés grâce au dépistage (gains de coordination et d'organisation des déplacements, moindre recours aux médicaments anti-douleurs, aux médecins, aux diététiciens, aux soins par les IDE et aux psychologues) et pour le CH (gestion des urgences dentaires pour des personnes fragiles ou en situation de handicap sévère) n'ont pas été investigués dans le cadre des travaux d'évaluation à mi-parcours d'analyse descriptive.

En phase finale, ces questions auraient principalement dû être explorées de manière quantitative au travers des travaux prévus dans le cadre de l'analyse du SNDS (qui a été abandonnée) et le sont qualitativement grâce à l'enquête en ligne auprès des EMS.

Quelles ressources mobilisées par les EMS ?

> Nombre et temps d'intervention des différents personnels en EMS, valorisation de cette activité (dépistages, accès aux soins)

Les directeurs et personnels des EMS interrogés en phase d'évaluation à mi-parcours ont fait le retour que le temps consacré au dépistage est très faible.

Le fait que le dépistage puisse faire doublon avec des contrôles annuels déjà organisés par les établissements (données récoltées pendant les travaux d'évaluation à mi-parcours) n'est pas confirmé par l'enquête auprès des EMS. En effet, l'enquête montre qu'il est tout à fait **utile selon les répondants d'organiser un dépistage régulier** pour 84% d'entre eux (27 sur 32 répondants) et inutile pour seulement 4 d'entre eux.

Au-delà du temps consacré au dépistage en lui-même, le temps consacré à la prise des RDV et à l'organisation des déplacements des résidents n'avait pas pu être évalué au cours de l'évaluation à mi-parcours.

La sur-mobilisation du personnel pour le dépistage (avant, pendant ou après) n'est pas une limite qui a été exprimée par les répondants (seulement 2 réponses sur les 136 apportées par les 32 répondants à la question posée sur les limites du dispositif). Néanmoins, l'enquête montre qu'à la suite du dépistage **des actions nouvelles ont été mises en œuvre**, telles que la **prise de rendez-vous** pour les résidents dans des cabinets de chirurgiens-dentistes (17 réponses sur 44) qui prend du temps aux équipes, la mise à disposition de kits bucco-dentaires auprès des résidents (8 réponses sur 44) et la mise en place de **formation du personnel** en hygiène bucco-dentaire (6 réponses sur 44). A noter que 8 réponses (18%) mentionnent l'absence d'actions mises en place à la suite du dépistage.

Q6

Le dispositif est-il transposable à d'autres territoires, structures ou situations (domicile, types de handicap...) ?

Les facteurs de reproductibilité du dispositif sont nombreux, et le succès d'un dispositif de dépistage de troubles buccodentaires (condition de sa reproductibilité à d'autres territoire ou sa généralisation au sein du territoire expérimental) doit tenir compte à la fois des conditions initiales exogènes au dispositif (géographie du territoire, densité de cabinets de ville...), mais aussi des conditions initiales endogènes (organisation du dispositif, ressources allouées, partenariats, type de porteur de projet...). La reproductibilité doit aussi tenir compte de la manière dont les acteurs se saisissent du dispositif (la perception de son attractivité, de ses limites, la valorisation des personnels impliqués, le portage du projet, la communication par les partenaires...), autant de facteurs qui vont également influencer sur son efficacité pour les personnes cibles et son efficience pour le système de santé.

Q6

Le dispositif est-il transposable à d'autres territoires, structures ou situations (domicile, types de handicap...) ?

Q6.1. Le territoire, les structures et ses résidents ont-ils des spécificités ?

> Nombre et densité de chirurgiens-dentistes

Selon les données du RPPS de l'INSEE (cf. tableau suivant), à novembre 2022 le Cher compte 117 chirurgiens-dentistes, soit une densité pour 100 000 habitants de 38,56 (contre 39,53 en région Centre Val de Loire et,

selon les données de l'ONCD à janvier 2023, 67,74 en France Métropolitaine), faisant du Cher, un territoire sous-doté en chirurgiens-dentistes.

Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes en région Centre Val de Loire				
Département	Nombre de chirurgiens-dentistes	Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 hab.	Nombre de chirurgiens-dentistes avec spécialité ODF*	Densité de chirurgiens-dentistes avec spécialité ODF pour 100 000 hab.
36	71	32,19	3	1,36
28	153	35,42	8	1,85
41	124	37,55	7	2,12
18 (Cher)	117	38,56	1	0,33
47	277	40,80	13	1,92
37	278	45,74	14	2,30
Région	1017	39,53	45	1,75

Source : INSEE/RPPS mises à jour au 27/11/2022 par l'ARS Centre Val de Loire

(*) orthodontie et orthopédie dentofaciale

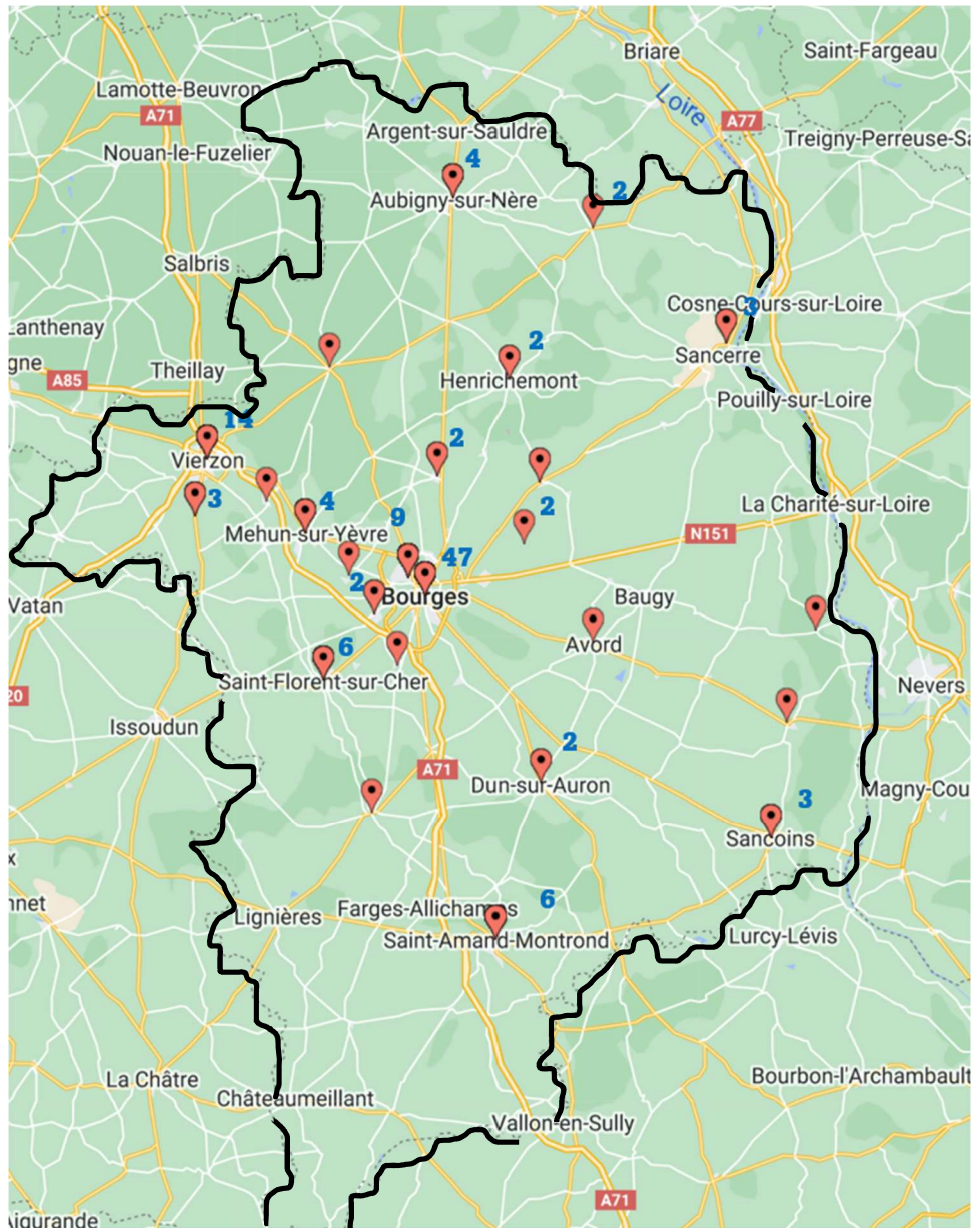
> Lieu d'implantation des cabinets de chirurgiens-dentistes

Les cabinets de chirurgiens-dentistes sont principalement implantés dans les agglomérations de Bourges (47 cabinets), de Vierzon (14 cabinets) et de Saint-Doulchard, entre Bourges et Vierzon (9 cabinets).

Lieu d'implantation des cabinets dentaires dans le Cher	Code postal	Effectifs
Bourges	18000	47
VIERZON	18100	14
SAINT DOULCHARD	18230	9
SAINT AMAND MONTROND	18200	6
SAINT FLORENT SUR CHER	18400	6
AUBIGNY SUR NERE	18700	4
MEHUN SUR YEVRE	18500	4
Méreau	18120	3
SAINT-SATUR	18300	3
SANCOINS	18600	3
DUN SUR AURON	18130	2
HENRICHEMONT	18250	2
LA CHAPELLE SAINT URZIN	18570	2
LERE	18240	2
LES AIX D'ANGILLON	18220	2
SAINT MARTIN D'AUXIGNY	18110	2
AVORD	18520	1
CHATEAUNEUF SUR CHER	18190	1
FOECY	18500	1
JOUE SUR L'AUBOIS	18320	1
LA GUERCHE SUR L'AUBOIS	18150	1
LEVET	18340	1
LIGNIERE	18160	1
MARMAGNE	18500	1
NEUVY SUR BARANGEON	18330	1
SAINTE SOLANGE	18220	1
TROUY	18570	1
VAILLY SUR SAULDRE	18260	1
TOTAL cabinets dentaires		123

Source : annuaire des dentistes, département du Cher, toutes spécialités confondues (Omnipraticien, ODF, Chirurgie Orale, Médecine Bucco-Dentaire, Stomatologie, Orthopédie Maxillo-faciale), à février 2023

Cartographie des lieux d'implantation des cabinets de chirurgiens-dentistes dans le département du Cher



Source : annuaire des dentistes, département du Cher, toutes spécialités confondues (Omnipraticien, ODF, Chirurgie Orale, Médecine Bucco-Dentaire, Stomatologie, Orthopédie Maxillo-faciale), à février 2023

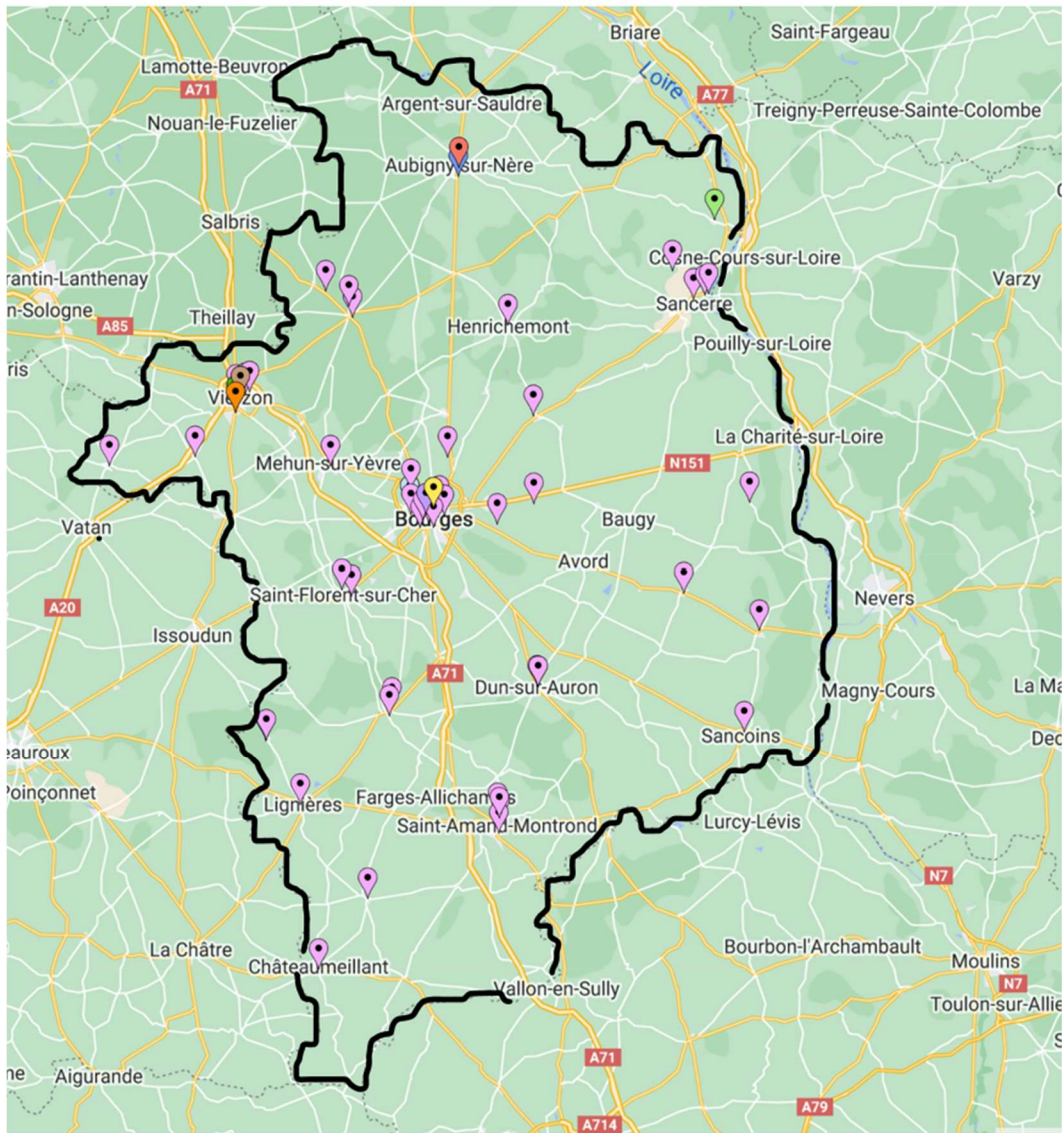
> Typologie des cabinets des chirurgiens-dentistes accessibles

Il n'existe pas de donnée officielle disponible par département sur les cabinets de ville accessibles aux personnes en situation de handicap physique et/ou mental. Le réseau HANDIDENT (réseau de cabinets dentaires accessibles aux PH) n'existe pas en région Centre Val de Loire.

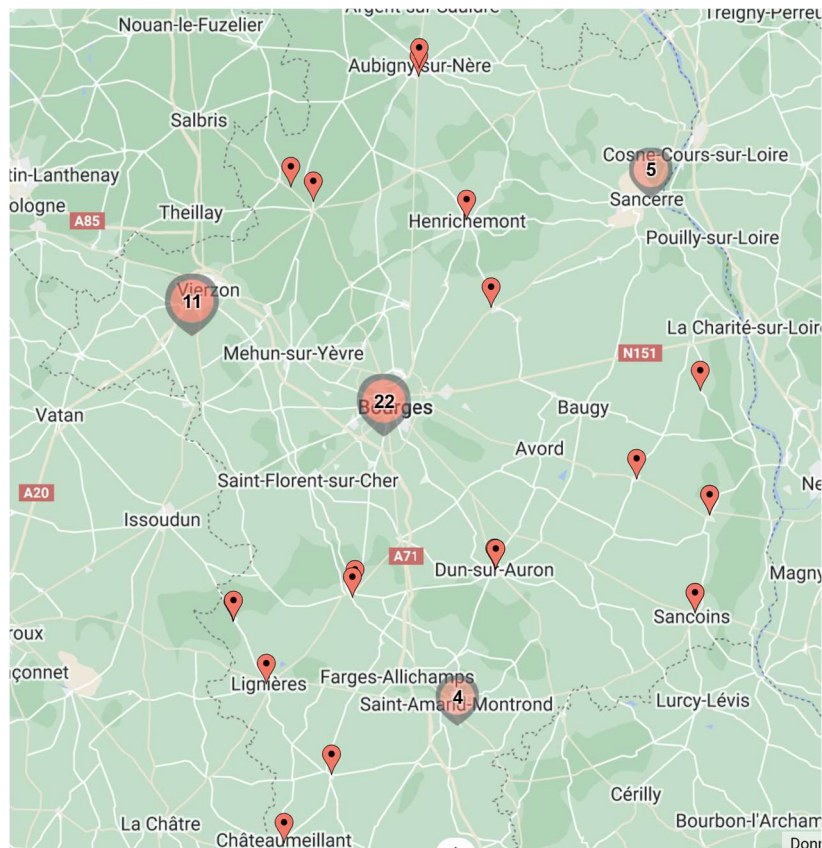
> Cartographie des établissements dépistés

Les 63 EMS dépités (données au 31/12/2022) sont implantés sur tout le département, fortement concentrés autour des agglomérations, notamment de Bourges, Vierzon, Sancerre et Saint-Amand Montron, et relativement peu nombreux dans le nord du département.

Cartographie des EMS dépités entre septembre 2019 et décembre 2022



Concentration des EMS autour des villes (Bourges, Vierzon, Saint-Amand Montrond et Sancerre)



> Données territoriales compilées (offre dentaire et offre médico-sociale, données territoriales)

Le Cher a une surface de 7245 km². Le projet est doté de deux IDED (avec frais pour deux véhicules) pour effectuer les 4613 dépistages proposés sur les 3 ans initialement prévus de l'expérimentation (hors période covid et prolongation correspondante). En prenant les départements ayant une superficie comprise entre 6500km² et 8500km² (afin de comparer des départements de superficie relativement similaire au regard des ressources à prévoir en IDE, caméras, véhicules et distances à parcourir pour couvrir l'ensemble des EMS), on constate que **le Cher se trouve parmi les départements les moins dotés en chirurgiens-dentistes** relativement au nombre d'habitants mais aussi au nombre de places en EHPAD (cf. tableau suivant).

Données géographiques et dotations en « équipements de santé »

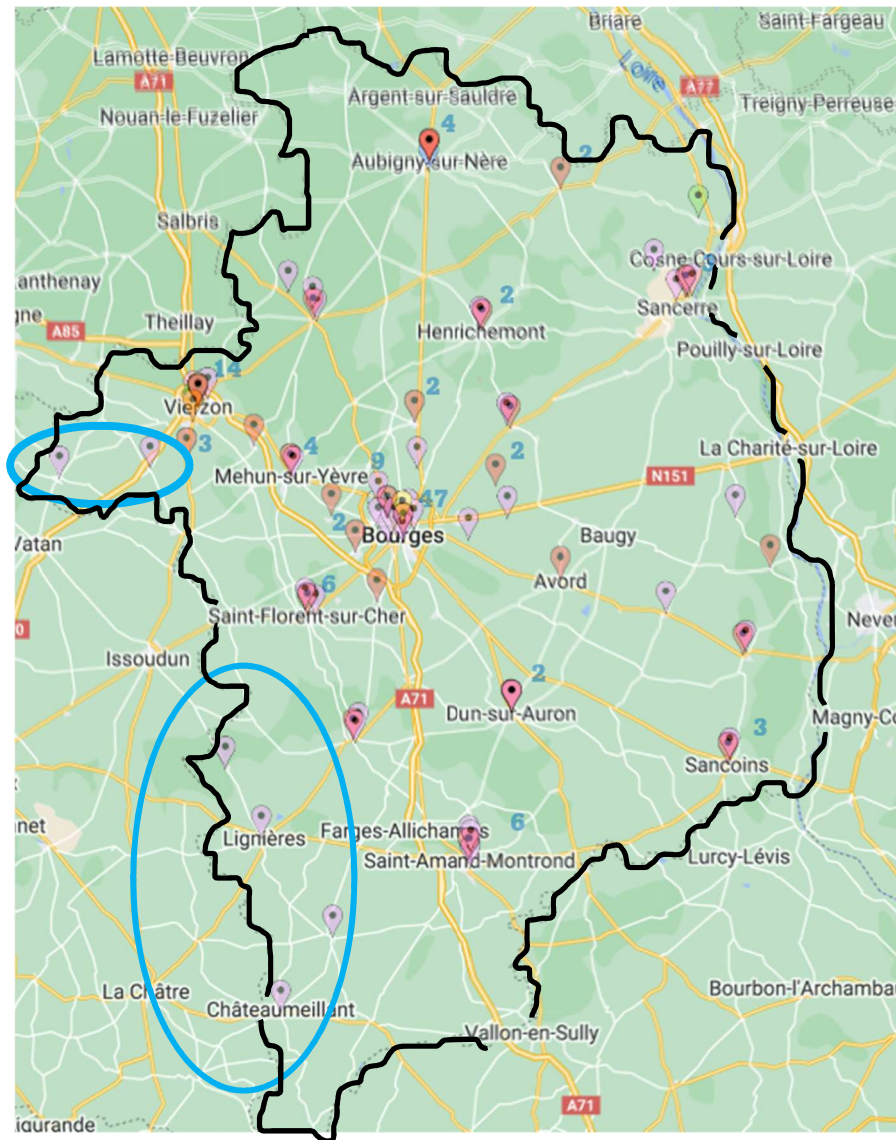
Nom du département	Superficie	habitants	nb EMS(*)	Nombre de places en EHPAD(**)	nb de dentistes	Taux de dentistes par hab	Taux de dentistes par place en EHPAD
Yonne (89)	7443	335 707	94	5786	109	0,03	0,019
Indre (36)	6789	219 316	78	3353	77	0,04	0,023
Aisne (02)	7379	531 411	119	5667	212	0,04	0,037
Vienne (86)	6994	438 435	143	5635	178	0,04	0,032
Cher (18)	7245	302 306	81	4218	123	0,04	0,029
Loiret (45)	6778	680 523	107	6618	305	0,04	0,046
Nièvre (58)	6818	204 452	60	3530	95	0,05	0,027
Maine-et-Loire (49)	7108	818 273	226	10326	381	0,05	0,037
Pas-de-Calais (62)	6664	1 465 278	303	10556	691	0,05	0,065
Allier (03)	7336	335 975	68	5084	169	0,05	0,033
Morbihan (56)	6821	759 849	170	8737	402	0,05	0,046
Côtes-d'Armor (22)	6884	600 582	176	9307	322	0,05	0,035
Isère (38)	7439	1 271 166	240	8784	690	0,05	0,079
Vendée (85)	6725	686 113	271	10248	376	0,05	0,037
Alpes-de-Haute-Provence (04)	6929	164 308	43	2073	94	0,06	0,045
Drôme (26)	6525	517 228	147	4912	300	0,06	0,061
Marne (51)	8166	566 855	131	5353	334	0,06	0,062
Puy-de-Dôme (63)	7964	662 152	165	7774	403	0,06	0,052
Finistère (29)	6731	915 090	198	11980	564	0,06	0,047
Charente-Maritime (17)	6868	651 358	192	8554	405	0,06	0,047
Ille-et-Vilaine (35)	6781	1 079 498	214	11396	673	0,06	0,059
Loire-Atlantique (44)	6886	1 429 272	328	15118	925	0,06	0,061
Pyrénées-Atlantiques (64)	7642	682 621	172	7626	568	0,08	0,074
Saône-et-Loire (71)	8580	551 493	191	7868	258	0,09	0,033

Source des données : INSEE, Annuairedentaire.com, Répertoire FINESS (critères : hébergements adultes et enfance handicapés et personnes âgées). (*) le nombre d'EMS (hors Sessad et autres services) reporté est issu de la base Finess (**) Le nombre de places est issu du portail de l'INSEE (Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2019 : comparaisons départementales) ; ces données combinent des données de la Drees, du répertoire Finess, de l'enquête SAE et des estimations de population de l'Insee.

> Rapprochement cabinets dentaires / EMS

Autour de Bourges/ Saint-Doulchard, Vierzon et Sancerre, les EMS sont bien dotés en cabinets de dentistes et les communes de Saint-Amand-Montrond, Aubigny-sur-Nère, Sancoins et Dun-sur-Auron sont assez bien dotées (au moins un cabinet). Le Sud-ouest du département est le parent pauvre avec plusieurs EMS mais aucun cabinet de dentiste (Lignière, Châteaumeillant...).

Superposition des cartographie des cabinets dentaires et des EMS dans le département du Cher

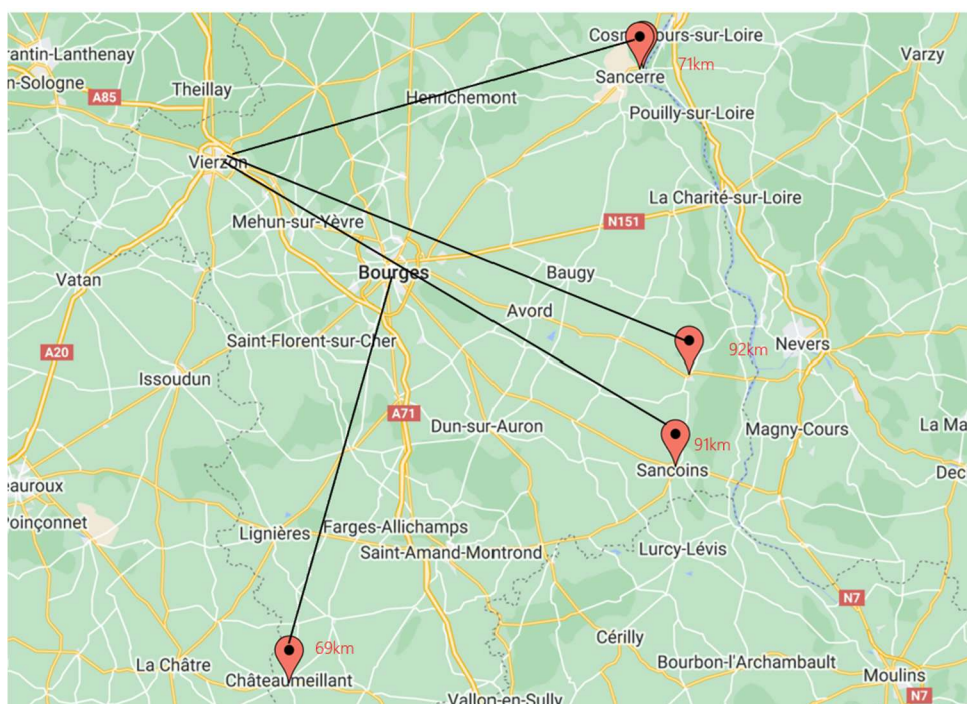


Note de lecture : Les EMS ont un indicateur rose et les cabinets dentaires un indicateur rouge

> Distance parcourue par les IDED

Entre le lancement du projet et le 31/01/2023, les deux IDED ont parcouru 14593 km en 251 déplacements sur 66 structures (soit 70 km en moyenne par déplacement aller/retour pour les déplacements effectués en dehors du CH de Vierzon qui compte pour un déplacement à 0km). En moyenne sur les deux dernières années, les IDE ont réalisé 88 déplacements (les années 2019 et 2020 ayant été fortement impactées par l'épidémie de covid19). Sur 2021 et 2022, les déplacements représentent environ 12000kms, soit plus de 80% des kms parcourus entre septembre 2019 et janvier 2023. Les déplacements les plus éloignés sont de 92 kms aller (soit 3h de trajet aller/retour en voiture sur la journée en sus de la journée de dépistages).

Carte des déplacements les plus éloignés du lieu de départ (CH de Vierzon ou CH de Bourges) :

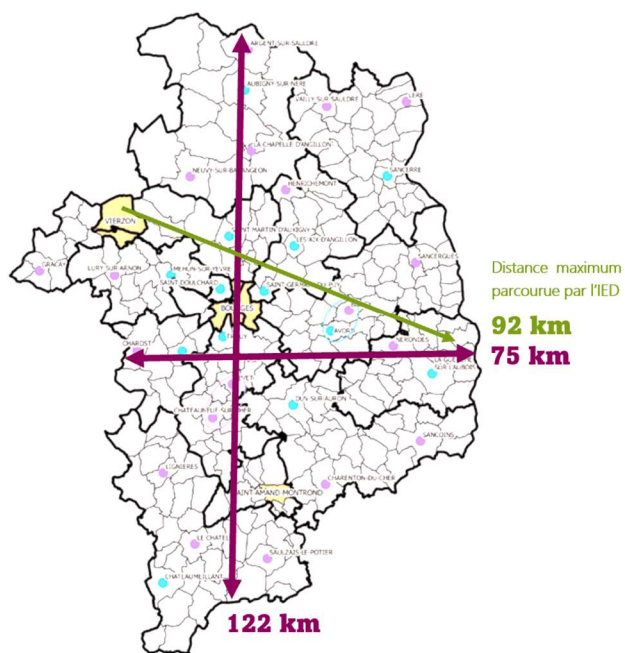


Compte tenu du périmètre et rayon du département du Cher (carte suivante) et sa géographie (plaine, réseau routier de 124 km d'autoroute pour une moyenne nationale de 122 km, 81km de routes nationales pour une moyenne nationale de 94km, selon les données de l'INSEE au 31/12/2019, ce qui en fait un département relativement bien doté et accessible entre structures hospitalières et médico-sociales comparé à certains départements qui n'ont aucune route nationale ou qui sont situés dans des régions montagneuses et plus difficiles d'accès), les déplacements sont réalisables sur une seule journée étant donné que la distance maximale entre les deux villes les plus éloignées du département n'excède pas 130 km et que les établissements dépistés sont à l'intérieur de cette zone ce qui garantit des déplacements inférieurs à 100kms.

En période hivernales, les IDED se sont organisées pour réaliser les dépistages plutôt autour des agglomérations de Bourges et de Vierzon afin de limiter les risques sur la route liés aux conditions météorologiques (brouillards, verglas, pluie).

Facteurs de succès : à iso-ressources, ces données concourent à rendre l'expérimentation reproductible à des départements comparables en termes de superficie et de géographie.

Périmètre et rayon du département du Cher



Source du fond de carte : Conseil départemental du Cher

Carte du réseau routier du Cher, publiée dans Le Larousse



> Autres données

Les données de recours aux urgences pour un motif de troubles buccodentaire

Selon le porteur de projet, le motif de recours aux urgences pour un problème dentaire reste très exceptionnel (il n'existe néanmoins aucune donnée sur les RPU du référentiel national SYRIUS sur l'information des urgences). Le médecin DIM de l'équipe projet précise que si les conséquences des problèmes dentaires (au-delà du trouble dentaire en lui-même ou des comorbidités associées à des troubles dentaires) sont connues (endocardite d'Osler, abcès, notamment cérébraux, décompensations de maladie chronique telles que le diabète, la dénutrition ou les arthrites...), le PMSI ne permet pas d'en déterminer statistiquement un facteur causal.

L'étude sur les consommations de soins buccodentaires dans la région Centre Val de Loire

Une étude rétrospective³ réalisée par l'Institut statistique des professionnels de santé libéraux à partir de données de 2016 issues de plusieurs bases du Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie montre que l'offre de soins en région Centre Val de Loire en matière de détartrage (les cabinets dentaires), qui permet d'éliminer la plaque dentaire, de prévenir l'apparition de caries et le développement de la maladie parodontale (prévention), influe moins sur les consommations d'actes de détartrage que les indicateurs de richesse ou de pauvreté.

Facteurs de succès : sur la base des résultats de cette étude, il serait intéressant d'étudier le niveau de richesse/précarité par département (revenus des ménages, taux d'habitants en dessous du seuil de pauvreté, etc...) plutôt que le taux d'équipements (cf. tableau précédent : Données géographiques et dotations en « équipements de santé »). Néanmoins, les données recueillies auprès des aidants ne permettent pas de confirmer cette hypothèse, les restants à charge n'étant pas la cause première du non-recours au soin, plaçant plutôt le niveau d'autonomie des personnes (en lien avec le handicap ou le vieillissement) associé au manque de dentistes formés/sensibilisés au grand âge/handicap comme le facteur principal de non-recours aux soins buccodentaires et d'éloignement des personnes vis-à-vis des sujets de prévention. Il est en outre possible qu'il existe un biais de sélection sociale quant aux aidants qui participent aux entretiens, moins confrontés à des difficultés économiques. En outre, les données économiques par département produites par l'Insee (niveau de vie médians des ménages fiscaux et taux de pauvreté) placent le département du Cher dans la moyenne des départements français (taux de pauvreté de 14%, conforme à la moyenne des départements, et niveau de vie médian de 21090€, plaçant le Cher à la 46^{ème} position en termes de niveau de vie⁴).

³ *Consommation de soins dentaires préventifs en région Centre-Val de Loire : une étude rétrospective*, (Frédéric Denis, Charlotte de Fontagalland, Bruno Meymandi Nejad, Gilles Amador, Zéphyrine Brochen, Stéphanie Tubert-Jeannin, Emmanuel Rusch), SFPSP, 2020/1 Vol. 32 | pages 87 à 95, DOI 10.3917/spub.201.0087

⁴ Source(s) : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal.

Q6	Le dispositif est-il transposable à d'autres territoires, structures ou situations (domicile, types de handicap...)?
	Q6.2 Quelles spécificités de ce dispositif le rende transposable à d'autres territoires ?

> Rôle du GHT en termes de coordination et de fonctions support

Le GHT apporte des ressources mutualisées pour la mise en œuvre du projet *en sus* du forfait, notamment l'appui au recrutement des deux IDED (issues de deux CH du territoire), de l'infirmière de télémédecine pour assurer la coordination de projet et certaines tâches spécifiques (problématiques matérielles, logistiques, réglementaires, ainsi que la tenue du dossier médical et l'archivage), des deux chirurgiens-dentistes référents, mais aussi des expertises et activités spécifiques non budgétées dans le cadre du forfait, assurées par le médecin DIM et le personnel de la facturation, les informaticiens (SI et gestion des données personnelles), le service de la blanchisserie, de la gestion des véhicules de fonction et de la stérilisation, et l'ingénieure biomédicale. Le GHT a également mis à disposition des locaux, du matériel informatique et du temps pour l'élaboration du cahier des charges et le suivi de sa soumission. Au-delà, le GHT apporte aussi, vis-à-vis des structures dépistées, la légitimité d'un groupement hospitalier pour un projet ambitieux et transversal aux logiques sanitaires et médico-sociales et public-privé. Le portage par un GHT se fait également au niveau de la communication, qui est facilitée par un tel regroupement, facilitant les relations avec les EMS et leur adhésion aux projets portés par le GHT.

> L'attractivité du dispositif selon les personnels des structures dépistées interrogées

L'attractivité du dispositif en lui-même est un autre facteur endogène de reproductibilité qui vient compléter les facteurs de reproductibilité exogènes décrit plus haut (données territoriales).

Selon les 32 répondants à l'enquête en ligne auprès des EMS, le dispositif est :

- Très attractif au regard du **service rendu aux résidents et/ou aux familles**, de la **qualité du dépistage** proposé, des **compétences/qualités de l'IDED**, de la **simplicité dans la mise en œuvre** du dispositif et de **l'absence de déplacement des résidents** pour effectuer le dépistage
- Plutôt attractif en termes d'acceptabilité du dépistage par les résidents, de sensibilisation des familles et des personnels à l'hygiène buccodentaire et aux troubles buccodentaires, de montée en compétence des personnels, d'amélioration de la santé buccodentaire des résidents ainsi que de la qualité de vie des résidents (douleur, inconfort, nutrition) et de la communication autour du patient
- Moyennement attractif en termes de moindre recours aux urgences dentaires ou aux médicaments anti-douleur

Critères d'attractivité du dispositif	Non réponse	Notes de 1 à 5 1 étant la pire note et 5 la meilleure				
		1	2	3	4	5
Le service rendu aux résidents et/ou aux familles	0	1	0	3	6	22
La qualité du dépistage proposé	0	0	0	0	8	24
Les compétences/qualités de l'IDE de dépistage	0	0	0	0	7	25
La simplicité dans la mise en œuvre du dispositif	0	0	0	3	8	21
L'absence de déplacement des résidents pour effectuer le dépistage	0	0	0	1	4	27
L'acceptabilité du dépistage par les résidents	0	0	2	5	12	13
La sensibilisation des familles à l'hygiène buccodentaire	2	1	0	13	12	4

La sensibilisation des personnels à l'hygiène et aux troubles buccodentaires	1	1	1	10	11	8
La montée en compétence des personnels	0	2	2	13	9	6
L'amélioration de la santé buccodentaire des résidents	0	2	2	12	10	6
Un moindre recours aux urgences dentaires ou aux médicaments anti-douleur	2	8	2	7	10	3
L'amélioration de la qualité de vie des résidents (douleur, inconfort, nutrition)	1	2	2	11	11	5
La communication autour du patient	2	1	2	5	15	7

L'attractivité était également mesurée par la mise en place de **nouvelles pratiques à la suite du dépistage**. 53% des répondants indiquent que leurs structures ont pris des RDV dentaires pour les résidents à la suite du dépistage, 25% ont mis à disposition des résidents des kits buccodentaires⁵ et 18,7% ont mis en place des formations sur l'hygiène buccodentaire auprès des personnels. A noter que 25% des structures répondantes n'ont mis aucune action en place à la suite du dépistage.

Nouvelles pratiques mises en place suite au dépistage	Effectifs	Fréquence	% répondants
Prise de rendez-vous pour les résidents dans des cabinets de chirurgiens-dentistes	17	38,6%	53,1
Mise à disposition de kits bucco-dentaires auprès des résidents	8	18,2%	25
Mise en place de formation du personnel en hygiène bucco-dentaire	6	13,6%	18,7
Autre	2	4,5%	6,2
Mise en place d'actions de sensibilisation auprès des résidents / familles / CVS	1	2,3%	3,1
Rédaction de procédure à l'organisation du suivi bucco-dentaire des résidents	0		
Aucune nouvelle pratique n'a été mise en place	8	18,2%	25
Je ne sais pas	2	4,5%	6,2
Total/ réponses	44	100%	

Interrogés : 32 / Répondants : 32 / Réponses : 44

Pourcentages calculés sur la base des réponses

Enfin, le dispositif s'avère attractif et utile dans la mesure où plus de 60% des structures ayant répondu à l'enquête considèrent qu'il faut **organiser un dépistage au moins une fois par an** et que seulement 12,5% des structures considèrent qu'il n'est pas nécessaire de renouveler le dépistage. A noter qu'il a été montré en phase d'évaluation à mi-parcours que certaines structures organisent à leur propre initiative un dépistage annuel de leurs résidents.

Organisation d'un dépistage régulier dans le Cher	Effectifs	Fréquence
Annuellement	17	53,10%
Tous les deux/trois ans	7	21,90%
Pas nécessaire de renouveler le dépistage	4	12,50%
Plusieurs fois par an	3	9,40%
Non réponse	1	3,10%
Total	32	100,00%

⁵ Cette action de sensibilisation (hors cahier des charges article 51) a été proposée aux établissements grâce à l'action des chirurgiens-dentistes référents du projet et de l'association DENTACCESS18 qui ont obtenu un premier jeu de kits auprès d'un laboratoire puis un financement pour étendre l'action, kits qui ont été individualisés en fonction des besoins des résidents et distribués auprès des EMS. Au-delà, pour impliquer les familles et les résidents, il a été réalisé une affiche au format A4 sur la prévention et l'hygiène buccodentaire incluant la problématique des prothèses.

L'enquête montre que les **critères d'absence de déplacement des résidents pour effectuer le dépistage**, la **sensibilisation des personnels à l'hygiène** et aux troubles buccodentaires et la **montée en compétence des personnels**, sont des sources d'attractivité du dispositif, ces trois critères d'attractivité récoltant des notes de 4 ou 5 (les meilleures notes) respectivement pour 97%, 59% et 47% des répondants.

Facteurs de succès : la valorisation et la montée en compétences des acteurs du dispositif et des personnels en ESM interpellés/mobilisés par la problématique buccodentaire est un facteur de succès du dispositif, de même que les caractéristiques de dispositif mobile (sur le lieu de vie).

> les limites du dispositif

Les limites du dispositif selon l'enquête en ligne auprès des structures dépistées sont principalement :

- **Les délais pour obtenir un RDV** en cabinet dentaire de ville (90.6% des répondants)
- **L'accessibilité des cabinets dentaires** pour les résidents (accessibilité du lieu, adaptabilité au handicap du résident) (81,3%)
- **Le déplacement des résidents** vers le cabinet de ville (62.5%)

Les limites du dispositif	Effectifs	Fréquence	% répondants
Les délais pour obtenir un RDV en cabinet dentaire de ville	29	21,3%	90,6
L'accessibilité des cabinets dentaires pour les résidents (accessibilité du lieu, adaptabilité au handicap du résident)	26	19,1%	81,3
Le déplacement des résidents vers le cabinet de ville	20	14,7%	62,5
Le niveau d'autonomie ou de handicap des résidents	14	10,3%	43,8
Le manque de formation ou d'information auprès des personnels de structure en hygiène bucco-dentaire dispensé par l'infirmier de dépistage au cours du dépistage	11	8,1%	34,4
Le matériel utilisé (caméra endobuccale)	9	6,6%	28,1
Le coût des soins à pratiquer et/ou l'absence de mutuelle	8	5,9%	25
Le manque de sensibilisation en hygiène bucco-dentaire proposé par l'infirmier de dépistage auprès des résidents et des familles	6	4,4%	18,8
La nécessité de préparer les résidents	4	2,9%	12,5
Autres limites	3	2,2%	9,4
La sur-mobilisation du personnel pour l'opération de dépistage (avant, pendant ou après)	2	1,5%	6,3
La non mobilisation du personnel de la structure pour l'opération de dépistage (avant, pendant ou après)	2	1,5%	6,3
Le manque d'explication donnée par le personnel de la structure sur les comptes-rendus auprès des résidents et de leur famille	2	1,5%	6,3
Total/ réponses	136	100%	

Interrogés : 32 / Répondants : 32 / Réponses : 136 Pourcentages calculés sur la base des réponses

Facteurs de succès : la formation des personnels sur les questions spécifiques aux troubles BD pour les personnes ayant une perte d'autonomie a été indiquée par les répondants à l'enquête comme étant un facteur favorisant l'aide apportée aux structures dans la détection des troubles BD et la programmation des soins associés. Les personnels se sentent frustrés de ne pouvoir permettre à leurs résidents d'accéder aux soins.

V. CONCLUSIONS DU RAPPORT FINAL

1. Identification des Points d'attention et des facteurs de succès du dispositif

> Points d'attention / points de progrès en vue

Organisation des dépistages sur le terrain :

- Si le dispositif est agile, il est générateur de déplacements hebdomadaires pour les IDED, de journées de travail longues et de fatigue en termes d'acheminement du matériel lourd et encombrant.
- Lorsqu'une IDED n'est pas basée sur le site de l'établissement pivot du dispositif, l'organisation des dépistages (mise en œuvre et suivi) doit être anticipée et adaptée (fonctions support et logistiques), et peut impliquer la gestion d'éventuelles difficultés humaines et matérielles notamment en cas de changement dans la planification des dépistages.
- L'information individuelle des résidents et des aidants en amont de la journée de dépistage n'est pas formalisée ni systématique en dehors des EMS qui affichent l'information dans les lieux collectifs. Il en est de même pour le compte-rendu de préconisations des dentistes référents qui n'est pas systématiquement remis aux résidents, aidants familiaux et médecins traitants. Les EMS également doivent s'assurer du consentement des résidents avant de les emmener sur le lieu du dépistage (ou de son représentant légal si le résident est dans l'impossibilité de s'exprimer, ce qui semble être rarement le cas). Néanmoins l'IDED de son côté, s'assure systématiquement du consentement du résident pour pratiquer le dépistage et en cas de manifestation d'une opposition en cours de dépistage, celui-ci est immédiatement stoppé ; tous les refus sont tracés dans le cadre du pilotage du dispositif.
- La diffusion de l'information des personnels sur les objectifs du dépistage et les créneaux de passage a été insuffisante. Elle permet de mobiliser les personnels le jour J, de rendre les résidents acteurs du dépistage et de sensibiliser tous les acteurs de terrain aux questions de l'HBD.
- Les partages d'expérience entre les EMS et l'équipe projet n'ont pas été prévus dans le cadre du dispositif. Organiser des partages d'expérience formels notamment entre les personnels des EMS et les IDED à la suite des dépistages, et entre chirurgiens-dentistes référents et médecins coordonnateurs des structures, serait fédérateur pour le projet et favoriserait peut-être la prévention buccodentaire ainsi que l'organisation des soins post-dépistage.

Organisation et pilotage du dispositif :

- Dans une optique de reproductibilité, il serait plus efficace que le personnel soit dédié à 100% au projet (actuellement leur temps d'intervention est morcelé et donc moins efficace) et qu'il n'y ait pas de changement dans la mise à disposition du dispositif des personnels (les réquisitions des IDED observées sur la période d'évaluation ont impliqué des reports et des délais dans la réalisation des dépistages).
- Les ressources humaines n'ont pas été calibrées au plus près de la charge générée effectivement par le dispositif : les ressources humaines en coordination n'ont pas été prévues ni budgétées tandis que les activités de secrétariat et de chirurgiens-dentistes référents ont été surestimées en termes de charge/d'activité (à noter que la surestimation de la charge des chirurgiens-dentistes est à mettre en regard avec le facteur rémunération qui a été déterminant dans le recrutement de profils aux compétences essentielles pour ce projet ; à titre indicatif, le salaire brut est d'environ XXXX€). Au-delà, des surcoûts hors forfait sont supportés par les établissements de rattachement des IDED et par le GHT, qui sont une donnée à prendre en considération pour la reproductibilité.

- Le statut de l'IDE de coordination du projet, qui intègre un volet management de projet et animation de l'équipe projet (équivalent à un statut de cadre), est insuffisamment reconnu, valorisé et visible des cadres et autres personnels. Dans une optique de reproductibilité, ne pas valoriser cette fonction peut mettre le/la chargé.e de coordination en difficulté vis-à-vis de sa hiérarchie.
- Prévoir l'utilisation systématique d'une messagerie sécurisée pour les échanges avec les EMS et notamment la transmission des CR aux EMS par la secrétaire du dispositif.
- Les données recueillies doivent être « chainables » tout au long de l'expérimentation (les champs dans les fiches IDE et dentaires ne doivent pas évoluer dans leurs intitulés, ni être supprimés, ni regroupés), complètes, systématiques et davantage automatisées à l'aide d'outils de recueil adaptés, ce qui doit être prévu et testé avant le lancement de l'expérimentation.
- Les données remontées au porteur par les EMS sur les suivis de soins sont incomplètes et datées (pas de données récentes). Au-delà du possible manque de volonté des structures à faire remonter les suivis de soins via l'outil proposé par le porteur de projet (peu de retour malgré les relances du porteur) les objectifs de cette collecte sont peut-être mal compris et les ressources insuffisantes pour assurer cette tâche. Dans une optique de reproductibilité, une personne ressource se déplaçant dans les EMS serait bénéfique pour la gestion des remontées de données mais aussi pour assurer le lien entre le porteur de projet et les EMS de même qu'un outil intégré au SI de l'EMS pour éviter de multiplier la saisie des données. Sur les trois ans d'expérimentation, en dehors de la phase de lancement, les temps d'échanges entre le porteur de projet et les EMS ont manqué aux EMS.

Suivi de soins suite aux préconisations des chirurgiens-dentistes référents

- De manière générale, les principales limites du dispositif sont le recours aux soins une fois le dépistage réalisé, en lien notamment avec le manque de cabinets accessibles au public dépisté (troubles cognitifs, du comportement, psychiatriques, moteurs,...), les délais pour obtenir un RDV, les refus de soins et la difficulté de déplacer les résidents jusqu'au soin du fait de leur état. Cela amoindrit l'utilité perçue du dispositif du point de vue des personnels des EMS, frustrés de ne pouvoir apporter de solution à leurs résidents concernés par des préconisations de soins à la suite du dépistage. Dans une optique de généralisation, prévoir la partie du parcours post-dépistage afin d'apporter une réponse complète au besoin.
- Sensibiliser et impliquer les médecins coordonnateurs (qui ne l'ont pas été directement dans le cadre du dispositif, relayé auprès des directions) pour favoriser le soin à la suite des préconisations des chirurgiens-dentistes-référents, et les impliquer dès le lancement du dispositif au même niveau que la direction (envoi des kits d'information notamment) pour favoriser leur mobilisation.
- Impliquer les CVS des établissements comme relais d'information, de sensibilisation et d'adhésion des résidents et familles aux problèmes bucco-dentaires
- Formaliser des informations aux chirurgiens-dentistes de ville (qui sont restés en marge du dispositif) quant aux spécificités des résidents et de leurs besoins de soins.
- L'âge des résidents, leur état de santé, leur degré d'autonomie, leur espérance de vie en EHPAD, sont autant de facteurs limitant sur le recours aux soins

> Facteurs de succès / attractivité du dispositif

Organisation et pilotage du dispositif

- Le rattachement des membres de l'équipe projet à la structure porteuse du projet
- Les compétences et les qualités des IDED (autonomie, flexibilité, empathie, relationnel, connaissance des publics cibles...), de l'IDE de coordination (notamment sur le volet télémédecine, informatique, management de projet, connaissance du fonctionnement de l'hôpital et de ses différents services,

analyse de données, réglementaire, financier) et des chirurgiens-dentistes (implication dans le dispositif, conviction, en matière de sensibilisation et prise en compte des problématiques des personnes en perte d'autonomie, appétence pour les soins innovants et pour les formations...)

- La valorisation de l'IDE de coordination experte en télémédecine (accorder le statut avec les missions qui lui sont confiées)
- La rémunération des chirurgiens-dentistes référents libéraux
- Les liens étroits entre les IDED et les cadres des EMS
- La coopération entre les différents acteurs impliqués dans le dispositif (inter CH du GHT, hôpital-ville, public-privé, sanitaire-médico-social, EMS-GHT, ESM-permanence hospitalière...)
- Le rôle du GHT

Organisation des dépistages sur le terrain

- L'autonomie des IDED
- L'absence de déplacement des résidents et la gratuité du dépistage
- Le caractère non invasif du dépistage et la rapidité du temps d'intervention pour chaque résident
- La maniabilité du matériel à acheminer sur place
- La planification des créneaux de dépistage calée sur l'agenda des résidents ainsi que leurs souhaits (faible taux de refus, moins de programmation de nouveaux passages...)
- L'affichage des informations pratiques sur le dépistage sur le lieu de vie des résidents
- L'absence de répercussion du dispositif en termes de charge pour les EMS (ressources humaines et matérielles)
- La montée en compétences des personnels et des acteurs du dispositif (détection de situations préoccupantes, besoins des résidents ayant perdu leur autonomie, compétences en identitovigilance⁶, télémédecine, analyse des données...)
- Les externalités positives du dispositif tels que la sensibilisation des familles et des personnels à l'hygiène buccodentaire et aux troubles buccodentaires (nouvelles pratiques en matière d'HBD, formations dans les EMS...)
- Le relais de l'information sur le dispositif par les CVS des établissements qui sont un espace d'échanges avec les familles et les résidents et qui font le lien avec les personnels (adhésion au dispositif, sensibilisation à l'HBD, mobilisation des aidants dans le suivi de soins)

Suivi de soins à la suite des préconisations des chirurgiens-dentistes référents

- L'utilité du compte-rendu des dentistes-référents comprenant les préconisations des soins (dont des recommandations en termes de réévaluations pour chaque résident à prévoir dans un délai de 6 à 12 mois), mais aussi les données du dossier patient qui permettent de préparer le RDV de consultation et de l'adapter à la situation du résident, notamment au regard de ses traitements médicamenteux

⁶ L'identitovigilance est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'utilisateur afin de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge.

- L'implication du médecin coordonnateur de la structure (rôle essentiel sur la diffusion des préconisations de soins, prescription des bons de transport, suivi de la santé buccodentaire, pourrait également avoir un rôle dans le lien avec les dentistes de ville dans la transmission des préconisations de soins et de données sur l'état de santé et le degré d'autonomie du résident...)
- La permanence bucco-dentaire hospitalière de Bourges
- L'adhésion des personnels des EMS et des partenaires du projet à l'usage de la télémédecine qui permet d'apporter une réponse innovante à la problématique des inégalités d'accès aux soins pour des publics fragiles tels que les résidents en EMS. Ce dispositif de dépistage, en proposant une démarche « d'aller-vers » facilitée par la télémédecine (dépistage sur le lieu de vie du résident) est en effet un thème fédérateur pour tous les acteurs impliqués dans le projet, institutionnels ou professionnels de terrain.

2. Pistes d'amélioration dans une perspective de généralisation du dispositif

- La programmation du dépistage annuellement (impact positif sur la sensibilisation des personnels et des aidants)
- Mise en place d'un système d'information intégré permettant le pilotage, le suivi de l'activité du dépistage ainsi que les suivis de soins permettant la saisie, les extractions et les analyses de manière plus automatisée
- Intégration au dispositif du projet de mise à disposition des kits d'HBD personnalisés initié par les chirurgiens-dentistes référents
- Elargissement du rôle de l'IDE de dépistage pour inclure un volet formation des personnels et retour d'expériences
- Intégration au dispositif du programme de formation en HBD organisé par l'équipe projet et dispensé auprès des personnels des EMS
- Prise en compte indispensable du transport/déplacement des usagers dans le dispositif de soins à organiser qui est la problématique clé du recours aux soins pour des résidents handicapés, âgés et fragiles
- Le rattachement du dispositif actuel à un dispositif organisant le suivi de soins (dispositif d'organisation des soins sur le lieu de vie des résidents couplé au dispositif actuel de dépistage) afin que la réponse au besoin soit complète.

Réflexion sur le couplage dépistage – suivi de soins

L'amélioration du suivi des préconisations BD du dispositif actuel, qui n'embarque pas les soins après le dépistage, peut passer soit par la mise en place d'une organisation adéquate du transport des résidents soit par un dispositif de soins qui viendrait sur le lieu de vie des résidents, que ce soit via un dispositif mobile ou via un dispositif fixe au sein de certains EMS plus isolés des cabinets dentaires, permettant ainsi pour les résidents les plus fragiles de ne pas avoir à se déplacer. Le dispositif mobile (véhicule aménagé) peut être vu comme plus agile mais tous les soins ne peuvent pas y être dispensés et ce, d'autant plus pour les publics ayant un état de santé dégradé. Le dispositif fixe serait probablement plus coûteux, mais permettrait un lien étroit avec le médecin coordonnateur pour les résidents les plus fragiles (connaissance de la pathologie et des traitements). Un système mixte, mobile et fixe, serait probablement la meilleure option pour couvrir tous les besoins et toutes les situations. La problématique des dentistes devant quitter leur cabinet est un obstacle potentiel à ce type d'organisation. Le porteur propose que les chirurgiens-référents dans l'actuel dispositif de dépistage puissent être aussi ceux qui réalisent les soins sur place pour éviter une déperdition d'informations et assurer une continuité des soins préconisés. Par ailleurs, un référent formé sur la question buccodentaire dans chaque établissement (ou pour un groupement d'établissements) serait un pivot dans ce type

d'organisation, en créant une dynamique entre personnels, familles et résidents sur la problématique buccodentaire, mais aussi en embarquant le volet de la sensibilisation des personnels et des usagers à l'HBD. Au-delà, un dispositif permettant de répondre aux urgences dentaires pour les résidents et personnes handicapées en général, implanté dans plusieurs zones géographiques du département du Cher permettrait de compléter le dispositif. A noter que le département du Cher est doté d'une permanence dentaire hospitalière basée sur le CH de Bourges qui permet de répondre à certaines situations urgentes ou aux besoins de publics spécifiques, notamment les personnes handicapées, principalement les enfants. Cette permanence hospitalière, élargie en termes d'accueil, pourrait être un élément du dispositif, qui, sous forme d'une consultation dédiée au public en perte d'autonomie grand âge, handicaps lourds) avec du matériel adapté, permettrait un meilleur recours aux soins pour les résidents dépistés qui ne pourraient pas bénéficier de soins en ville et qui auraient besoin de soins urgents et complexes.

TRAVAUX A MI-PAROURS DE L'EXPERIMENTATION

Projet d'expérimentation CHER 18 bucco-dentaire (CHER18)

Projet de dépistage et de diagnostic des problèmes de santé bucco-dentaire des personnes à mobilité réduite dans les établissements médicaux-sociaux du Cher, en utilisant les outils de télémédecine

Version du 6 septembre 2022

Référent(s) – TRAVAUX D'ÉVALUATION:

Marieke PODEVIN, ARGO Santé, marieke.podevin@argosante.fr, 06 79 62 14 49

Référent(s) – CONSORTIUM :

Mariana BEIJA, Government Healthcare, beija@govhe.com,

GLOSSAIRE

Cette page détaille les acronymes utilisés dans le rapport d'évaluation à mi-parcours

ALD	Affection Longue Durée	IDEC	IDE de Coordination
AMP	Aide Médico-Psychologique	IME	Institut Médico-Educatif
ARS	Agence Régionale de Santé	IMC	Indice de Masse Corporelle
ASH	Aide-Soignante Hospitalière	ISEP	Institut Spécialisé d'Education pour Polyhandicapés
ASA	Activités et Soins Adaptés	LPPR	Liste des Produits et Prestations Remboursables
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique	LPPR	Liste des Produits et Prestations Remboursables
ATIH	Agence technique de l'information sur l'Hospitalisation	MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation	MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux	MT	Médecin Traitant
CH	Centre Hospitalier	NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
CIM	Classification Internationale des Maladies	NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
CIP	Code Identifiant de Présentation	ORS	Observatoire Régionale de la Santé
CNAM	Caisse National d'Assurance Maladie	PH	Personnes Handicapées
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
CNIL	Commission National de l'Informatique et des Libertés	SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
CVL	Centre-Val de Loire	UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
DAS	Diagnostic Associé	UO	Unité d'Œuvre
DCIR	Datamart de Consommation Inter Régime	URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
DIM	Direction de l'Information Médicale		
DP	Diagnostic Principal		
DR	Diagnostic Relié		
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes		
EMS	Etablissements Médico-Sociaux ; cet acronyme utilisé dans le rapport renvoie à la liste des établissements du Cher bénéficiant du dépistage comme définie dans le cahier des charges (EHPAD, FAM, MAS, ISEP, IME)		
ETP	Equivalent Temps Plein		
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé		
FIR	Fond d'Intervention Régional		
FISS	Fond pour l'Innovation du Système de Santé		
GHM	Groupe Homogène de Maladie		
GHS	Groupe Homogène de Séjour		
GHT	Groupement Hospitalier du Territoire		
GIR	Groupe Iso-Ressources		
HAD	Hospitalisation A Domicile		
HBD	Hygiène Bucco-Dentaire		
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat		
IDED	Infirmière Diplômée d'Etat de Dépistage		

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE.....	60
TABLE DES MATIERES.....	61
I. RESUME.....	62
II. CONTEXTE DE L'EXPERIMENTATION.....	72
III. PREAMBULE	75
IV. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES.....	79
VII. ANNEXES	128

I. RESUME

Le dispositif de dépistage mis en place par le GHT du Cher permet de réaliser des clichés de la cavité buccale, de résidents d'établissements médico-sociaux sans qu'ils aient besoin de se déplacer. Ces clichés sont réalisés par une IDE de dépistage (IDED) formée, puis transmis grâce à un outil de télémédecine à un chirurgien-dentiste chargé d'établir un bilan bucco-dentaire. Celui-ci émet des préconisations en matière d'hygiène et de prise en charge bucco-dentaires dans un compte-rendu qui doit être transmis au résident et à son médecin traitant. Ce projet a pour but d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des résidents en établissements médico-sociaux (EMS) du Cher, de garantir l'accès à des actions de prévention sur le lieu de vie de ces résidents et de garantir l'accès des résidents en EMS à un dépistage bucco-dentaire.

Le forfait vise à assurer la rémunération des actes de dépistage, à réduire les consultations bucco-dentaires d'urgence pour des pathologies graves et donc à rendre les soins bucco-dentaires plus efficaces. L'ensemble des établissements médico-sociaux du Cher participent à cette expérimentation, soit 42 EHPADs (4182 lits) et 18 structures pour personnes handicapées (431 places). Selon l'arrêté du 30 juillet 2019, l'expérimentation devait durer 3 ans et être divisée en 3 phases de dépistages. Elle a débuté en septembre 2019, une prolongation jusqu'au 15 juillet 2023 a été autorisée par l'arrêté du 10 mai 2022.

Le titre du cahier des charges évoque les établissements sanitaires et médico-sociaux et la page 2 du cahier des charges utilise le terme d'établissements médico-sociaux. Le rapport se référera au terme *d'établissements médico-sociaux (EMS)* et non d'établissements sanitaires et médico-sociaux afin de refléter selon le cahier des charges la liste des établissements participants à l'expérimentation, à savoir les EHPAD et structures pour personnes handicapées visités (IME, FAM, MAS, ISEP).

Cette annexe correspond aux travaux descriptifs à mi-parcours de cette expérimentation trente mois après l'inclusion du premier patient (16 septembre 2019). Ces travaux à mi-parcours se focalisent principalement sur la faisabilité et l'opérationnalité du dispositif bien que des éléments permettant d'évaluer l'efficacité et l'efficience du dispositif ont également pu être recueillis au cours de ces travaux.

1. Réponses aux questions évaluatives

Les réponses aux questions sont structurées autour d'un résumé rapide des observations de l'évaluateur par question, suivi d'une série de recommandations visant à proposer des points d'amélioration du projet relevés au cours des travaux d'évaluation sur le terrain

Faisabilité / opérationnalité

Q1

Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?

La montée en charge de ce dispositif de dépistage bucco-dentaire dans tous les établissements du département du Cher **s'est globalement effectuée conformément aux objectifs fixés**, et ce, malgré l'épidémie de covid19 imposant des arrêts ou des ralentissements successifs des dépistages pendant les périodes de pics épidémiques. Les ressources prévues en matériel et en personnel ont été allouées au projet, même si les ressources humaines ont été mal calibrées au départ, notamment **le temps nécessaire pour la coordination** de projet, ce qui nécessite certains **ajustements dans la répartition par profil de la charge de travail effective**. La prise en main du matériel est relativement simple pour les IDED et les chirurgiens-dentistes référents. Elle demande un léger coup d'entrée via une formation rapide ainsi qu'une assistance lors des premiers dépistages, notamment sur le volet technique de la prise des clichés pour les IDED.

L'organisation des dépistages nécessite le déplacement des deux IDED dans tous les établissements, optimisé autant que possible via une gestion des plannings de dépistages centralisée par l'équipe de pilotage. La venue de l'IDED sur place est gérée en direct avec l'établissement, qui a été préalablement informé des objectifs de ce dépistage et de ses modalités pratiques. Le porteur de projet transmet à l'établissement des supports d'information qui sont relayés auprès des équipes de l'établissement et des usagers (résidents et/ou aidants). Cette communication initiale auprès de l'établissement, qui, au lancement du projet se faisait par un déplacement d'un membre de l'équipe projet⁷ (le plus généralement la chargée de mission) au sein de l'établissement, s'effectue aujourd'hui par courriel et téléphone. **Ces modalités de communication nécessiteraient encore quelques ajustements afin que les personnels accompagnant les résidents et les résidents eux-mêmes soient mieux informés des objectifs et enjeux du dispositif et que les résidents soient ainsi mieux préparés en amont.**

En théorie tous les profils de résidents peuvent être dépistés dans la mesure où ceux-ci ne sont pas déplacés sur un autre lieu que leur lieu de résidence, et que le geste est plutôt bien accepté et vécu par les résidents. A ce stade à mi-parcours de l'évaluation, il semble y avoir **peu de refus⁸ de la part des résidents qui ont été informés du dépistage a minima au moment du geste et en ont globalement compris l'utilité** via les explications données par l'IDED (12% des dépistages proposés ont été refusés ou impossibles à mener). **Si les aspects techniques liés au dépistage (protocole d'hygiène, réalisation et traitement des clichés) sont explicitement décrits dans une procédure, la vérification des conditions préalables au dépistage (critères d'inclusion, information et non-opposition du patient) par l'IDED semblent peu formalisés** (au-delà des indications mentionnées dans le cahier des charges et du protocole d'hygiène spécifique à la covid19). **Ces étapes nécessiteraient un protocole rigoureux pour permettre une remontée plus fiable des données collectées** sur place et une analyse plus fine des conditions de réalisation du dépistage.

La transmission des comptes-rendus aux résidents et à leur médecin traitant comme décrit dans le cahier des charges est aujourd'hui peu effective car **dans la pratique, peu des résidents ou aidants interrogés ont reçu leur compte-rendu en main propre.** Les modalités de transmission du compte-rendu peuvent alors être améliorées dans le but **d'assurer une information des usagers et des familles dans le respect du code de la santé publique.**

Globalement, ce dispositif maniable et léger de dépistage bucco-dentaire au lit du résident s'est montré faisable et opérationnel sur le terrain. Le suivi de son activité pourrait en revanche être amélioré par des remontées de données systématiques et plus complètes et un système automatisé embarquant les remontées de données issues des dépistages, des diagnostics et du suivi des soins de manière effective, comme cela était prévu dans le cahier des charges. Ce travail de reporting permettrait aux établissements d'apprécier l'efficacité du projet au profit des résidents.

Efficacité

Q2

Qu'apporte la mise en place d'un dispositif de dépistage bucco-dentaire sur le lieu de vie des résidents (sur la prévention primaire et secondaire, l'état de santé et la qualité de vie des résidents) ?

Le dépistage a permis de dresser un état des lieux de l'hygiène et de l'état de santé bucco-dentaires des résidents qui sont perfectibles en termes de régularité dans le brossage, de nettoyage des dentiers, d'utilisation du matériel à disposition, de possibilité de soutien apporté par les personnels soignants dans ces actions et de recours aux soins lorsque cela est nécessaire. L'exploitation des données transmises par le porteur sur les recommandations formulées

⁷ Dans ce rapport, l'équipe projet se définit comme le noyau actif des acteurs dédiés à la gestion du projet. Elle se compose de la chargée de missions, de l'IDE de coordination, de la secrétaire, des deux IDE de dépistage et des deux chirurgiens-dentistes-référents.

⁸ Le choix a été fait par l'équipe projet de ne pas différencier les dépistages impossibles des refus dans la mesure où les troubles cognitifs de certains résidents ne permettent souvent pas de déterminer s'ils s'opposent au geste ou ne sont pas en capacité de le subir.

par les chirurgiens-dentistes référents souligne que 58% des préconisations formulées sont des préconisations qui peuvent être réalisées au sein des établissements : bain de bouche, optimisation des soins d'hygiène et adaptation de la texture des aliments. 42% des préconisations conseillent des consultations d'odontologie (sans précision sur la nature des soins, simple détartrage ou extraction de dents), ce qui en fait la préconisation la plus indiquée. L'objectif attendu par les partenaires financiers et institutionnels, de réaliser cette photographie à un instant « t », régulièrement discuté lors des comités de pilotage, est ainsi atteint.

Par ailleurs, **l'utilité du dépistage en termes de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire auprès des résidents** est globalement démontrée au travers des 20 entretiens auprès des personnels en EMS, quelles que soient leurs fonctions, ainsi que par les 10 membres du COPIL et les 11 partenaires (CVS, associations d'usagers, ARS et CPAM) interrogés. Ceci est notamment rendu possible grâce à la sensibilisation du personnel des établissements qui, en effet de cascade, sensibilisent à leur tour les résidents.

En revanche, **l'impact sur l'état de santé des résidents et leur qualité de vie n'a pu être évalué**. Autrement dit, l'objectif de prévention secondaire, qui est de prévenir les complications que peuvent entraîner des troubles bucco-dentaires est atteignable grâce au repérage réalisé lors du dépistage certes, mais ne peut être mesuré dans le cadre de l'évaluation pour plusieurs raisons : d'une part car les données sur la qualité de vie et la participation sociale des résidents sont manquantes et non demandées dans le cadre du dispositif. D'autre part parce que les établissements visités étaient soit encore en cours de dépistage, soit n'avaient pas encore eu le temps de programmer des RDV soit avaient été dépistés depuis trop longtemps pour que les personnels en poste au moment du dépistage soient encore en place au moment des entretiens et observations sur site ou se souviennent des actions mises en place. Cette difficulté a été renforcée par le fait que les EMS connaissent pour certains des vacances de poste, du turn-over et des congés maladie au moment des observations sur site (en lien notamment avec l'épidémie de covid19) qui n'ont pas toujours permis de pouvoir interroger les personnels qui étaient en poste au cours des dépistages.

L'utilité en termes de sensibilisation des personnels des EMS en matière d'hygiène bucco-dentaire (pratiques individuelles de brossage, soutien aux résidents non autonomes, examen des dentiers et de la cavité buccale...) a été démontré. **Il favorise, lorsque le personnel est présent lors du dépistage, une prise de conscience des équipes** des EMS qui connaissent bien les problématiques de l'hygiène et des troubles bucco-dentaires associés, mais qui n'ont pas toujours le temps ni les personnels pour effectuer le brossage à la place des résidents. Des besoins en formation formulés par le personnel des établissements présents lors du dépistage sur ces problématiques ont pu être mis en évidence (Cf. réponses à la Q3 et recommandations). La réalisation des dépistages aide par ailleurs le personnel des EMS à prioriser les résidents qui doivent aller consulter chez le chirurgien-dentiste. Ils s'approprient les préconisations établies par les chirurgiens-dentistes référents, mais aussi la permanence dentaire de l'hôpital. Le dépistage, par le passage de l'IDED et les données qu'elle collecte et qu'elle partage parfois avec le personnel sur place, permet aux aides-soignantes, IDE et intervenants psycho-éducatifs de se former à l'hygiène bucco-dentaire et aux troubles associés. Après le passage de l'IDED dans leurs unités, ils seront davantage sensibilisés à ces problématiques et pourront améliorer l'aide apportée aux résidents et les sensibiliser à l'HBD à leur tour. On peut en conclure que **le dépistage a un impact sur la prise de conscience par le personnel des établissements sur la nécessité de pratiquer des soins d'hygiène bucco-dentaire quotidiens pour les résidents ainsi que des soins dentaires, mais qu'il dépend de la présence ou non du personnel lors de la tournée de l'IDE de dépistage**, et de son implication tout au long du déploiement du dispositif dans l'établissement.

Au-delà, le dispositif sur les lieux de vie des résidents a aussi prouvé son efficacité en matière de limitation des déplacements des résidents, souvent peu autonomes, affectés par des troubles cognitifs et du comportement, et donc difficilement transportables dans un cabinet de ville qui ne leur est pas familier. En termes d'organisation des dépistages, le dispositif est efficace dans la mesure où il permet d'éviter pour les EMS d'avoir à planifier et organiser des RDV pour l'ensemble de leurs résidents, déplacements coûteux en termes de coordination (prise de contact avec des cabinets de ville, planification des RDV, relances, décalage des RDV...), de logistique (véhicules, carburant...) et d'accompagnement (plusieurs accompagnants pour chaque groupe de résidents).

Enfin, il est efficace aussi parce qu'acceptable et accepté par les résidents eux-mêmes, qui ont généralement compris son utilité, donné leur consentement pour se faire dépister et bien vécu le geste en lui-même. Du côté des familles, le taux de retour sur l'utilité du dispositif est moins élevé, notamment parce que les jeunes résidents handicapés, accompagnés par leurs parents, sont plus suivis en ville. Au-delà du vécu du geste, la démarche « d'aller-vers » proposée par ce dépistage est très appréciée, avec un sentiment de se sentir écouté, d'être considéré de par le fait que des professionnels se déplacent sur le lieu de vie des résidents.

Q3

Les recommandations suite aux dépistages sont-elles appliquées correctement pour tous les profils de résidents ? (Cf. accès aux soins)

Le dépistage a permis de dresser un état des lieux des troubles bucco-dentaires (Q2), qui serait relativement moins alarmant selon les chirurgiens-dentistes référents interrogés (recommandations de meilleur brossage, détartrages⁹), que ce qui était attendu au lancement du dépistage par l'équipe projet et le COPIL de l'expérimentation. Dans 53% des cas, l'hygiène orale et prothétique est qualifiée de mauvaise ou très mauvaise selon le recueil infirmier. Par ailleurs sur l'ensemble des dépistages, le dépistage permet nécessairement d'accroître un peu le recours aux soins si des situations de besoins ont été détectées, mais cet impact est largement conditionné par l'accès et les modalités de prise en charge. Il est parfois impossible de recourir aux soins en raison notamment de la démographie de chirurgiens-dentistes dans le Cher, du public particulier qui nécessite un temps médical plus élevé et spécifique, et des capacités limitées au sein des EMS pour organiser le suivi des soins à programmer à la suite du dépistage.

Par ailleurs l'impact sur le recours aux soins bucco-dentaires n'a pu être évalué car les données sont manquantes et non transmises par les établissements. Il sera réexaminé en phase finale si les données récoltées sont accessibles, les entretiens menés durant cette phase à mi-parcours n'ayant par permis de mesurer cet impact, mais plutôt d'identifier les freins et leviers à ce recours au soin.

En effet, le renoncement aux soins provient aussi de freins organisationnels, logistiques et financiers qui impliquent des refus de soins, en particulier des résidents les plus modestes mais aussi des familles et des tuteurs en raison du coût des transports lorsqu'ils ne sont pas pris en charge et du coût des soins à effectuer (prothèses, implants, dentiers) pour des sujets jugés parfois trop âgés au regard du coût que cela représente. La compréhension des soins est un levier clé qui commence par la mise à disposition du compte-rendu de dépistage aux résidents, aux familles, tuteurs et médecins traitants, ce qui n'est pas toujours le cas dans les établissements, mais aussi par le relais des CVS des établissements qui sont un espace d'échanges avec les familles et les résidents qui mériterait d'être investi sur ces problématiques dans le cadre du dépistage. Au-delà de la compréhension du compte-rendu par les résidents, les informations contenues permettent de répondre aux questions que se posent les parents et proches aidants sur les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et les troubles potentiellement associés. Un autre levier est le médecin coordonnateur, qui, lorsqu'il existe au sein de la structure est un acteur essentiel pour favoriser le recours aux soins suite au dépistage, notamment en prescrivant des transports, en transmettant le compte-rendu de dépistage et les préconisations de soins aux résidents, familles et tuteurs et en s'assurant que le suivi des soins est organisé. Les cadres de santé et les IDE de coordination ont également un rôle clé dans la prise des RDV en cabinet de ville et dans l'organisation du déplacement du résident pour se rendre au RDV.

A ces freins organisationnels, viennent s'ajouter des freins liés à la logique de nécessaire rentabilité des cabinets de ville qui impose de limiter le temps consacré à un patient. A chacune des étapes du parcours, le praticien a besoin pourtant d'un temps dédié pour une prise en charge sécurisée, adaptée et complète pour cette patientèle souffrant de plusieurs pathologies et dont le praticien n'a pas toujours connaissance en amont. L'expérimentation permet alors

⁹ A confirmer en phase finale d'évaluation lorsque les données relatives aux préconisations des chirurgiens-dentistes référents pour tous les dépistés seront autorisées à être exploitées dans le cadre des accords de la Cnil.

de lever en partie ce frein puisque l'organisation du dispositif, grâce à la transmission du compte-rendu par le dispositif au chirurgien-dentiste de ville qui comprend la fiche infirmier (données médicales importantes), permet d'aider le praticien à appréhender la situation médicale des patients et à adapter sa réponse à leurs besoins. Si la fiche infirmier est jointe ou reprise dans le compte-rendu lors de l'envoi aux cabinets de ville, le compte-rendu réalisé par leur confrère est jugé comme un levier utile et rassurant par les chirurgiens-dentistes de ville dans le sens où il permet de confirmer la direction et la pertinence de l'acte médical, qu'il aide à la préparation du plateau technique et qu'il permet de bloquer le créneau adéquat.

Un autre levier identifié par l'ensemble des acteurs et qui fait largement consensus est la **permanence bucco-dentaire hospitalière de Bourges** spécialisée dans les publics aux situations complexes.

Efficiences

Q4 L'usage de la télémédecine a-t-il permis une évolution dans les pratiques professionnelles ?

Les membres de terrain de l'équipe projet se sont aisément appropriés les outils de télémédecine (caméras et logiciel) mis en place dans le cadre du dispositif. Ce qui leur a demandé un coût d'entrée au démarrage relève de la prise des clichés de la dentition des résidents, des gestes plus techniques. Ils ont par exemple beaucoup travaillé en équipe sur la qualité des prises de vue en termes d'éclairage et de position, le nettoyage de la caméra, le circuit de stérilisation des embouts et l'adaptation au logiciel pour l'élaboration des comptes-rendus de diagnostic. Les données qualitatives soulignent la nécessaire présence dans l'équipe de pilotage d'une personne experte de la télémédecine pour une appropriation de l'outil. **Des ajustements des gestes des IDED pour utiliser la caméra sont réalisés lorsque les résidents ont des troubles** physiques, cognitifs ou comportementaux (impossibilité d'ouvrir la bouche, réflexe de têter ou de mordre la caméra, réflexe nauséeux, absence de port de la tête ...) qui peuvent dans de rares cas diminuer la qualité des clichés voire rendre impossible l'usage de la caméra dans certaines situations. Ces ajustements **permettent aujourd'hui en routine aux chirurgiens-dentistes référents de ne plus rencontrer de difficulté de diagnostic à la suite des clichés réalisés**. L'expérience acquise au cours des dépistages par les IDED leur permet de rassurer les résidents (timbre de la voix, explications, gestes) malgré l'appréhension vive de certains résidents et **de réaliser les dépistages en quelques minutes seulement**. Les dépistages sont plus ou moins difficiles à réaliser selon l'installation de la personne et la taille des espaces, et des douleurs posturales peuvent se faire sentir parfois.

L'utilisation de la télémédecine a permis une montée en compétence de l'équipe projet. En termes d'externalité positives, les IDED ont en effet acquis de nouvelles compétences en matière de détection de situations préoccupantes et ont renforcé leurs compétences en identitovigilance. L'IDE télémédecine, en tant que coordinatrice du projet et au contact de la chargée de mission, s'est formée à la coordination et à la gestion de projet.

L'appropriation de la télémédecine et la montée en compétence des IDED notamment, s'expliquent principalement par deux aspects du projet : en premier lieu, **la télémédecine est déployée pour une expérimentation qui met en valeur la démarche préventive**. Or, les actes de prévention réalisés par les IDE ne sont pas ou encore trop peu nombreux à être inscrits dans la nomenclature des actes infirmiers. Cette logique préventive a été alors décrite comme l'une des principales raisons de leur adhésion au dispositif, qualifié de novateur par la profession. En second lieu, l'appropriation de la télémédecine par les membres de l'équipe projet mais aussi plus généralement l'adhésion des partenaires à la télémédecine, s'expliquent par **la cause qu'elle dessert : répondre à l'inégalité d'accès aux soins pour des publics fragiles** tels que sont les résidents en EMS **par une démarche d'aller-vers** est en effet un thème fédérateur et qui permet d'obtenir des **consensus** entre la diversité des acteurs impliqués dans le projet. Il en résulte un sentiment de fierté et une motivation forte, exprimés par tous les membres de l'équipe projet qui insufflent une **forte dynamique de projet**. Dans une moindre mesure et au-delà de l'évolution des pratiques professionnelles, l'usage de la télémédecine est perçu par l'équipe projet et les EMS comme un gain de temps dans la prise en charge des patients et permet un archivage effectif des dossiers au sein des établissements, ensuite utilisé comme outil de priorisation pour la prise de rendez-vous.

Le dispositif a également favorisé la **communication et la coopération entre les différents acteurs impliqués** dans le dispositif. Mobilisant des outils innovants, il a ouvert un espace de communication entre le CH de Bourges qui est l'établissement support du GHT 18, et les équipes des EMS sur la problématique de l'hygiène et des troubles bucco-dentaires pour les résidents du département, qu'ils soient âgés et/ou handicapés, et ce, grâce aussi au passage des IDED sur site, apportant un regard extérieur sur l'état bucco-dentaire de certains résidents. Sur le volet des soins dentaires, le dispositif a permis un rapprochement entre les EMS et la permanence dentaire du CH de Bourges. Plus généralement, la mise en place de ce dispositif de dépistage bucco-dentaire sur le lieu de vie des résidents du Cher a permis **d'étoffer le réseau de l'équipe projet et d'identifier à la fois de nouvelles personnes ressources dans les structures et des besoins en formation** sur la problématique de l'hygiène bucco-dentaire et des troubles associés. Par l'implication de l'IDED de Vierzon sur le projet, le dispositif a aussi permis le rapprochement entre les CH de Bourges et de Vierzon autour des problématiques bucco-dentaires.

D'un point de vue organisationnel, **l'expérimentation permet de dépasser le clivage public/privé** à deux niveaux : le dépistage est réalisé par des IDE du GHT au bénéfice de l'ensemble des EMS du Cher, qu'ils soient des structures privées ou publiques. Par ailleurs, les comptes-rendus mobilisent des professionnels libéraux. Cette organisation permet un décloisonnement des différents secteurs engagés (le médico-social, le secteur hospitalier, la médecine de ville) qui favorise des échanges entre les différents acteurs et donc des consensus sur l'état des lieux de l'HBD des résidents, sur les pratiques, sur les besoins des résidents ou encore sur les lieux de soin.

Enfin, **le recours à la téléexpertise est perçu comme innovant par d'autres départements** car il permet de répondre à des enjeux communs à d'autres départements français en lien avec la question de la dynamique de la démographie médicale : **comment faire plus avec moins de chirurgiens-dentistes sur un territoire donné ?**

Le **principal point de progrès en matière de coopérations est le trop faible volume d'échanges et de contacts entre les IDED et les personnels des EMS**, notamment pour les aides-soignantes et les IDE mais aussi les intervenants psycho-éducatifs, qui favorisent la sensibilisation des personnels, les forment aux problématiques bucco-dentaires mais aussi l'implication plus directe, au lancement du projet notamment, des médecins des structures qui ont un rôle central en termes de recours aux soins et qui auraient besoin d'être davantage impliqués dans cette action de dépistage.

Q5 Le dispositif permet-il de réduire les dépenses de santé ?

Les questions relatives aux coûts et gains induits par le dispositif relèvent principalement des travaux sur les données du SNDS. Des données ont pu néanmoins partiellement être collectées sur les frais à la charge des résidents et les ressources mobilisées par les EMS lors de la campagne de dépistages. Ces données seront complétées par des entretiens auprès des aidants, qui auront lieu au cours de la phase finale de l'évaluation.

Les directeurs et personnels des EMS interrogés font le retour qu'il n'y a pas de matériel à prévoir à part un chariot et que **le temps consacré au dépistage est très faible** (excepté pour les quelques structures qui effectuaient déjà un RDV dentaire annuel de contrôle et pour qui ce dépistage rajoute une charge en temps de personnel non indispensable). Il s'agit simplement d'accompagner le résident jusqu'à l'IDED et de le ramener lorsque les dépistages ne se font pas en chambre et de fournir aux IDED les informations cliniques des résidents. Le temps consacré à la prise des RDV et à l'organisation des déplacements des résidents n'a pas pu être évalué au cours de l'évaluation à mi-parcours, mais pourrait être en revanche plus chronophage compte tenu du peu de cabinets adaptés dans le département. Les EMS ne remontant pas les données de suivi post-dépistage, cette activité ne consomme pas de temps aux équipes. L'ensemble de ces questions sera exploré plus finement en phase finale au travers d'une enquête en ligne auprès de toutes les structures ayant été dépistées.

Les **gains pour les EMS réalisés grâce au dépistage** (gains de coordination et d'organisation des déplacements, moindre recours aux médicaments et aux soins, ...), pour le CH (moindre recours aux urgences dentaires notamment) et pour l'assurance maladie (coûts évités) **n'ont pas été investigués** dans le cadre de cette évaluation à mi-parcours

descriptive. Cette question sera explorée qualitativement en phase finale au travers de l'enquête en ligne auprès des structures mais ne sera pas explorée de manière quantitative au travers des travaux prévus dans le cadre de travaux sur les données du SNDS.

Lorsque des soins sont réalisés à la suite du dépistage, il peut y avoir des restes à charges pour les résidents, notamment sur les couronnes, prothèses, implants, certains produits non remboursés, parodontie, certains déplacements. Sur les soins dentaires courants, il n'y a pas de reste à charge, puisque ces soins sont remboursés par l'assurance maladie (seule l'avance des frais est à prévoir). Selon certains professionnels, **ces coûts ne devraient pas être un frein à la prise en charge des troubles bucco-dentaires des résidents** qui ont besoin d'être pris en charge pour éviter des troubles ultérieurs plus graves et une dégradation de leur état de santé. Néanmoins, **certains devis peuvent rebuter les familles** de proches très âgés ou les résidents modestes à effectuer des soins. A noter aussi que les résidents, les personnels et les familles sont en général assez **mal informés** sur le remboursement des frais dentaires occasionnant des craintes infondées. Les résidents interrogés n'avaient par exemple aucune vision sur les frais supportés par le passé. Au-delà, il y a aussi des **freins générationnels** ; les résidents âgés n'ont pas été éduqués à l'hygiène bucco-dentaire et n'ont que très peu ou pas d'éducation en matière de prothèses et ne souhaitent pas toujours payer pour de tels soins / appareillages. A priori, les résidents ont majoritairement des mutuelles pour compléter la part remboursée par l'assurance maladie, à confirmer avec les familles qui seront interrogées en phase finale de l'évaluation et les résultats de l'enquête en ligne auprès des structures.

Reproductibilité

Q6

Le dispositif est-il transposable à d'autres territoires, structures ou situations (domicile, types de handicap,...) ? (Phase finale)

Cette question sera explorée en phase finale de l'évaluation.

2. Nos recommandations

Certaines de ces recommandations peuvent être directement appliquées en cours d'expérimentation, d'autres en revanche identifiées à mi-parcours ne seraient applicables que dans le cadre d'une pérennisation du dispositif. D'autres enfin sont proposées comme pistes de réflexion. Ces deux dernières catégories seront précisées par un astérisque et seront validées en phase finale si elles se révèlent être applicables.

> En matière de ressources allouées et d'organisation du dispositif

- **Valoriser le temps de coordination du projet réalisée** par les profils non rémunérés dans le schéma initial (notamment chargée de mission, et IDE de coordination) : à prévoir autour de 0.5 ETP supplémentaires dont entre 0,2 et 0,3 ETP pour valoriser les missions de l'IDE de coordination qui coordonne l'équipe terrain (gestion des plannings des IDE et chirurgiens-dentistes de dépistage, réponses aux questions des équipes terrain, gestion des outils techniques et dépannages, ...) et assure les interactions avec les équipes des EMS pour organiser les dépistages (information, organisation pratiques, éléments de langage pour les équipes, supports de communication,...)
- **Ajustement plus réaliste de la charge des chirurgiens-dentistes référents** qui est surévaluée dans le schéma initial et du **temps de secrétariat** qui l'est aussi mais dans une moindre mesure (se reporter à la partie dédiée à l'état des lieux des ressources humaines)
- **Prévoir une personne ressource supplémentaire pour suivre les actions sur le terrain** en lien avec les EMS, en particulier pour assurer un lien sur le terrain entre les EMS et la direction de projet et la gestion des remontées de données issues des EMS pour le suivi des préconisations des chirurgiens-dentistes.
- **Proposer des dépistages itératifs et réguliers dans les EMS** dont les publics ne sont pas capables de verbaliser de possibles douleurs dentaires. Cette recommandation répondra au rôle préventif du dispositif dans la

mesure où il permet ainsi d'identifier des problèmes bucco-dentaires que les résidents n'arrivent pas à verbaliser, et évite ainsi d'effectuer des soins urgents.

> **En matière de communication avec les EMS**

- **Instaurer un deuxième temps d'échanges entre l'équipe projet et la direction des EMS**, individuel ou collectif, au-delà des premiers contacts au lancement du projet (en présentiel ou à distance), notamment pour débriefer du dépistage et des besoins de soins.

> **En matière de sensibilisation des personnels à l'hygiène bucco-dentaire des résidents**

- **Organiser des partages d'expériences formels entre les personnels des EMS et l'IDED autour des temps de dépistages** (jeu de questions-réponses autour du dépistage, partages et retours d'expériences sur les pratiques et sur les besoins des résidents, sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire, temps d'observation des dépistages par les équipes des EMS, impressions post-dépistages,). Ces temps sont des opportunités de faire monter en compétences les personnels des EMS sur les problématiques bucco-dentaires.
- **Instaurer des temps de partage avec les chirurgiens-dentistes-référents et les médecins et IDE de coordination des EMS**, afin de renforcer le recours aux soins dentaires en leur permettant de s'approprier les comptes-rendus de dépistage et les mettre à profit au sein de la structure mais aussi de diffuser les bonnes pratiques et si besoin aborder les problématiques de l'hygiène bucco-dentaire et des troubles associés (matériel d'hygiène, implication des personnels, actions suite au dépistage, ...). Cette recommandation pourra être réexaminée dans le cadre de l'évaluation finale (critère de reproductibilité).

> **En matière de sensibilisation des résidents à l'hygiène bucco-dentaires**

- **Formaliser un protocole de prévention primaire** détaillant les procédures en lien avec la prévention primaire, conseils de prévention primaire donnés auprès des résidents mais aussi des personnels des EMS.
- **Prévoir un financement dédié pour systématiser la distribution de kits bucco-dentaires** dans les EMS visités lors de la visite des IDED.
- **Piste de réflexion *** - Porter l'idée d'un point de situation sur l'état bucco-dentaire et les pratiques individuelles, en particulier pour les résidents peu autonomes, à réaliser à l'entrée en établissement, afin que la situation ne se dégrade pas et que les gestes en lien avec l'hygiène bucco-dentaire ne soient pas de plus en plus insoutenables pour les aides-soignantes.
- **Piste de réflexion *** - Des formations proposées par les directions des EMS aux personnels de manière plus régulière et systématique avec appui et relai du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes

> **En matière de remplissage des fiches IDE, des comptes-rendus des chirurgiens-dentistes référents et de la transmission de ces informations**

- **S'assurer que le droit des usagers en matière d'information individuelle** sur le dépistage et de mise à disposition des préconisations individualisées de soins est respecté, notamment quant à la transmission du compte-rendu au résident et au médecin de la structure. Les modalités de transmission du compte-rendu doivent être précisées entre les différents professionnels de santé impliqués dans le dispositif.
- **Fiabiliser les données sur l'hygiène bucco-dentaire du résident** (difficulté à obtenir les réponses de la part des résidents) avec les personnels des EMS.
- **Créer un champ spécifique dans la fiche IDE** pour remplacer une partie des commentaires libres/facultatifs et codifier les informations récoltées (propreté de l'appareil, éventuelles difficultés pour s'alimenter,...).
- **Lorsque le dépistage n'a pas pu être réalisé, l'IDED doit cocher la case « refus de dépistage »** même si le dépistage était impossible ou que le résident n'était pas en état de donner son consentement, la case « examen impossible » ayant été supprimée, ce qui ne permet pas d'analyser finement les véritables refus de dépistage. Proposition de conserver l'expression « refus de dépistage » pour les refus explicites et « dépistage impossible » lorsqu'il n'a pas été possible de réaliser le dépistage pour des raisons physiques ou

lorsque le comportement du patient ne permet pas de savoir s'il ne coopère pas parce qu'il refuse le dépistage ou parce qu'il n'est pas en capacité de le comprendre et de coopérer.

- **Explorer la possibilité de paramétrer l'application de la caméra pour que les clichés soient renommés directement** au nom du patient. En effet, renommer les clichés au nom/prénom du résident filmé ainsi qu'au nom de chaque type de clichés/vidéos (face / profil, haut/bas, droite/gauche) est chronophage et comporte un risque d'erreurs possibles sur l'identité du résident lors du traitement.
- **Concernant les préconisations des chirurgiens-dentistes-référents, compléter les commentaires libres** par des modalités normalisées pour codifier les raisons de pratiquer une consultation d'odontologie (détartrage, extraction dentaire par exemple)
- **Remplacer les fiches au format Word par un fichier à remplissage dynamique et incrémentant automatiquement le tableau de suivi des données compilées de tous les résidents dépistés** ; le format informatique actuel des fiches de recueil IDE et chirurgiens-dentistes-référents au format Word téléversées en PDF dans COVOTEM limite en effet leur utilisation pour le pilotage du projet et le suivi des dépistages.
- **Permettre aux IDE de saisir en temps réel les données récoltées** pendant le dépistage directement dans le fichier « dynamique ».
- **Vérifier que les exigences en matière d'identitovigilance et de sécurité des données personnelles et de santé des résidents** sont conformes Le logiciel de la caméra est un outil créé par une société qui développe des caméras à l'usage des cabinets dentaires dont les besoins en matière d'identitovigilance ne sont pas nécessairement identiques à ceux d'un dispositif de télémédecine mobile.

> En matière d'organisation des dépistages

- **Prévoir une caisse supplémentaire d'embouts de caméra stérilisés** pour l'IDED basée au CH de Vierzon afin d'éviter les aléas si la caisse d'embouts stérilisée n'est pas livrée à temps. Les dépistages sont conditionnés par le retour des embouts stérilisés.
- **Prévoir la présence systématique d'un personnel de l'établissement au moment du dépistage** ce qui rassure le résident en tant que « facilitateur » avant et au cours des dépistages et permet pour l'IDED une meilleure compréhension des besoins du résident et une adaptation à son comportement et à son handicap ou à sa pathologie. Ce rôle de facilitateur peut aussi dans certains cas être remplacé par un membre de la famille dans le but de rassurer la personne et aider au dépistage (intrusion de la caméra par exemple) si nécessaire.
- **Faire assister les résidents réticents au dépistage de leurs pairs** pour dédramatiser le dépistage sauf ceux pour qui c'est au contraire anxiogène (point d'attention sur la question de la confidentialité).
- **Réduire le temps d'attente devant la salle de dépistage** (le cas échéant) en faisant venir les résidents seulement lorsque c'est leur tour (le prévoir avec les personnels des équipes sur place).

> En matière de remontées de données post-dépistage

- **Identifier le moment et le format sous lequel est transmise la liste des indicateurs de suivi à compléter par l'EMS***
- **Développer, pour les EMS, un outil digital simple et sécurisé favorisant la remontée des données de suivi des soins programmés/effectués, soit intégré au système d'information des EMS via le dossier patient soit via la plateforme COVOTEM, - Réflexion amorcée par l'équipe projet comme indiqué dans le rapport d'étape du 31/12/2021.**
- **Anticiper, dès le lancement du dispositif dans les EMS, l'organisation des suivis post-dépistages** (partage d'outils de remontées de données, contacts avec des cabinets dentaires et la permanence dentaire hospitalière) pour favoriser les remontées de données nécessaires au pilotage du dispositif et à son évaluation mais surtout anticiper les RDV dentaires à venir pour les résidents avec des besoins de soins.

> En matière d'adhésion au dispositif et de meilleur recours aux soins

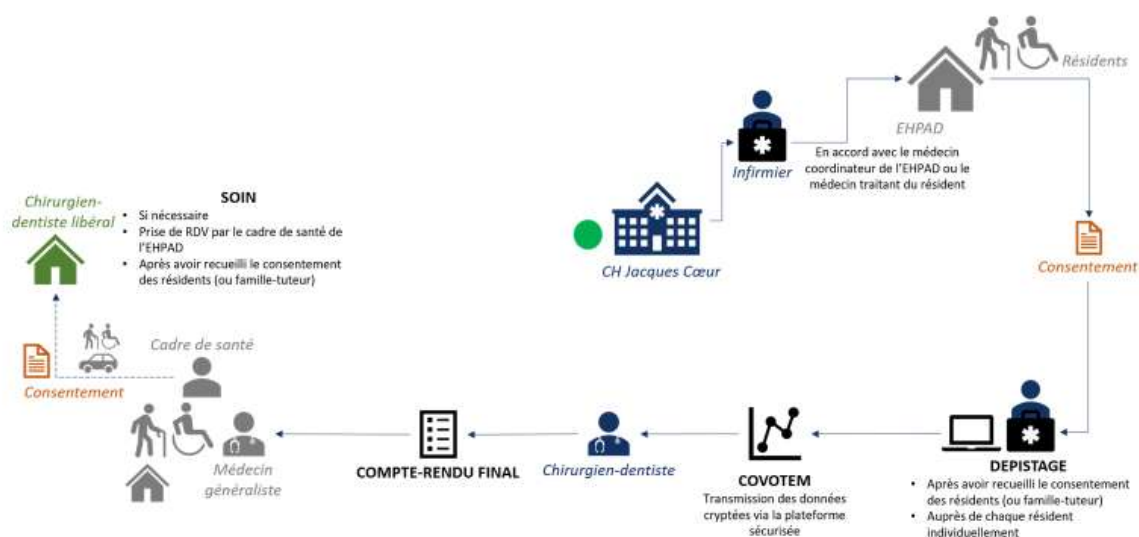
- **Sensibiliser les médecins des structures** pour favoriser le soin suite aux préconisations des chirurgiens-dentistes-référents, les médecins étant prescripteurs de soins et des transports, et les impliquer dès le lancement du dispositif au même niveau que la direction (envoi des kits d'information notamment) pour favoriser leur mobilisation dans le dispositif.
- **Impliquer les CVS** des établissements comme relais d'information, de sensibilisation et d'adhésion des résidents et familles aux problèmes bucco-dentaires.
- **Rappeler systématiquement aux résidents des ESM** que l'IDED ne pose pas de diagnostic et que les images sont analysées ensuite, à distance, par un chirurgien-dentiste pour rassurer et ne pas créer de confusion.
- **Ajouter dans l'information aux familles** un point sur les enjeux du dispositif en matière de prévention, qui ne conduira pas à « juger » les familles en matière de gestion de l'hygiène et des troubles bucco-dentaires de leur proche ;
- Formaliser l'ensemble des protocoles et les diffuser aux partenaires pour susciter leur adhésion.
- **Organiser des informations aux chirurgiens-dentistes de ville quant aux spécificités des résidents** (handicap, non verbalisation, troubles psychiatriques, communication avec les résidents lors du soin pour rassurer la personne, bonnes pratiques en matière de gestes et de matériels adaptés...).
- **Organiser une nouvelle communication en lien avec l'ARS, la CPAM et le Conseil de l'Ordre** auprès de tous les chirurgiens-dentistes libéraux installés en cabinets de ville dans le Cher afin d'encourager leur adhésion au dispositif et leur mobilisation pour renforcer le recours aux soins post-dépistage pour les résidents des EMS du Cher.
- **Elargir l'offre de la permanence dentaire hospitalière** pour en faire une consultation dédiée au public en perte d'autonomie (grand âge, handicaps lourds) avec du matériel adapté qui permettrait de prendre en charge les résidents dépistés dans le cadre de l'expérimentation qui ne peuvent pas être pris en charge rapidement en cabinet de ville mais aussi de renforcer les liens entre les EMS et le CH de Bourges.

II. CONTEXTE DE L'EXPERIMENTATION

1. Présentation de l'expérimentation

L'expérimentation vise à réaliser le dépistage et le diagnostic bucco-dentaire de l'ensemble des résidents des établissements médico-sociaux (EMS) du Cher en utilisant les outils de télémédecine. Deux infirmières diplômées d'état (IDE) ont été spécifiquement formées à la réalisation de clichés et de vidéos de la cavité buccale des résidents à l'aide d'une caméra endo-buccale ainsi qu'au recueil de données.

Les vidéos et clichés sont ensuite transmis aux deux chirurgiens-dentistes de l'expérimentation via une plateforme de télémédecine (COVOTEM™). Ils interprètent les clichés et établissent les bilans bucco-dentaires (comprenant les préconisations à suivre) des résidents. Le compte-rendu du chirurgien-dentiste est transmis au résident, à son médecin traitant et au cadre de santé de l'Etablissement Médico-Social (EMS). Ce sont les EMS qui ont ensuite la charge de prendre rendez-vous chez le chirurgien-dentiste si des soins dentaires sont nécessaires (ci-dessous).



Excepté pour les soins pris en charge à 100% dans le cadre d'une affection de longue durée, d'une hospitalisation, d'un accident du travail, d'un état de santé¹⁰, les soins, ainsi que les transports éventuels, seront à la charge du résident ou de sa famille (le ticket modérateur pour les soins, la partie non remboursée par l'assurance maladie et les mutuelles pour les prothèses, implants, appareils dentaires etc. et transports non prescrits dans le cadre de l'ALD ou du décret de prise en charge des frais de transport « médicalisé »).

Les résidents inclus seront ceux présents dans la structure au moment du dépistage et pour lesquels le consentement aura été recueilli. Ceux d'entre eux pour lesquels le dépistage n'aura pas pu être mené à son terme pour des raisons de complications lors de l'intervention, seront également inclus. Les résidents n'ayant pas donné leur consentement seront exclus de l'expérimentation, mais seront quand même concernés par cette évaluation : ces patients seront décrits (notamment concernant le motif de leur refus) et comparés à ceux qui ont accepté de participer.

¹⁰https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5041/document/referentiel-prescription-transports_journal-officiel.pdf

2. Enjeux de l'expérimentation :

La population ciblée présente à elle seule des enjeux de taille pour l'expérimentation qui ont été soulignés par l'équipe projet : le premier en termes de **volumétrie des personnes que l'expérimentation vise** à inclure, puisque qu'elles représentent 4613 lits répartis dans 60 EMS du Cher. Le deuxième réside dans **la complexité de cette population** : les publics accueillis dans les EHPAD et les structures pour personnes handicapées sont dits « fragiles » car en situation de handicap ou de dépendance, et ont donc des limitations diversifiées et nombreuses. Par ailleurs, le contexte dans lequel a été lancée cette expérimentation montre **un déficit en chirurgiens-dentistes dans le département**, déficit encore plus criant pour les personnes handicapées et âgées qui demandent des soins spécifiques, et qui risque de s'aggraver dans les années à venir avec les départs massifs en retraite de professionnels de la santé. Selon l'ARS, les enjeux du projet en termes d'accès aux soins pour ces publics et de réduction des inégalités de santé sont en adéquation avec le programme régional de santé du secteur médico-social. Le déploiement de la télémédecine fait partie des réponses possibles à ces problématiques.

Le projet vise à convaincre que la promotion de l'hygiène bucco-dentaire au sein des EMS pour prévenir des troubles bucco-dentaires, soit un modèle préventif, **est une réponse aux difficultés de recours aux soins** que les EMS rencontrent. Les premiers bilans ont souligné que 58% des préconisations pouvaient être réalisés en EMS (bain de bouche et d'hygiène et adaptation de la texture des aliments) et éviter le recours à des soins plus lourds. Ce point de vue est partagé par les chirurgiens-dentistes-référents et la CPAM. Un tutoriel a d'ailleurs été réalisé à destination du personnel d'EHPAD et le porteur a mis à disposition de plusieurs EMS des kits d'HBD dans ce sens.

Un autre enjeu du projet était de **promouvoir les actions du GHT** du Cher par une action forte en faveur du secteur médico-social.

La direction départementale de l'ARS et la CPAM soulignent un autre enjeu de terrain, celui de **disposer d'une photographie de l'état bucco-dentaire de résidents** en EMS à un instant « t » et de pouvoir organiser ensuite le suivi adéquat, notamment en priorisant la réalisation des soins pour les résidents qui le nécessitent le plus. Cette photographie n'existait pas avant le déploiement de l'expérimentation.

Ce projet pourrait être enfin l'opportunité **d'attirer de nouvelles réponses aux besoins de soins dentaires** dans le département, en lien notamment avec le volet innovant de l'usage de la télémédecine au chevet des résidents en établissements.

3. Calendrier de l'expérimentation

L'expérimentation a été initiée dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS du 6 novembre 2017 pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire. Suite à l'acceptation du projet du GHT de développer la prévention et le diagnostic en santé bucco-dentaire à l'aide des outils de télémédecine, un comité de pilotage a été créé. Il regroupe des professionnels des cinq établissements parties du GHT (Bourges, Saint Amand, Vierzon, CHS Georges Sand, Sancerre) et le Dr Fort - chirurgien-dentiste libéral, président de l'association Dentaccess 18 associée au dispositif, qui réunit 6 chirurgiens-dentistes libéraux du département autour de questions relatives à l'accessibilité des soins.

L'expérimentation a débuté sur site le 7 septembre 2018 par une 1ère phase pilote concernant les résidents des trois EHPAD rattachés au CH de Sancerre (215 lits).

Une première évaluation de cette phase pilote a fourni les résultats suivants :

- Taux de résidents dépistés sur le nombre total de résidents : 94,66%
- Taux de refus : 1%
- Taux de résidents avec examen impossible sur le nombre total de résidents : 13%

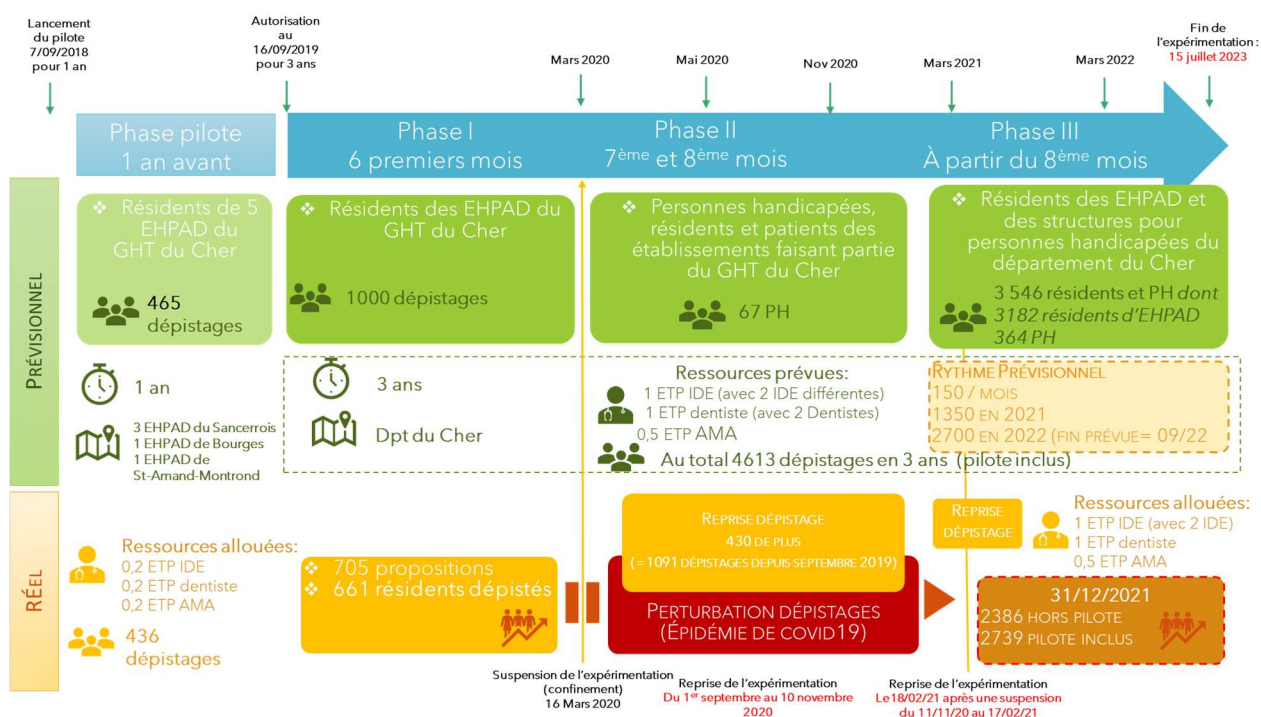
- Images ininterprétables : 14%
- Soit un dépistage effectif pour 72 % des résidents

L'expérimentation prévoyait initialement le dépistage de 20 résidents par jour en moyenne selon 3 phases (figure ci-dessous). Ce chiffre peut varier en fonction des profils des résidents et de leur coopération ainsi qu'en fonction de la distance entre les établissements dits *support* et *d'intervention*.

La durée d'expérimentation envisagée par le porteur de projet était initialement de 3 ans et a été rallongée d'au moins 6 mois en raison de la pandémie de covid19. L'activité de dépistage bucco-dentaire est basée en routine sur l'intervention d'une IDE et d'un chirurgien-dentiste référent à plein temps ainsi que le mi-temps d'une Assistante Médico-Administratif (AMA) pour réaliser environ 1500 dépistages en année pleine (se reporter à la figure suivante).

Le forfait de 126,97€ par dépistage a été calculé sur la base des 436 dépistages réalisés sur un an lors du pilote de 2018-2019 mobilisant 0,2 ETP de chirurgien-dentiste, d'IDE et d'AMA ainsi que les coûts en carburant, usage des véhicules et assurances automobile et consommables médicaux, avec une hypothèse de linéarité des coûts supportés par l'établissement pour les 4613 dépistages à réaliser en trois ans (pas de coûts dits « par palier »).

Le calendrier présenté dans le protocole d'évaluation (avril 2021) a été modifié depuis pour intégrer l'effet pandémie sur le rythme des inclusions (février 2022) :

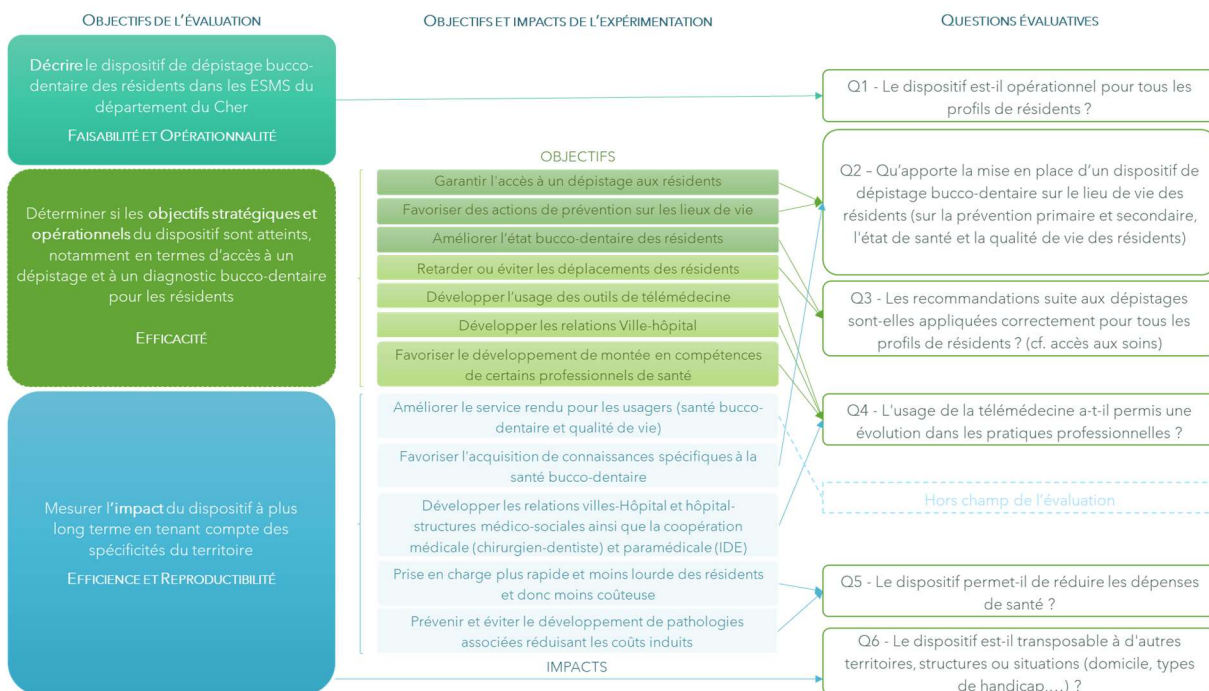


III. PREAMBULE

4. Contenu du rapport d'évaluation à mi-parcours

Le présent rapport d'évaluation à mi-parcours de l'expérimentation a pour principal objectif de faire un état des lieux de la faisabilité et de l'opérationnalité du dispositif. Les travaux d'évaluation pour ce projet sont principalement à visée descriptive (comprendre les mécanismes en jeu, les ressources, les forces et les faiblesses). Le point de vue normatif (comparaison à un référentiel ou à une cible) ne sera exploré pour ce projet qu'en phase finale à travers le critère de reproductibilité (analyse des spécificités locales). Le point de vue comparatif de ce dispositif expérimental de dépistage bucco-dentaire par caméra endo-buccale sur le lieu de vie des résidents du Cher par rapport à d'autres dispositifs expérimentaux de dépistages bucco-dentaires sera également exploré en phase finale à travers les recommandations disponibles formulées pour les autres dispositifs expérimentaux.

L'évaluation est guidée par six questions évaluatives décrites ci-dessous sur trois critères d'évaluation (faisabilité/opérationnalité ; efficacité/efficience et reproductibilité).



Les questions évaluatives ont été construites en mettant en regard les objectifs et impacts de l'évaluation et les données à récolter pour appréhender si et comment le dispositif remplit les objectifs à atteindre. Il est à noter que la question évaluative Q5 relève principalement de travaux sur les données du SNDS, et que les questions relevant du critère d'efficience (adéquation du forfait dont surcoûts / moindres coûts supportés) ne seront pas traitées dans le cadre d'une analyse économique qui n'a pas été jugée prioritaire par la CELEVAL et les évaluateurs.

5. Données pour l'évaluation

L'expérimentation a été évaluée sur la base de données collectées auprès des acteurs concernés.

Les documents envoyés par le porteur :

- Trame de fichier de suivi des dépistages réalisés
- Protocole de reprise des dépistages post-covid

- Modèle de message adressé aux EMS
- Flyers (FAM, MAS, IME, EHPAD)
- Rapports d'étape de l'expérimentation 2020 et 2021
- Carte des dépistages bucco-dentaires du Cher
- Annuaire des structures
- Communiqué de presse au lancement du projet et liste des dépêches et autres actions de communication
- Grilles de recueil IDE et chirurgiens-dentistes référents (inclus dans le cahier des charges + Mise à jour au 30.01.2020)
- Bilan du pilote de 2019 (inclus dans le cahier des charges)

Le tableau de suivi du dispositif extrait du système d'informations envoyé par le porteur :

- Nombre de résidents dépistés
- Taux de résidents dépistés par EHPAD
- Nombre de résidents dépistés nécessitant une consultation ou des soins chez un chirurgien-dentiste en présentiel
- Types d'établissements
- Nombre de dépistage par jour / mois
- Nombre de refus de dépistages ou d'examens impossibles
- Nombre d'examens incomplets
- Types de diagnostics (dents cariées, dents absentes et remplacées, dents absentes non remplacées, dents obstruées, dents couronnées, racines résiduelles, présence de plaque dentaire ou de tartre, pathologies dentaire et/ou gingivales suspectées, pathologies des muqueuses suspectées (lésions traumatiques comprises), précisions sur les pathologies suspectées, prothèses, ...)
- Nombre de résidents ayant / n'ayant pas de capacité de mastication
- Types de préconisations (hygiène oral et prothétique globale, optimisation des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétiques au quotidien, bains de bouche, adaptation de la texture des aliments, consultation d'odontologie pour soins, complément d'investigations cliniques et/ou radiologiques, ...)

Les données recueillies ad hoc par l'équipe d'évaluateurs :

- Observations directes sur site
 - o Equipe de pilotage du projet (dont DIM, direction, chargée de mission, secrétaire du dispositif, IDE de télémedecine, ...)
 - o Equipe des intervenants de terrain référents dont observation sur site de la saisie des données par l'IDE dans le SI et transmission au chirurgien-dentiste référent, observation du diagnostic du chirurgien-dentiste référent avec transmission à la secrétaire, observation du traitement des données par la secrétaire et transmission à l'EMS, entretiens individuels des deux IDE et des deux chirurgiens-dentistes référents
 - o 4 EMS (ayant fait l'objet d'un dépistage ou faisant l'objet d'un dépistage en cours), de statut différents (EHPAD, IME, FAM, MAS) dont suivi du chemin de l'IDED à son arrivée (interactions avec

le personnel sur place) pendant 7 dépistages jusqu'à son départ + entretiens « à chaud » auprès de 7 résidents

- **Entretiens semi-directifs individuels en présentiel ou téléphoniques des personnels des EMS visités** (cadre de santé, direction, médecin coordonnateur, gériatre, médecin généraliste, IDE de coordination, IDE, ASE, AMP, éducateurs spécialisés, ...)
- Entretiens directifs téléphoniques
 - o Membres du COPIL de l'expérimentation (10 entretiens)
 - o Chirurgiens-dentistes libéraux et leurs représentants (dont 2 ayant pratiqués des soins suite au dépistage ; 9 entretiens) dont le Président du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes du Cher et le Président de l'URPS des Chirurgiens-dentistes du Centre-Val de Loire
 - o Conseils de la vie sociale des EMS (5 entretiens auprès de 2 résidents en FAM et EHPAD et 3 familles)
 - o Partenaires du projet (6 entretiens) : L'association Dentaccess 18, la direction départementale du Cher de l'ARS, la direction de la stratégie de l'ARS Centre-Val de Loire, la CPAM du Cher, et 2 associations d'usagers locales (délégations de France Alzheimer et de SESAME Autisme)

6. Difficultés inhérentes liées à l'évaluation et au contexte de l'expérimentation

La récolte de données, et donc leur analyse, comporte des limites :

- Compte tenu de **la tension sur les personnels dans les EMS, accentuée par la pandémie** (personnels absents, cadences soutenues, turn-over fréquent etc...) : les personnels présents lors du dépistage n'étaient plus en place ou étaient en arrêt maladie lors de notre venue ; les remontées de données attendues dans le cadre de l'expérimentation sont incomplètes voire indisponibles, en particulier quant au suivi de soins ; une observation sur site dans un EMS a dû être annulée en raison de la présence d'un cluster de cas de covid19 dans l'établissement (le personnel a néanmoins pu être interrogé, mais ultérieurement et par téléphone).
- En ce qui concerne les données recueillies et les modes de recueil, nous avons également dû faire face à une **minimisation des demandes auprès du porteur** pour ne pas le surcharger. Nous avons dû remplacer un focus groupe initialement prévu auprès des membres du COPIL de l'expérimentation par des entretiens téléphoniques individuels, et transformer certains entretiens prévus initialement en présentiel en entretiens téléphoniques.
- **La collecte de données non exhaustives** ne permet pas de réaliser l'ensemble des analyses prévues (préconisations formulées par les chirurgiens-dentistes et leur réalisation ou motifs de non-réalisation, délais dans la réalisation et l'envoi des comptes-rendus, motifs de non-réalisation des soins). Les accords CNIL sur l'utilisation des données individualisées garantiront en phase finale l'utilisation de l'ensemble des données collectées par le porteur et nous permettront de compléter le rapport final avec une approche quantitative.
- Nous n'avons **pas pu observer de cadres de santé dans leurs missions de prise de RDV de soins** lors des observations sur site comme cela était prévu dans le protocole d'évaluation ; les EMS visités étaient soit en cours de dépistage ou trop récemment dépistés, soit dépistés depuis trop longtemps pour que les cadres prennent les RDV au cours de nos observations.
- Nous avons rencontré des difficultés pour **interroger des chirurgiens-dentistes ayant réalisé des soins sur des patients dépistés**, ceux-ci étant difficilement identifiables par les structures. De manière générale, ces praticiens sont difficilement joignables en raison de la faible densité de chirurgiens-dentistes sur le territoire et du peu de disponibilité qu'ils ont au regard de l'intensité de leur activité professionnelle. Sur les 10 entretiens prévus, nous avons finalement pu interroger 5 praticiens et 4 secrétaires médicales.
- De plus, en raison d'un **retard de l'autorisation de la CNIL**, nous avons été dans l'impossibilité d'interroger les aidants familiaux.

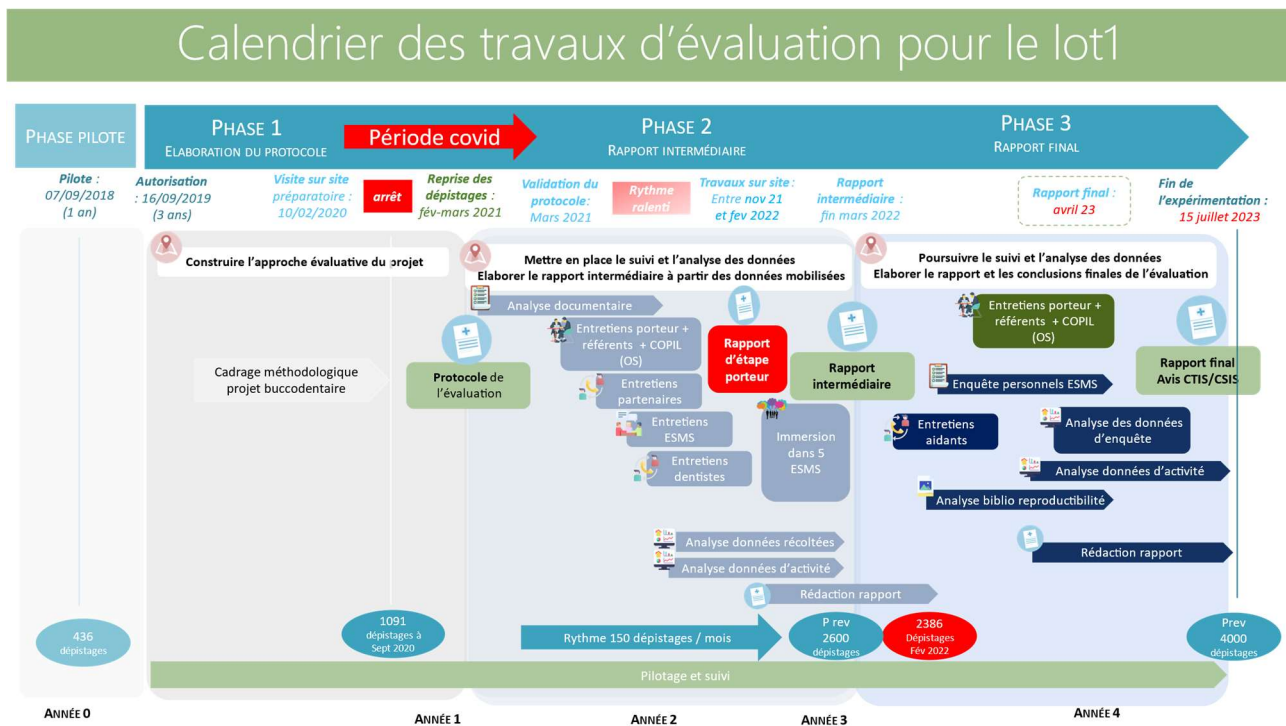
Cela a eu comme conséquence, une analyse des données partielle et parfois retardée.

7. Calendrier de l'évaluation

Le calendrier initialement prévu (cf. protocole d'évaluation d'avril 2021) a été ajusté pour tenir compte :

- du report de la fin de l'expérimentation à juillet 2023 ;
- de l'impact de la pandémie de covid19 et des confinements successifs ;
- du délai pour l'obtention de l'autorisation CNIL pour le traitement de données à des fins d'évaluation.

> Calendrier revu en février 2022 :



IV. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

Cette partie contient les réponses à l'ensemble des questions évaluatives de l'expérimentation que nous avons pu adresser sur le terrain. Nos réponses s'appuient sur l'ensemble des données qui étaient à notre disposition, ainsi que sur des résultats quantitatifs issus des données transmises par le porteur de projet et qualitatifs issus de nos observations sur site et de nos entretiens.

Q1 Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?

Q1.2. Quelle organisation interne au dispositif permet d'inclure la totalité des résidents ?

Cette question a pour objectif d'évaluer la **faisabilité** et l'**opérationnalité** du dispositif en matière d'organisation interne et sur le terrain, de ressources allouées, d'information de tous les acteurs concernés et de suivi de sa réalisation.

L'organisation du dispositif en interne et sur le terrain mobilise une petite équipe projet motivée de moins de dix personnes et recourt à de l'expertise spécifique interne au CH de Bourges sur le volet technique (matériel de télémedecine). Elle repose sur des partenaires institutionnels convaincus du projet, un comité de pilotage pluriel, impliquant différentes personnalités de tous les établissements du GHT, une forte communication au lancement du projet à travers tous les canaux disponibles et une mobilisation progressive et au long court pour faire adhérer les directeurs d'établissements au projet et relayer l'information auprès de leurs équipes.

1. Organisation du dispositif

> Equipe projet

Le dispositif s'appuie sur une **équipe projet** composée de :

- Une **chargée de mission**, qui pilote le dispositif et anime le COPIL de l'expérimentation
- Une « **IDE de coordination** » (il s'agit de l'IDE de télémedecine du CH de Bourges) qui gère, en lien avec la chargée de mission, la relation avec les EMS, organise les dépistages (information des EMS et planning), fait le lien entre les IDED et les chirurgiens-dentistes référents et coordonne l'équipe sur les aspects techniques (caméra et télémedecine).
- **Deux IDED**, qui se déplacent dans les EMS pour effectuer les dépistages. Ce sont les IDED qui réalisent les clichés (photos et vidéos), recueillent les informations patients dans le SI de l'EMS, et traitent les données recueillies (saisie des informations patient dans la grille de recueil des données IDE, transmission des clichés et données recueillis) et envoient les embouts utilisés à stériliser. L'une des deux IDED est en poste sur le CH de Bourges et l'autre sur le CH de Vierzon. Elles enregistrent les clichés et les données recueillis dans le logiciel COVOTEM™.
- **Deux chirurgiens-dentistes référents**, qui effectuent sur le site du CH de Bourges les diagnostics suite aux dépistages réalisés par les IDED (réception des clichés et des données, demande de précision si nécessaire, remplissage de la grille d'évaluation chirurgien-dentiste référent et recommandations de soins). Ils enregistrent leurs CR sur le logiciel COVOTEM™.
- Une **secrétaire**, en poste au CH de Bourges qui extrait le CR (grille de recueil IDE et grille d'évaluation chirurgien-dentiste référent) et clichés de dépistage de la plateforme COVOTEM (plateforme de transfert et non de stockage) et les archive, conformément à la réglementation en vigueur, dans les dossiers patients du SI du CH de Bourges ; envoie les CR aux établissements concernés. Le délai est d'environ un mois entre le dépistage et la clôture du dossier par la secrétaire. Elle commande également les consommables (embouts de protection des caméras) une fois par mois.

> Fonctionnement du dispositif

Le dispositif est structuré autour de différents **temps d'échanges entre l'équipe projet** :

- Des **réunions d'équipe dépistage** deux fois par an abordant des points techniques tels que la prise en main du logiciel, la qualité des images, l'usage de la caméra etc.
- Des **comités de pilotage bimensuels** comprenant les membres de l'équipe projet listés ci-dessus et auxquels sont invités des référents de la CPAM et de l'ARS
- Des **réunions pilotage et coordination** hebdomadaires informelles entre la chargée de mission et l'IDE de coordination
- **Points réguliers par mail** entre la chargée de mission et/ou l'IDE de coordination et les IDED
- Des **temps d'échanges informels** resserrés autour de l'équipe projet en cas de besoin en présentiel ou par téléphone

Les chirurgiens-dentistes référents soulignent la bonne organisation et coordination du dispositif par la chargée de mission.

Tous les membres de l'équipe projet ont souligné l'importance des échanges, contacts et relations humaines, structurants pour le projet.

> Expertises spécifiques

L'équipe projet s'appuie sur les compétences **de deux services, biomédical et informatique** : une **ingénieure biomédicale** a été intégrée principalement au lancement du projet notamment pour la mise en place de la caméra bucco-dentaire (appui technique dans le choix de la caméra, participation aux réunions de travail). Le projet fonctionnant maintenant en routine, l'ingénieure biomédicale interagit régulièrement avec la chargée de mission du projet et l'IDE de coordination ainsi qu'avec le **service informatique**, jouant un rôle de suivi et d'appui technique en cas de problème technique sur le volet de la connectivité de la caméra au logiciel.

Le service de facturation de l'hôpital gère également la facturation via la plateforme de la CNAM, avec l'aide de l'infirmière de coordination.

> Organisation des plannings des IDED et des chirurgiens-dentistes du dispositif

Le planning des dépistages IDED (lieu et date du dépistage) est réalisé par l'**IDE de coordination** par l'intermédiaire de l'**agenda du logiciel COVOTEM** (se reporter aux temps d'intervention dans la partie consacrée à l'état des lieux des ressources). Le temps de travail est organisé différemment pour les deux IDED :

- Pour l'IDE de dépistage de Bourges, les dépistages sont organisés sur 2 jours, une longue journée dédiée aux dépistages et une courte journée au traitement des données (saisie et transmission des données).
- Pour l'IDE de Vierzon, les dépistages sont organisés sur 1 journée et demie, une journée de dépistages et une demi-journée pour le traitement des données.

En moyenne, les IDED réalisent une vingtaine de dépistages sur une journée (30 sur une journée et demie, avec un aller et retour sur chaque journée de dépistages effectués), avec un temps moyen d'environ 15 à 20 min par dépistage de l'entrée à la sortie de la chambre du résident.

Les IDED font les allers et retours à chaque journée de dépistage (entre 15 minutes et 2 heures de trajet aller), sans compter pour l'IDE de Vierzon les déplacements entre le site de Vierzon où elle exerce ses fonctions et le CH de Bourges, lieu de pilotage du projet d'expérimentation. Ces trajets (fréquence, durée) sont clairement identifiés comme un potentiel frein au projet.

Les plages des disponibilités des chirurgiens-dentistes pour la production des comptes-rendus de diagnostic à la suite des dépistages sont également gérées par l'IDE de coordination via COVOTEM. Un chirurgien-dentiste intervient

une journée par mois et l'autre 2 demi-journées par semaine, la nécessité de concentration sur les écrans lors des diagnostics rendant la pratique difficile au-delà d'une demi-journée.

> Rôles des partenaires du projet

Le dispositif est soutenu par des **partenaires** régionaux et départementaux directement impliqués dans le projet :

- L'ARS Centre-Val de Loire : financement et validation
- La CPAM du Cher : repérage du projet comme expérimentation article 51 et coordination locale en lien avec l'ARS
- L'association de professionnels DENTACCESS 18 : communication auprès des confrères et dons gracieux de kits bucco-dentaires aux EMS

Ces partenariats et soutiens ont été très importants pour le lancement du projet (communication, relais de l'information sur le dispositif notamment) mais aussi en termes d'adhésion des chirurgiens-dentistes-référents au dispositif avec le soutien important apporté par Dentaccess 18 sur ce volet. Au-delà de l'équipe projet pilotant le projet, le CH de Bourges a été l'acteur principal pour structurer le projet et s'assurer que toutes les conditions étaient réunies en termes de faisabilité et d'opérationnalité, en particulier sur le volet logistique et fonctions support. D'après l'un des chirurgiens-dentistes référents interrogés, c'est aussi ce qui a permis la forte implication des membres de l'équipe projet. Le GHT, en tant que porteur du projet, a également eu un rôle majeur dans la mise à disposition de ressources au bénéfice des EMS du département. Le conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Cher, pas directement impliqué dans le projet, a relayé l'information sur le dispositif auprès des cabinets de villes.

2. Etat des lieux des ressources :

d) Les ressources humaines allouées au dispositif

> Etat des lieux des ressources prévues et mobilisées

Effectifs prévus dans le cahier des charges :

Les effectifs prévus par le porteur de projet pour assurer les dépistages en routine (1500 dépistages par an) sont les suivants :

- 1 ETP d'IDE (avec 2 IDE = 0.40 + 0.60)
- 1 ETP de chirurgien-dentiste (avec 2 chirurgiens-dentistes = 0.20 + 0.80)
- 0,5 ETP de secrétariat
- Le temps de logistique, coordination et suivi de projet n'a pas été prévu dans les ressources à mobiliser (le forfait ne tient pas compte de cette activité, pourtant essentielle au projet)

Effectifs mobilisés en pratique :

- 0,7 ETP d'IDE
- 0,25 ETP de chirurgien-dentiste (avec 2 chirurgiens-dentistes = 0.05 + 0.2)
- 0,1 ETP de secrétariat (1/2 journée / semaine)
- A noter en contrepartie que le temps consacré au projet par la chargée de mission et par l'IDE de télémédecine investies sur le volet de la coordination et du suivi du projet (estimé entre 0.2 et 0,3 ETP, soit un jour et demi par semaine) et par les autres acteurs tels que le médecin DIM, le personnel des finances et les informaticiens et ingénieure biomédicale investis sur les volets technique et logistique de projet, n'est pas comptabilisé, et donc pas rémunéré, dans le cadre du projet (cf. Volet recommandations en début de rapport).

Ces ressources humaines sont prises en charge financièrement dans le cadre du FISS (Fonds pour l'Innovation du système de santé) finançant les expérimentations relevant de l'article 51. A noter qu'une dotation supplémentaire de 50 000€ a été attribuée par l'ARS au titre des surcoûts liés au covid19 qui a permis de couvrir les charges en personnels, notamment celles des chirurgiens-dentistes référents.

e) Les ressources matérielles prévues par le CH de Bourges

> Caméras

Trois caméras ont été financées sur le budget du FIR. Deux caméras sont utilisées en routine par les deux IDED, la troisième caméra étant une caméra de secours, qui a notamment servi lors d'une panne / maintenance d'une des deux autres caméras. Le cahier des charges avait prévu l'éventualité de doter deux autres IDE de caméras dans le cas où l'ETP de l'IDE était partagé par 4 IDE mais cette option ne sera finalement pas retenue.

> Ordinateurs portables

Deux ordinateurs portables sont à disposition des deux IDED et un ordinateur fixe pour les chirurgiens-dentistes référents.

> Le logiciel COVOTEM™

COVOTEM™ est une plateforme régionale de télémédecine permettant dans le cadre de ce projet l'utilisation d'un agenda partagé et le transfert sécurisé de dossiers de patients entre les différents intervenants du dispositif, indépendamment de leur structure de rattachement.

Il est installé sur les deux ordinateurs portables des IDE de dépistage et sur l'ordinateur utilisé pour le diagnostic des chirurgiens-dentistes référents.

> Consommables

Ce sont l'IDE de coordination sur le CH de Bourges et la secrétaire qui commandent et gèrent le stock de matériel (en particulier les embouts de caméra stériles) nécessaire en fonction du nombre de dépistages. Le CH de Bourges fournit également les protections notamment anti-covid (surblouses, gants, masques, etc...).

> Autre matériel

Au-delà du matériel mis à disposition des IDED par le CH de Bourges, les EMS, sur demande du porteur de projet, mettent à disposition un chariot spécifique pour les dépistages, ainsi qu'un lieu pour le vestiaire de l'IDED.

f) Gestion du matériel

Ce sont les IDED, en lien avec l'équipe projet de Bourges, qui préparent leur matériel (embouts de caméra, ordinateur portable, blouses, masques et gants...) avant de partir.

Les IDED jugent suffisant et de qualité le matériel mis à disposition. Elles précisent que les commandes sont régulières et que les besoins sont traités.

En ce qui concerne l'IDED de Vierzon, le matériel nécessaire est maintenant disponible à la blanchisserie inter-hospitalière. Auparavant, l'IDED devait aller récupérer le matériel sur le site de Bourges avant de partir pour réaliser les dépistages.

> Points d'attention en matière de gestion du matériel :

- **L'ordinateur** à disposition de l'IDED en poste au CH de Vierzon appartient au CH de Bourges mais le logiciel est géré par le CH de Vierzon, ce qui ajoute des temps de trajet (50 min de route aller) lorsqu'un dépannage ou une maintenance est nécessaire. Ce point peut constituer un frein pour l'adhésion des IDED au dispositif lorsque ces dernières ne sont pas en poste à Bourges.
- **L'organisation de la stérilisation des embouts de caméra endo-buccale** pour l'IDE de Vierzon nécessite que cette dernière envoie les embouts de stérilisation sur un site à Vierzon différent de celui où elle est

en poste. Cela entraîne une charge logistique supplémentaire (temps de trajet et délais d'obtention de la caisse) et un stress additionnel pour cette IDE, la bonne réalisation des dépistages étant conditionnée par le retour des embouts de caméra stérilisés. Il faut compter entre 2 jours et une semaine pour récupérer les embouts stérilisés.

L'organisation interne du dispositif décrite ci-dessus permet dès lors une implication régulière de l'ensemble des acteurs de terrain pour une gouvernance jugée solide en raison des temps d'échanges pluriprofessionnels dédiés, d'une combinaison entre des espaces formalisés mais aussi informels où la parole de chacun semble être prise en compte et une bonne gestion du matériel nécessaire. Il en résulte une forte réactivité des professionnels et une capacité à trouver des solutions nouvelles et adaptées qui seront décrites dans la partie ci-dessous.

Q1 Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?

Q1.3. Est-ce que le pilotage du dispositif permet son exécution dans tous les établissements ?

1. Information et compréhension du dispositif par les différents acteurs au lancement

> Présentation du projet aux acteurs impliqués

Aux acteurs institutionnels et aux partenaires :

La communication réalisée au lancement du projet, auprès des partenaires et des établissements est jugée bien réalisée par l'équipe projet. Les équipes ont été perçues comme très mobilisées sur le projet et l'information a été bien relayée. L'équipe projet a mis en œuvre plusieurs communications de natures différentes et pour cibler des publics variés (voir rapports d'étape pour plus de détails) :

- Communication spécifique réalisée par deux chirurgiens-dentistes du COPIL aux [partenaires du projet](#)
- Soirée spéciale organisée par le maire de Bourges pour les [soignants](#) (19/11/2019)
- Communication dédiée à destination des résidents et familles auprès des [établissements](#) (distribution de flyers, affiches, ...)
- Communication [grand public en continu](#) sur les réseaux sociaux, sur le site internet de l'hôpital
- Une [communication grand public](#) à la radio, dans des communiqués de presse, articles /dépêches de presse, mais seulement au lancement du projet
- Une communication spécifique auprès des [élus](#) députés, sénateurs, et acteurs de santé (ministère de la santé, Presse santé, Conseil de l'Ordre)
- Le [site internet du CH de Bourges](#) a récemment évolué. Il inclut désormais un onglet GHT contenant la présentation des projets, dont le projet de dépistage bucco-dentaire dans le Cher.

Aux équipes de terrain dans les établissements pour les informer de la venue d'une IDE :

Lors du lancement du dispositif, le projet a été présenté aux EMS en présentiel, sous forme de réunions d'information animées par la Direction de l'établissement et la chargée de mission du projet en présence des équipes de professionnels sur place afin de présenter les objectifs du projet et de motiver les équipes autour du dispositif.

Aujourd'hui, le projet étant plus balisé, la présentation du dispositif aux établissements se fait sous forme d'un échange par mail et de l'envoi de documents (voir [ANNEXE II](#), présentation générale, la date du dépistage, l'affiche d'information ou flyers, le communiqué de presse) qui peuvent être utilisés par la direction de l'EMS pour informer

ses équipes mais aussi les résidents et les familles (se reporter aux réponses à la question Q.1.3 sur la communication du dispositif aux usagers). Au-delà des documents envoyés, la direction de l'établissement peut joindre l'IDE de coordination du projet pour obtenir de plus amples détails et répondre à leurs questions (se reporter à la communication avec les EMS, réponses à la Q1.4).

Aux chirurgiens-dentistes de ville

Une communication spécifique a été adressée au Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes du Cher. Par ailleurs les chirurgiens-dentistes référents ont informé et mobilisé leurs confrères via l'association Dentaccess 18.

Ainsi, sur les 9 chirurgiens-dentistes libéraux ou secrétariats interrogés, deux ne connaissaient pas le dispositif. Les canaux de communication ont été pour trois d'entre eux l'association Dentaccess 18 et pour deux autres la presse locale.

Points de vigilance :

- La communication sur le dispositif à l'EMS peut se faire très rapidement, une semaine ou deux avant le passage de l'IDED. Un directeur souligne néanmoins qu'une simple visioconférence avec le porteur suffit pour organiser le dépistage, ce qui n'est pas toujours l'avis des personnels des EMS qui auraient souhaité une présentation et une sensibilisation en amont sur la question bucco-dentaire.
- Un directeur a indiqué qu'il avait pris connaissance du projet lors de l'appel de l'IDE pour l'informer de sa venue. Ce point peut être problématique surtout pour préparer les résidents en amont et s'assurer de la disponibilité des intervenants pour accompagner les résidents sur le lieu du dépistage (chambre du résident ou salle dédiée).
- Un autre directeur a indiqué qu'il avait appris l'existence du dispositif de dépistage par hasard, via un autre directeur, et qu'il avait pris contact avec l'équipe projet pour organiser les dépistages.

Un cadre en EHPAD psychiatrique a émis un regret quant au manque de communication de l'IDED et de l'équipe projet, notamment sur la question des critères d'inclusion en ce qui concerne les résidents des unités de type USLD qui ne seraient pas dépistés dans le cadre de ce dispositif¹¹. Un besoin de pédagogie a été souligné par ce cadre avant le passage de l'IDED dans son établissement.

> Rôle du comité de Pilotage

L'équipe projet s'appuie aussi sur un **comité de pilotage** (COPIL) pour prendre les décisions nécessaires au bon fonctionnement et à la montée en charge du dispositif. Il est composé de membres issus de structures différentes, parties prenantes ou partenaires du dispositif (voir **ANNEXE I : LISTE DES MEMBRES DU COPIL**). Le COPIL se réunissait tous les trimestres au lancement de l'expérimentation et se réunit maintenant une à deux fois par an. Ces réunions sont l'occasion de discuter l'état d'avancement du projet, les éventuels points de vigilance ou de blocage ainsi que les solutions à y apporter, que ce soit techniques, logistiques ou financières.

Selon les membres du Comité de Pilotage, les réunions bimensuelles du COPIL permettent de favoriser l'implication de tous les professionnels impliqués dans l'équipe projet. Un compte-rendu est envoyé à tous les participants, la prise de parole est encouragée et effective et des retours d'expérience des dépistages sont systématiquement partagés lors de ces réunions.

2. Existence de procédures et leur connaissance par les différents acteurs du dispositif

> Procédures internes

¹¹ Toutefois les USLD du Cher ont bénéficié du dépistage.

Les procédures existantes dans le cadre du dispositif sont celles fournies dans le cahier des charges (« dépistage bucco-dentaire par téléexpertise – « Procédure complète » et « Procédure d'hygiène ») qui n'ont pas été mises à jour avec l'évolution des pratiques depuis le début de l'expérimentation ainsi que le protocole d'hygiène lié à l'épidémie de covid-19 fourni dans les rapports d'étape.

Ni les IDED ni les Chirurgiens-dentistes référents n'ont indiqué se référer à ces documents lors de la réalisation de leurs tâches, montrant par ailleurs que les tâches à réaliser dans le cadre du dispositif étaient connues par chaque membre du dispositif.

Le détail des tâches en lien avec l'organisation du dépistage dans son établissement, fourni par un cadre en EHPAD, permet de comprendre que les actions à mener dans le cadre du dispositif sont claires même en l'absence de procédures formalisées :

- Prévenir les équipes, en utilisant le flyer d'information transmis par l'équipe projet
- Diffuser l'information au niveau des résidents et des familles ; il s'agit d'une note d'information rédigée par l'établissement à laquelle le flyer a été joint
- Afficher (près du menu pour que ce soit consulté) l'affiche de communication aux résidents
- Envoyer un mail d'information aux familles
- Prévoir un chariot pour l'IDED et l'informer des points à savoir, et de la configuration des lieux
- Diffuser les comptes-rendus (une photocopie est prévue par résident ou aux familles de résidents qui ont des troubles cognitifs et une pochette par médecin)
- Passer le relais au médecin qui informera les IDE des soins à effectuer (pour informer les familles et recueillir leur accord, connaître le nom de leur chirurgien-dentiste)
- Organiser le traçage par le médecin sur le dossier local du patient de son consentement et recueil du consentement du résident.

Points de vigilance/amélioration :

Si les membres de l'équipe projet sont à même de réaliser leurs missions techniques sans s'appuyer sur des procédures formalisées, deux points de vigilance sont à noter :

- sur l'absence de procédures formalisées qui limite la connaissance des process aux membres de l'équipe projet : un personnel interrogé, n'appartenant pas à l'équipe projet a indiqué qu'il souhaiterait en savoir plus sur les outils et les procédures mises en place dans le cadre de ce dépistage et être associé à sa mise en place.
- sur le contenu des procédures qui couvre les aspects techniques du dépistage mais ne détaille pas les procédures d'information aux personnels, de recueil de consentement, de prévention primaire, de recueil des données et de remontées des données à collecter.

3. Existence d'un système de suivi du dispositif pour le pilotage

> Outils de suivi mis en place par le porteur de projet pour suivre la montée en charge

Un tableur Excel a été mis en place pour suivre l'activité du projet en matière de réalisation des dépistages et de suivi des soins réalisés par les EMS. Ce tableur compile certaines données collectées par les IDED et par les chirurgiens-dentistes référents ainsi que les actions mises en œuvre par les EMS suite au dépistage.

> Montée en charge des dépistages réalisés

En termes de nombre de dépistages annuels, la montée en charge est globalement celle qui était prévue par le porteur de projet (environ 1500 dépistages sur l'année prévus pour 1295 dépistages réalisés en 2021), et ce, malgré

l'épidémie de covid 19 qui a ralenti le projet. Le projet a été suspendu du 17/03/2020 au 31/08/2020 et du 13/11/2020 au 18/02/2021 en lien avec l'épidémie de covid19.

Au total, d'après l'analyse du tableau de suivi fourni par le porteur, entre le début de l'expérimentation dans le cadre de l'article 51 et le 31/12/2021 :

- 2935 dépistages ont été proposés dans 50 établissements (1 EEAP, 31 EHPAD, 7 FAM/MAS, 7 IME, 2 USLD, 1 CH, 1 foyer de vie)
- 2593 dépistages ont été réalisés (342 dépistages, soit 12% des dépistages proposés ont été refusés ou impossibles à mener)

Etant donné les répercussions du Covid19 sur la montée en charge de l'expérimentation, nous proposons de ré-évaluer lors de l'évaluation finale la montée en charge en fonction de la cible de dépistages, soit 4613 selon le cahier des charges.

4. Capacité d'évolution/adaptation du dispositif

L'organisation du dispositif permet actuellement des temps d'échange opérationnels entre les acteurs clés du terrain. Les solutions trouvées témoignent alors de l'agilité du dispositif et de la réactivité des acteurs à s'adapter en fonction des difficultés rencontrées :

> Difficultés rencontrées et solutions trouvées

a) Adhésion au dispositif

Un des chirurgiens-dentistes référents souligne le fait qu'il est parfois difficile de convaincre certaines directions d'établissements pour personnes âgées de réaliser un dépistage, peut-être par crainte de la part de ces structures que le dépistage ne leur demande de mobiliser des ressources en interne ou que le dispositif soit perçu comme une certaine forme de « contrôle » des pratiques (ex. manquement aux soins à pratiquer) et de « classement » des établissements. Une information rassurante sur le fait que le dispositif se gère de manière autonome et bienveillante par l'IDED et sans objectif de résultats lève la plupart du temps ces réticences. Cette information s'est faite de manière progressive directement auprès des établissements (pas au niveau du département) pour faire accepter le projet et convaincre de la nécessité de dépister.

b) Sensibilisation aux problématiques bucco-dentaires

Un membre du COPIL a souligné la capacité d'adaptation du dispositif et de l'équipe projet qui le pilote. Le projet ayant fait jaillir un manque de sensibilisation des professionnels des établissements à l'hygiène bucco-dentaire et un manque de matériel bucco-dentaire adapté, l'équipe projet a fourni des **brosses à dent** et travaille actuellement sur une **plaquette de sensibilisation** auprès du personnel et des résidents. L'équipe projet est actuellement en attente d'une demande de financement hors article 51 puisque cet achat n'était pas prévu dans le budget initial.

A noter que nous n'avons pas constaté de matériel mis à disposition de l'équipe projet dans les établissements visités. Les professionnels n'en avaient pas entendu parler. Mais cette action a peut-être été postérieure à nos visites sur site et n'a pu être généralisée à l'ensemble des établissements puisque le dispositif n'a pas encore reçu de financement dédié pour ces achats.

c) Logistique et matériel

Le logiciel COVOTEM est lent, notamment parce que les fichiers vidéo téléchargés sont volumineux. Des adaptations matérielles et logistiques ont été réalisées au fil des dépistages. Les outils ont été adaptés aux besoins des IDED :

- Les sacs de transport du matériel, volumineux, ont été remplacés par un seul sac pour faciliter son acheminement sur le lieu du dépistage.
- Les fiches de recueil ont évolué au cours du temps, en fonction de l'utilité des données récoltées. Ainsi certaines données cliniques inutiles pour les chirurgiens-dentistes (poids et taille par exemple) ont été retirées de la fiche IDE, facilitant et raccourcissant la saisie de ces données par l'IDED.
- Le retrait du matériel ne se fait plus uniquement sur le site de Bourges mais aussi sur Vierzon, ce qui allège considérablement les déplacements de l'IDED de Vierzon.
- L'organisation des remontées de données post-dépistages effectuées par les IDED a été modifiée pour parer à une difficulté technique. Au démarrage du projet, les IDE saisissaient les données au fil de l'eau et sur place. Cette action nécessitant une connexion internet sur tout le territoire ce qui n'est pas toujours le cas, ce problème technique a été réglé en travaillant en mode asynchrone (saisie le lendemain, sur Bourges ou Vierzon), ce qui nécessite en revanche une re-saisie des données collectées soit en mode local sur le PC soit manuellement sur papier libre.

d) Information des équipes

La mise en place d'un accompagnement de l'IDED par du personnel de l'EMS a été identifiée pour améliorer le déroulement du dépistage. Les personnels se rendent ainsi mieux compte de l'état bucco-dentaire des résidents et de leurs pratiques en matière d'hygiène bucco-dentaire. Cet accompagnement est loin d'être effectif sur le terrain lors des observations sur site que nous avons suivies. Le manque de temps, de personnels disponibles et de sensibilisation aux questions de prévention bucco-dentaire en sont les principales raisons.

Q1	Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?
Q1.4.	Est-ce que tous les résidents sont informés du dispositif et comment ?

1. Identifier les moyens mis en place pour présenter le dispositif aux résidents et à leur famille

> Communication et autres outils destinés aux résidents /aidants

Lors de leur venue dans les établissements, les IDED ont souvent constaté la présence d'affichage [dans les services](#). Lors de nos observations sur site des EMS en cours de dépistage, nous n'avons pas constaté la présence de telles affiches. Un directeur d'établissement nous a indiqué avoir reçu par mail des flyers et affiches pour expliquer la démarche aux résidents, aux familles et aux personnels. Ces documents ont été imprimés et distribués par le personnel aux résidents et aux familles.

[Les résidents sont souvent informés oralement](#) en amont du dépistage mais oublient ou ne comprennent pas toujours (public âgé et/ou lourdement handicapé). Il est difficile de connaître leur niveau d'information. Nous n'avons pas identifié systématiquement qui se charge de cette information dans les établissements (ex. dans l'un des EHPAD visités, c'est l'IDE de coordination qui s'est chargée de gérer l'information aux résidents). Lors de nos visites sur site, les résidents ont été informés oralement, au moins le jour du dépistage. Les informations présentées sont courtes, claires et pédagogiques. [Les enfants étaient informés plus en amont du dépistage](#) que les personnes âgées en EHPAD, souvent informées juste avant le dépistage (cf. troubles cognitifs, de mémoire etc.). Un cadre d'un EHPAD nous a confirmé que les résidents âgés étaient généralement informés au dernier moment et qu'aucune communication n'était organisée en direction des familles.

Les IDED soulignent que [les aidants ne sont pas informés systématiquement](#). Lors de nos observations sur site, nous n'avons rencontré aucun aidant. Dans les EHPAD, il est fréquent que les personnes âgées n'aient plus de famille. Mais

lorsqu'elles en ont, les professionnels et les structures n'estiment pas prioritaire d'informer sur un geste de prévention courant et relativement « anodin ». En revanche, dans l'IME que nous sommes allées observer, toutes les familles des jeunes résidents ont été informées du dispositif, par un « flyer » et un courrier très simple expliquant la démarche, assorti d'un coupon réponse pour recueillir leur accord pour que leur enfant soit dépisté. Aucun motif quant au refus n'était demandé dans le coupon-réponse. Une représentante de CVS en ISEP indique que l'information leur a été communiquée par le cahier de liaison de l'enfant. Un document présentant l'intervention et indiquant que le geste sera réalisé par un professionnel formé, et une demande d'autorisation leur ont été transmis. Un questionnaire leur a été adressé, à remplir avant l'intervention demandant quelques informations utiles (pathologie de l'enfant, si l'enfant mange ou non, quand a-t-il vu un chirurgien-dentiste pour la dernière fois, habitudes de brossage, etc.) mettant en confiance les parents.

> Ressources mobilisées au sein de l'EMS pour la présentation du dispositif aux résidents et le recueil de leur consentement

Lors de nos visites sur site, nous avons constaté que le consentement était recueilli oralement. Si les IDED ne forcent jamais un résident ni n'influencent son choix, certains personnels dans les EMS essaient en revanche de les convaincre. Lorsque certains résidents montrent une grande appréhension, des personnels (notamment AMP et éducateurs spécialisés) permettent à ces résidents de participer au dépistage d'autres résidents afin de se familiariser. Une AMP relate qu'elle a utilisé une tablette pour montrer un dépistage à une résidente angoissée et recueillir son consentement.

> Information via le Conseils de la Vie Sociale (CVS) des EMS

Selon les représentants des CVS interrogés (2 résidents et 3 familles), [le rôle des CVS est limité](#). Ainsi sur les 5 représentants de famille ou de résident des CVS, les 2 seuls qui ont été informés par l'EMS de l'organisation du dépistage sont des CVS d'EMS accueillant des PH et non des PA. Les CVS des EHPAD interrogés n'ont pas été informés de l'organisation d'un dépistage. Leur mobilisation en amont du dépistage serait un relais de communication pour informer sur les modalités pratiques et indirectement rassurer les résidents et leurs familles. Cette information au préalable donne également le choix aux familles qui le souhaitent d'être présentes pour faciliter l'acte de dépistage mais aussi pour les engager dans une logique de prévention bucco-dentaire.

> Communication de l'IDE lors du dépistage

L'observation des dépistages a permis de lister les tâches effectuées par les IDED en matière d'information des résidents au moment du dépistage :

- L'IDED se présente dans l'unité auprès du personnel et auprès des résidents qui s'approchent de la salle dédiée au dépistage (voix douce) : « *Je viens voir les dents, les gencives, si ça va ?* » ;
- L'IDED pose des questions sur les dernières consultations dentaires réalisées. Elle demande à l'AMP qui lui indique que la résidente est suivie et qu'elle se brosse les dents après les repas ;
- L'IDED montre les appareils et explique comment le dépistage va se dérouler. Explique que cela ne fait pas mal ;
- L'IDED explique en détail au fur et à mesure tout ce qu'elle fait. Elle explique par exemple qu'elle fait des photos et des vidéos.
- IDE explique à une résidente comment fonctionne la caméra et lui montre l'écran, puis lui explique à quoi sert le dépistage ;
- Face à un résident réticent, l'IDED redit au résident et à l'aide-soignante que le dépistage n'est pas obligatoire, que c'est de la prévention et qu'elle ne le forcera pas s'il ne souhaite pas le faire.
- Face à un éducateur spécialisé insistant auprès d'un résident réticent, l'IDED rappelle à cet intervenant qu'il ne faut pas forcer au dépistage.

Point de vigilance/amélioration et leviers :

- Les CVS précisent que l'IDED rappelle l'importance de l'hygiène bucco-dentaire aux résidents lors de son passage (levier)
- Les CVS pourraient être impliqués en amont du dépistage en lien avec les aidants, afin de préparer les résidents, mais aussi proposer aux aidants d'être présents le jour du dépistage pour être sensibilisés aux règles d'hygiène bucco-dentaire et rassurer leur proche. Cela permettrait d'impliquer d'avantage les aidants dans l'information et l'adhésion des résidents (information, recueil des consentements...)

2. Evaluation de la compréhension du dispositif par les résidents et les familles

> Niveau d'explication donné

Les observations sur site des dépistages ont montré que explications ont été suffisantes et comprises par les résidents. Sur l'ensemble des dépistages réalisés, seuls deux résidents n'ont pas compris les raisons ni l'utilité du dépistage, mais ces résidents semblaient être affectés par des troubles cognitifs et intellectuels importants. Nous avons constaté sur site que l'information a bien été donnée aux résidents et qu'elle était claire et pédagogique. Lors des entretiens avec les résidents après le dépistage, certains résidents réexpliquent à l'enquêtrice, et de manière très détaillée, en quoi consiste le dépistage et à quoi il sert, ce qui montre qu'ils ont compris les explications données par l'IDED. A noter que les résidents n'ont généralement pas de question après les explications données, mais ce sont aussi parfois des résidents qui n'ont pas la capacité de poser des questions.

Les entretiens auprès des résidents (sans présence de l'IDED pendant l'entretien) attestent que les IDED sont jugées sympathiques, gentilles, compétentes et à l'écoute des résidents.

Points de vigilance/amélioration :

Deux résidents se sont interrogés sur le fait que ce n'étaient pas des chirurgiens-dentistes qui pratiquaient le dépistage. Pour ne pas créer de malentendu et rassurer les résidents, il est important de rappeler systématiquement aux résidents que l'IDED ne pose pas de diagnostic et que les images sont analysées ensuite, à distance, par un chirurgien-dentiste.

La compréhension des explications données avant et en cours de dépistage n'empêchent pas l'appréhension de certains résidents. Le personnel soignant et accompagnant a un rôle à jouer sur ce volet.

Q1	Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?
	Q1.4. Est-ce que le dispositif peut s'adapter à la situation de chaque résident ?

1. Décrire précisément la consultation auprès du résident en termes pratiques

> Protocole infirmier de dépistage

Cf « procédure complète » fournie dans le cahier des charges

Les observations sur site des dépistages ont permis de retracer les étapes de mise en œuvre en pratique par les IDED et ont été comparées avec le cahier des charges :

- Arrivée sur le lieu du dépistage et installation du matériel de dépistage :
 - o L'IDED a un contact rapide avec un personnel sur place qui l'accueille et la conduit à la pièce dédiée au vestiaire de l'IDED et au stockage du matériel résiduel

- o L'IDED prépare le matériel (ordinateur + caméra) ainsi que sa tenue (masque FFP2 + surblouse + charlotte + gants)
- Installation des résidents et vérification des données d'inclusion :
 - o Echange avec l'AMP pour savoir où s'installer, et comment s'occuper des personnes. Certaines sont présentes dans la salle à manger, elles seront dépistées tout de suite, d'autres sont encore en train de petit-déjeuner ou à la toilette, choix dans ce cas de faire du porte-à-porte ensuite pour les dépister dans leurs chambres ou dans la salle dédiée aux dépistages, qui peut être une salle de bains dans une MAS-FAM ou un EHPAD ou dans une infirmerie dans un IME, ou encore à l'écart dans un petit salon au calme.
 - o L'AMP et/ou l'Educ spé accompagne l'IDED dans les chambres ou accompagne le résident dans la salle dédiée au dépistage.
 - o L'IDED installe la personne sur une chaise ou la laisse sur son fauteuil roulant ou dans son lit si ce n'est pas possible.
 - o L'IDED salue la personne et se présente. Elle redonne des explications sur le but du dépistage, tout en se préparant (elle enfle sa surblouse contre le covid et des gants).
 - o L'IDED prépare son ordinateur, ses fichiers et ses dossiers. Elle demande le nom prénom du résident. Elle prend la température de la personne (critère d'inclusion lié à l'épidémie de COVID-19). Elle demande si la personne a des appareils dentaires, et pose des questions sur l'hygiène bucco-dentaire mais ne vérifie pas que le résident a du matériel sur place lorsque sa réponse n'est pas claire, ce qui n'est par ailleurs pas toujours possible en pratique).
 - o L'IDE redit à la personne que ce n'est pas obligatoire.

Point de vigilance / amélioration

Dans le cahier des charges, il est prévu que l'équipe soignante de la structure veille au nettoyage de la bouche des résidents et retire les prothèses dentaires avant l'arrivée de l'IDE de dépistage. Dans la pratique, certains résidents gardent leurs prothèses et les bouches ne sont pas toujours propres en raison du moment de la journée (post-déjeuner). Ce point du protocole n'est pas toujours applicable (refus du résident de retirer sa prothèse), mais n'a pas été mentionné par les IDED comme un frein à la bonne réalisation du dépistage. En revanche, les IDED notent que le manque de propreté des bouches des résidents pourrait être un éventuel frein à la qualité des clichés.

- Information des résidents et geste de dépistage :
 - o Elle explique concrètement le geste en montrant la caméra : « *c'est ce qui me sert d'appareil à photos et de caméra* » « *Vous allez voir vos dents sur l'ordinateur* ». La personne a été tournée, le visage vers l'ordinateur. Ensuite, elle explique en détail pas à pas mais très simplement ce qu'elle fait. « *Le chirurgien-dentiste après va pouvoir voir vos dents* ». L'IDED explique qu'elle va regarder les gencives.
 - o Elle prépare la caméra avec un embout neuf, qu'elle sort de son plastique. Elle informe le résident du nombre de clichés et vidéos qu'elle fera. Elle rassure : « ça va aller ».
 - o L'IDED note des informations en même temps qu'elle réalise les clichés et annote les photos.
 - o Elle se lave les mains. Elle lave la caméra. Elle enlève l'embout. L'IDED a maintenant terminé le dépistage.
- Enregistrement des données et sortie du résident :
 - o Elle enregistre le dossier. Elle nettoie la caméra puis jette la lingette dans la poubelle mise à disposition pour cet effet.

- o Elle demande au résident si le dépistage s'est bien passé : « *ça a été ? Pas trop désagréable avec la caméra dans la bouche ?* ».
- o Elle redonne le dentier au résident. Dans le CDC il est prévu que l'IDED demande à la personne de remettre sa prothèse pour évaluer son autonomie dans la gestion de sa prothèse. Ce dernier point n'a pas été observé dans la pratique.
- o Elle le remercie.
- o Elle redit que les photos vont être envoyées chez un chirurgien-dentiste. Elle ajoute que l'AMP va lui envoyer le CR.
- o L'IDED enlève sa surblouse et la met dans un petit sac poubelle qu'elle ferme avec le lien prévu à cet effet.
- o Le résident suivant attend sur son fauteuil à l'entrée.

Les IDED confirment qu'elles n'ont pas de difficulté à appliquer le protocole de dépistage ; elles expriment le fait de s'y être adaptées. Le protocole covid19 en revanche ralentit leur activité (temps de préparation de la tenue et de désinfection post-dépistage, surblouse, gants, charlotte à changer à chaque patient).

> Adaptation du protocole

En pratique, l'adaptation principale du protocole concerne les résidents qui ont des appareils dentaires ; l'IDED doit alors assurer le retrait ou assister le résident et poser les appareils sur un papier absorbant sur une table annexe.

Les adaptations physiques des IDED, nécessaires pour réaliser les clichés en raison du handicap de la personne, sont détaillées dans la partie dédiée (Q. 4.1, partie appropriation du geste par l'IDED).

> Besoin en matériel spécifique au regard du handicap / degré d'autonomie du résident

Aucun matériel spécifique supplémentaire n'est nécessaire pour réaliser les dépistages.

> Temps imparti et moment de la journée à privilégier

Les moments à privilégier sont de préférence en dehors des temps de sieste, de toilette, de repas dont les goûters et d'activités. En matinée, les résidents sont souvent plus disponibles. En revanche, lorsque les familles sont présentes l'après-midi, c'est très aidant pour les IDED ; c'est d'ailleurs un moment d'échange intéressant. En termes de durée, il est important de ne pas faire durer trop longtemps les dépistages, cinq minutes maximum pour le geste. Certains résidents demandent par ailleurs un temps d'échange plus long avec l'IDE de coordination.

2. Analyse des profils des résidents

> Classification GIR et autres nomenclatures en lien avec la perte d'autonomie

Cette analyse n'a pas pu être réalisée dans la mesure où nous n'avons pas eu accès aux données individuelles des patients.

3. Identification des freins et leviers par les professionnels à l'adhésion au dispositif des professionnels et des résidents

> Freins identifiés

Un des freins identifiés concerne **la réalité des ressources humaines dans les EHPAD** : turn-over important, manque de personnel, manque de temps. Cela pèse sur les problématiques considérées comme moins prioritaires comme la prévention et l'hygiène bucco-dentaires. Cela pèse aussi sur l'implication des personnels dans ce type de projets, même si les observations sur site et les échanges avec les professionnels des EMS montrent clairement une conscience de l'importance de ces problématiques. Le manque de médecin sur place est un point crucial ; c'est notamment ce qui impacte le suivi des résidents post-dépistage et la prise de RDV.

Enfin **l'évaluation de la douleur reste délicate** pour les résidents âgés ou lourdement handicapés. Ces publics n'ont pas la même sensibilité à la douleur, ce qui peut contribuer à ne pas repérer un besoin de soins bucco-dentaires, et ce, d'autant plus que le personnel est sur-sollicité pour d'autres problématiques considérées comme plus prioritaires dans un EMS.

> Leviers identifiés

Un levier identifié par les professionnels des EMS et les IDED est le fait que le dépistage soit réalisé au lit du malade, dans un lieu familier du résident et avec des intervenants autour de lui qu'il connaît. Au-delà, un médecin généraliste dans un EHPAD précise la configuration optimale d'un dépistage réussi auprès de résidents âgés : une personne au sein de l'EHPAD est disponible pour aider l'IDED, ce qui est important pour les malades déments souvent méfiants envers les gens qu'ils ne connaissent pas (il faut un visage connu pour faciliter l'examen).

Un autre levier a été identifié par les professionnels à l'adhésion des résidents, celui de la qualité d'empathie, d'écoute et de disponibilité des infirmières de dépistage. Un éducateur spécialisé dans un IME donne un avis très positif du dispositif et de l'intervention de l'IDED, en particulier quant au fait de **ne pas forcer l'enfant**. Les intervenants interrogés dans une MAS (éducateur spécialisé, AMP et aides-soignantes) ont également un avis très positif et soulignent le fait que l'IDED arrive à réaliser les soins en s'adaptant aux résidents et avec de la douceur.

Enfin, un levier du dispositif est **le juste équilibre que les IDED arrivent à trouver dans leur relation avec les personnels des EMS sur place**. Les intervenants interrogés dans une MAS (éducateur spécialisé, AMP et aides-soignantes) apprécient leur **autonomie** et **discrétion**, leur **souci de ne pas désorganiser** le travail des aides-soignantes, tout en sachant s'appuyer sur les connaissances du personnel de la structure. Ce juste équilibre couplé à leur qualité d'écoute et de disponibilité auprès du personnel de la structure leur permet de recueillir l'adhésion des personnels qui se sentent ainsi valorisés.

Point de vigilance/amélioration et leviers :

- Une des IDED pose peu de questions lors du dépistage auprès des résidents mais aussi auprès des personnels sur place.
- Les personnels ont besoin d'échanger en interne à la suite du passage de l'IDED ; un cadre d'un EHPAD visité va faire une note de synthèse suite au passage de l'IDED à l'attention des personnels

Q1	Le dispositif est-il opérationnel pour tous les profils de résidents ?
	Q1.6. Le dispositif de communication des informations (circuit et système d'information) entre les différents acteurs est-il adapté à la bonne réalisation des étapes, du dépistage jusqu'au retour des diagnostics ?

1. Modes de transmission des informations entre les différents acteurs du projet après lancement

> Outils de communication du porteur avec les EMS

En dehors de l'information par le porteur du dépistage dans un EMS (au lancement du dépistage et au moment de l'évaluation), il y a peu d'interactions entre les EMS et le porteur de projet. Les informations communiquées par l'IDED lors de son appel pour prévenir et organiser sa venue, et lors des dépistages sont jugées claires par les personnels des EMS qui ont eu réponses à leurs questions. Il n'existe a priori pas d'outil spécifique de communication avec les EMS après les dépistages.

Une MAS et un FAM ont souligné l'utilité des rencontres entre les IDED et les équipes soignantes, notamment les aides-soignantes qui sont en première ligne sur les gestes bucco-dentaires à pratiquer. Il a été particulièrement apprécié l'exercice de jeu de questions-réponses avec l'IDED et la clarté des informations transmises par cette dernière. Néanmoins, ce temps d'échange n'est pas systématique et dépend aussi de la proactivité de l'établissement en la matière, l'IDED étant totalement autonome dans la mise en œuvre des dépistages et le porteur de projet désireux de ne pas solliciter les EMS ni leur générer de la charge supplémentaire.

> Modalités d'organisation des visites de dépistage des IDED dans les EMS

En général, ce sont les cadres des EMS qui sont chargés d'organiser les RDV de l'IDED et de prévenir les équipes de son passage, par une communication orale et/ou le cahier de transmission. Dans certains établissements, c'est la direction qui envoie un mail aux équipes (voir point précédent sur les outils de communication aux équipes). Un établissement précise la rapidité et la fluidité avec laquelle le dispositif s'est mis en place et les visites ont été organisées.

Une semaine ou deux avant l'intervention de l'IDED, cette dernière prend contact avec la direction pour rappeler sa venue et le besoin qu'un chariot soit mis à sa disposition, de son besoin des informations personnelles et médicales sur les résidents à dépister, notamment leurs pathologies (via une connexion sur le système d'information de l'établissement ou un classeur contenant toutes les fiches patients). Ces informations sont nécessaires pour compléter la fiche de recueil IDE, mais aussi pour mieux appréhender les besoins des résidents et la manière d'adapter son comportement / ses gestes.

Au sein des établissements, l'IDE de coordination de l'établissement, ou tout personnel en charge de l'organisation des visites de l'IDED s'assure de la mise à disposition du matériel nécessaire pour le passage de l'IDED (chariot, données, salle dédiée au dépistage, vestiaire, ...), de prévenir les équipes et d'organiser le passage de l'IDED auprès des résidents (planning).

Quelques établissements ont eu l'idée de fournir à l'IDED un « trombinoscope » des résidents afin de faciliter l'organisation des dépistages, l'identification des résidents à dépister mais aussi la communication avec les résidents pendant le dépistage. Une IDE en MAS souligne que l'IDED est parfois seule avec les résidents, notamment dans les unités fermées sans personnel, ce qui peut rendre difficile le fait d'identifier les résidents s'ils n'ont pas la capacité de s'exprimer.

Sur place, l'IDED est généralement accueillie par l'équipe encadrante, et non par l'équipe soignante. Il est prévu dans le cadre du dispositif que l'IDED soit accompagnée par des personnels lors des dépistages pour aider à l'installation des résidents et être disponible au cours du soin, mais en pratique ce n'est parfois pas le cas.

> Information des personnels des EMS par la Direction

Plusieurs personnels des EMS interrogés ont indiqué ne pas être au courant qu'un dépistage bucco-dentaire a eu ou allait avoir lieu dans l'établissement. Le turn-over peut expliquer ce défaut d'information ou les modes de communications internes propres à chaque établissement. Par ailleurs, lorsque l'information a été transmise aux personnels, elle a pu parfois être laconique indiquant simplement le lieu, l'heure et les résidents concernés par le dépistage. Une information reçue par mail (affichée dans le bureau d'un éducateur spécialisé) n'explicitait pas l'objectif du dispositif ni ses enjeux en termes de prévention et de santé publique.

Au-delà des répercussions de ce manque d'information sur la préparation des résidents et la disponibilité de leurs intervenants le jour du dépistage, cela nuit clairement à l'adhésion des professionnels et à leur motivation à s'intéresser aux problématiques bucco-dentaires des résidents qu'ils accompagnent. C'est beaucoup moins le cas

lorsque l'information est relayée par une IDE de coordination, plus proche du quotidien des résidents et des éventuelles problématiques bucco-dentaires que lorsque celle-ci est relayée par la direction.

> Complétion des fiches de recueil (lors du dépistage par l'IDE et de l'examen par le chirurgien)

L'IDED utilise la liste des résidents transmise par l'établissement qu'elle annote éventuellement avec les données collectées au moment du dépistage. Certains établissements mettent à disposition de l'IDED un classeur contenant toutes les fiches résidents sous forme papier. Un établissement a établi pour chaque résident un tableau récapitulatif des informations dont l'IDED a besoin (antécédents bucco-dentaires, consultations dentaires, mesures de protection juridique, traitements médicamenteux, alimentation, degré d'autonomie, date des dernières consultations dentaires...).

Avant de commencer les dépistages, l'IDED prépare les répertoires patients sur son PC. Un sous dossier au nom du patient est ainsi créé pour chaque patient, et les clichés (non nominatifs à ce stade) réalisés sont enregistrés par l'IDE dans ce dossier pour chaque patient.

Pendant les dépistages, l'IDED note les informations nécessaires à l'inclusion des patients comme la température, mais aussi des informations utiles pour les chirurgiens-dentistes-référents et pour compléter le dossier patient généré dans le cadre du dépistage (autonomie, mobilité, douleur, déroulement de l'examen...). Certaines données sont difficiles à récolter, telles que la fréquence du brossage des dents et le type de soins déjà réalisés.

Après les dépistages, l'IDED finit, le cas échéant, de saisir les données médicales des résidents à dépister dans les fiches IDE sous format Word (notamment nom de l'établissement, nom prénom NIR patients, médecin traitant, traitements, antécédents notables et récents, informations complémentaires utiles pour les chirurgiens-dentistes référents et de ville – ex. comportement, besoins du patient...) qu'elle trouve dans les « dossiers patients » de l'établissement ou dans un classeur contenant toutes les fiches résidents sous forme papier lorsque ce classeur est disponible (permet une saisie plus rapide des informations). Elle doit renommer tous les noms de fichiers des clichés et vidéos avec les nom et prénom du résident et la date du dépistage, puis télécharger ces fichiers dans le logiciel. Ces actions lui prennent environ une quinzaine de minute par résident, soit une journée complète pour trente dépistages.

Points de vigilance/amélioration du système de saisie et de transfert des données par les IDED :

- Les données sur l'hygiène bucco-dentaire du résident ne sont pas toujours fiables (difficulté à obtenir des réponses de la part des résidents).
- Les IDED doivent ajouter des commentaires en mode libre /facultatif (température, propreté de l'appareil, éventuelles difficultés pour s'alimenter, observations générales sur la dentition ou la bouche...)
- Lorsque le dépistage n'a pas pu être réalisé, l'IDED doit cocher la case « refus de dépistage » même si le dépistage était impossible ou que le résident n'était pas en état de donner son consentement, la case « examen impossible » ayant été supprimée.
- Renommer les clichés au nom/prénom du résident + nom de chaque photo (face / profil) est chronophage et comporte un risque d'erreurs possibles sur l'identité du résident lors du traitement
- Le logiciel n'est pas forcément en adéquation avec les problématiques d'identitovigilance ; c'est un outil créé par une société qui développe des caméras à l'usage des cabinets dentaires dont les besoins ne sont pas nécessairement identiques aux critères de l'hôpital.

> Outils de transfert de l'information médicale utilisés

Lors du dépistage, l'IDED accède au système d'information de l'établissement pour compléter les données administratives de la fiche de recueil infirmier.

Après les dépistages sur site, la saisie et la transmission des données par les IDED se fait via le logiciel COVOTEM qui permet le transfert de données (clichés, vidéos, fiches de recueil de données en PDF) aux membres de l'équipe projet

(IDED, chirurgiens-dentistes référents, IDE de coordination et secrétaire), mais pas l'archivage des dossiers. Cette fiche n'est pas liée au DPI (Dossier Patient Informatisé). Pour chaque patient, les IDED créent une fiche et saisissent les champs de données (nom, prénom, date de naissance). Ces tâches sont réalisées sur site au CH de Bourges pour l'IDED basée sur Bourges et les chirurgiens-dentistes référents, et à distance pour l'IDE basée sur Vierzon. Cela nécessite une connexion internet.

2. Modalités de transmission du compte-rendu

> Circuit de retour des diagnostics

Une fois les diagnostics établis, les chirurgiens-dentistes référents transfèrent via COVOTEM les comptes-rendus de dépistage à la secrétaire du dispositif, qui les transmet par voie postale aux établissements (Fiche de recueil infirmier + évaluation dentiste sans les clichés). A noter que les refus de dépistage sont aussi envoyés mais non facturés. A noter aussi que la secrétaire du dispositif surligne les éléments importants sur les comptes-rendus avant leur envoi dans les structures (en particulier le besoin de rendez-vous). A noter que les **comptes-rendus des chirurgiens-dentistes référents** intègrent systématiquement les informations mentionnées en commentaire libre par l'IDE au cours du dépistage.

L'archivage des dossiers patients dans le DPI est réalisé plus tard (au moins un mois après le dépistage) par la secrétaire du projet.

Mis à part le temps d'adaptation au logiciel et à la façon de travailler pour établir les premiers comptes-rendus de dépistage (temps d'adaptation et de formation qui est un point d'attention en vue d'un déploiement) le retour utilisateurs des chirurgiens-dentistes référents du dispositif souligne le caractère **simple** des outils mis à leur disposition, **facilement manipulables** pour des non professionnels de l'informatique. Ils soulignent également la **bonne réactivité du service informatique** en cas de problème et l'importance de cette fonction support dans ce type de dispositif.

> Destinataires des comptes-rendus de diagnostic

Un cadre de santé dans un EHPAD psychiatrique indique que les comptes-rendus sont adressés au **médecin coordonnateur de la structure** (qui est aussi le médecin traitant des résidents), et qu'il ne l'a pas reçu en tant que cadre, mais que les comptes-rendus sont intégrés dans leur base de données patients. Un **médecin généraliste en EHPAD** confirme avoir reçu les comptes-rendus des résidents dépistés. Il précise que les résidents en revanche ne le reçoivent pas, ni la famille. Un IME confirme que c'est le **pédiatre** qui reçoit les comptes-rendus ainsi que les **familles**, mais que la structure elle, n'en dispose pas. Dans une USLD d'un EHPAD, l'organisation est différente ; c'est la **secrétaire** de cette unité qui intègre le compte-rendu dans le dossier résident afin que le médecin puisse en prendre connaissance.

Sur les 4 membres de CVS d'EHPAD ou représentant d'association spécialisée dans le grand âge, personne n'avait reçu le compte-rendu.

Point de vigilance sur le respect des droits des usagers à l'information :

Il est prévu initialement dans le cahier des charges et dans la lettre d'intention de l'association Dentaccess 18, que « *les préconisations individualisées sont transmises aux médecins référents de l'EHPAD et aux familles* », par la secrétaire. Cette précision permet d'être en pratique en accord avec le code de la santé publique qui précise que cette responsabilité incombe aux professionnels de santé ayant réalisé le soin. Cette modalité de transmission n'est pas effective selon les témoignages recueillis et l'envoi groupé des comptes-rendus par le secrétariat à l'établissement implique de fait que la transmission des comptes-rendus aux résidents dépend de la volonté de l'établissement, ce qui ne permet pas d'assurer le respect des droits des usagers en matière d'information individuelle.

Q2

Qu'apporte la mise en place d'un dispositif de dépistage bucco-dentaire sur le lieu de vie des résidents (sur la prévention primaire et secondaire, l'état de santé et la qualité de vie des résidents) ?

Q2.2. Le dépistage au sein de l'établissement permet-il de sensibiliser les résidents à l'hygiène bucco-dentaire ?

1. Evaluation de la part de prévention primaire au moment du dépistage par l'IDE

Le dispositif est perçu par l'ensemble des acteurs interrogés comme un moyen d'anticiper les problèmes liés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Une IDED interrogée souligne que le projet est avant tout une mission de prévention en hygiène bucco-dentaire et que l'accent est mis lors de son passage sur le rappel aux professionnels de santé et aux familles si elles sont présentes de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire, qui vient s'ajouter à la mission principale de réalisation du dépistage. Un éducateur spécialisé précise que les pratiques usuelles consistent généralement à gérer l'urgence, par de l'extraction dentaire notamment, plutôt que de faire de la prévention, et que ce type d'initiatives permet d'anticiper les problèmes. Ces conseils relatifs à l'hygiène bucco-dentaire délivrés aux résidents et aux professionnels de la structure par l'IDED qui effectue le dépistage est conforme au cahier des charges et sa pratique doit être renforcée.

> Disponibilité du matériel d'hygiène à disposition des résidents

La question de la disponibilité du matériel d'hygiène est un élément fondamental en matière de prévention. Les IDED et des CVS constatent en venant sur place que le matériel manque pour certains résidents. Dans certains établissements, les personnels nous ont expliqué que c'était le service qui se chargeait d'acheter du matériel pour les résidents ; c'est par exemple le cas dans une MAS visitée lors des observations sur site ; un résident nous a indiqué que c'était un membre du personnel qui allait acheter le matériel pour lui. Un autre résident a expliqué qu'on lui donnait de l'argent pour aller acheter les produits au supermarché, et qu'il était accompagné par un personnel de la MAS. Il a souligné la difficulté de choisir la bonne colle pour son appareil dentaire. Dans un établissement accueillant des enfants handicapées, c'est la famille qui se charge de leur fournir le matériel bucco-dentaire. Dans les EHPAD visités, la mise à disposition du matériel semble être exclusivement gérée par la famille ou le tuteur légal. Une IDE coordinatrice en EHPAD confirme que la présence ou non d'un trousseau bucco-dentaire dépend de la volonté de chaque résident (ou de la famille), mais pas seulement ; cela dépend aussi de leurs ressources financières. Plusieurs EHPAD ainsi que les CVS ont souligné l'utilité de mettre à disposition des résidents des kits d'hygiène bucco-dentaire, en particulier pour ceux en difficulté financière et/ou en rupture sociale. Une aide-soignante d'EHPAD psychiatrique a souligné aussi le fait que certains résidents avaient tout le matériel à disposition mais qu'ils ne l'utilisent pas.

Point de vigilance/amélioration :

- Le matériel ne semble pas être systématiquement fourni par les familles aux résidents
- Les résidents isolés socialement ou en précarité financière n'ont pas accès à un kit d'hygiène bucco-dentaire

Solutions proposées par les répondants aux entretiens :

- Un des chirurgiens-dentistes référents se déplace dans les EHPADs **pour apporter les kits bucco-dentaires.**
- **Sensibilisation des familles à l'hygiène bucco-dentaire** et au matériel bucco-dentaire à réaliser systématiquement par les IDED
- Le dispositif joue un rôle préventif, dans la mesure où il permet d'identifier des problèmes bucco-dentaires que les résidents n'arrivent pas à verbaliser, notamment la douleur, et évite ainsi des soins à effectuer en urgence. Selon les personnels des EMS, certains cabinets de ville et la permanence hospitalière, **le dépistage itératif (régulier)** notamment pour les publics qui ne peuvent pas verbaliser leur douleur dentaire est nécessaire pour assurer ce rôle préventif.

> Intégration des problématiques d'hygiène bucco-dentaire dans le protocole de dépistage

Les chirurgiens-dentistes-référents indiquent qu'il n'y a pas de protocole spécifique concernant la prévention primaire, en dehors des données à recueillir dans le cadre des fiches IDE sur l'état d'hygiène bucco-dentaire. Au moment du dépistage, il peut néanmoins y avoir des échanges avec le résident sur la question de l'hygiène bucco-dentaire, notamment lorsque celui-ci a un dentier et qu'il n'est pas propre ou n'a pas été réparé (ce qui est fréquent en EHPAD). L'IDE pose des questions sur la date de fabrication des appareils et note dans la fiche lorsqu'ils sont propres. Le dentier est un sujet important en matière d'hygiène et de troubles bucco-dentaires, notamment quand celui-ci n'est plus adapté à la bouche du résident et/ou endommagé. Un résident a expliqué comment il colle ses dentiers. Sinon, nous avons constaté lors des observations sur site, qu'en dehors du rappel de l'importance de se brosser les dents, aucun conseil n'est donné aux résidents sur ces questions par les IDE ni le personnel présent lors du dépistage (ni sur le matériel à privilégier, ni sur les gestes à pratiquer pour limiter les troubles bucco-dentaires).

> Pratiques individuelles en matière de brossage et d'hygiène bucco-dentaire et aide apportée par les personnels soignants

La mise à disposition du matériel bucco-dentaire ne suffit pas. Il faut également que le résident soit en capacité physique (dextérité) et cognitive de se brosser les dents ou de nettoyer son dentier et d'y penser ; et par ailleurs, si la situation individuelle du résident ne le permet pas, que le personnel soignant (notamment les aides-soignantes) le fasse à sa place.

Les résidents âgés appartiennent à une génération qui a moins été sensibilisée à l'importance du brossage des dents que les personnes handicapées plus jeunes. Dans une unité en MAS que nous avons visitée, seuls 7 résidents sur 46 peuvent se brosser les dents par eux-mêmes (4 en autonomie et 3 avec un accompagnateur). Certains n'ont plus que des racines, sans dents, ce qui accroît le risque de fausses routes, provoque de l'agitation lors des repas, une perte d'appétit, des saignements des gencives, voire des mycoses.

Si les questions d'hygiène bucco-dentaire sont clairement identifiées par les établissements comme étant d'intérêt, surtout dans les établissements qui accueillent des enfants ou de jeunes adultes handicapés, le geste de brosser les dents à la place des résidents peut en revanche être problématique pour certains personnels (mauvaise haleine, tabous, dégoût, manque de temps, difficulté pour déplacer les résidents en fauteuil en raison du manque de place dans les chambres, peur de se faire mordre,...). Une aide-soignante en FAM souligne en effet les difficultés des résidents lors du brossage de dents : ils avalent le dentifrice et ne crachent pas, ils mordent la main ou la brosse à dent, ils refusent d'ouvrir la bouche, certains mangent les pastilles pour dentier. Par ailleurs, certaines aides-soignantes que nous avons interrogées dans un EHPAD psychiatrique ont aussi exprimé le fait qu'il leur était parfois insoutenable de s'occuper de la bouche de certains résidents, tout en ayant conscience de l'importance de le faire. Le nettoyage des dentiers n'est pas systématique, ce que confirme un chirurgien-dentiste en cabinet de ville ayant pris en charge un résident dans le cadre du dispositif. Il constate des prothèses mal nettoyées ou perdues et des résidents pour qui le personnel ne remet pas d'adhésif dans la journée. Autre problématique, dans un des EHPAD visités, les soins de bouche (notamment les bains de bouche) sont plutôt réservés aux résidents en fin de vie. Une chirurgienne-dentiste hospitalière prenant en charge en urgence des personnes âgées et handicapées voit parfois des aliments en place depuis longtemps et des états de santé dégradés qui l'amènent à stipuler sur les ordonnances « *brossage des dents matin et soir* » et qui compliquent les soins qu'elle a à effectuer ensuite.

Un médecin coordonnateur d'une USLD dans un EHPAD mentionne clairement le fait que le brossage de dents n'est pas réalisé tous les jours faute de personnel et de temps, alors même que l'hygiène bucco-dentaire devrait faire partie intégrante de la toilette, préconisation partagée par les associations d'usagers. Dans les établissements pour publics plus jeunes, en MAS notamment, le brossage est plus fréquemment demandé par les résidents eux-mêmes. Une aide-soignante en IME indique qu'au moyen de jeux, il est possible de faire accepter le brossage de dents au quotidien aux enfants. Elle ajoute que c'est un sujet peu abordé avec les familles, qui ont d'autres priorités, et que les personnes handicapées, notamment autistes, ont une bonne résistance à la douleur et une difficulté à l'exprimer.

Il résulte de ces pratiques individuelles en matière de brossage et d'aide du personnel pas assez régulières des troubles bucco-dentaires associés (gencives abimées, saignements possibles, rejet du dentier, tartre, déchaussements, caries, infections, ...).

Point de vigilance/amélioration :

- Le brossage est moins pratiqué chez les résidents âgés
- Un directeur d'EHPAD souligne que la réduction de mobilité entraîne des difficultés à accomplir les gestes d'hygiène bucco-dentaire ; une attention particulière aux résidents très dépendants
- Les aides-soignantes ne sont pas toutes en capacité de réaliser les gestes en lien avec l'hygiène bucco-dentaire
- L'hygiène bucco-dentaire n'est pas toujours intégrée aux toilettes des résidents, faute de temps et de personnel

Solution proposée par l'équipe projet et les professionnels dans les EMS :

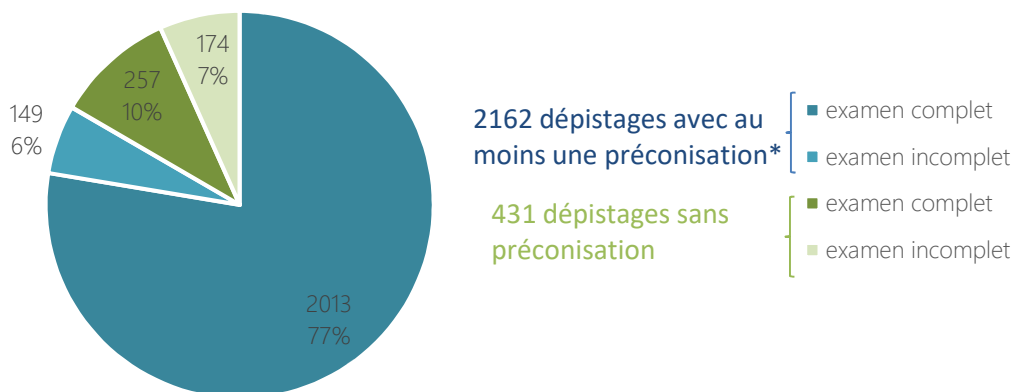
- Une sensibilisation des personnels, des résidents et de la famille au brossage est nécessaire, afin de prévenir d'éventuels troubles bucco-dentaires et d'instaurer une routine quotidienne, notamment au moment de la toilette du matin et après le repas du soir
- Un point de situation sur l'état bucco-dentaire et les pratiques individuelles, en particulier pour les résidents peu autonomes, doit être réalisé à l'entrée en établissement, afin que la situation ne se dégrade pas et que les gestes en lien avec l'hygiène bucco-dentaire ne soient pas de plus en plus insoutenables pour les aides-soignantes
- Des formations peuvent être proposées aux personnels

2. Préconisations formulées par les chirurgiens-dentistes référents à la suite du dépistage

Les analyses ci-dessous proviennent du tableau de suivi des dépistages mis en place par le porteur de projet et concernent les résidents dépistés entre septembre 2019 et décembre 2021.

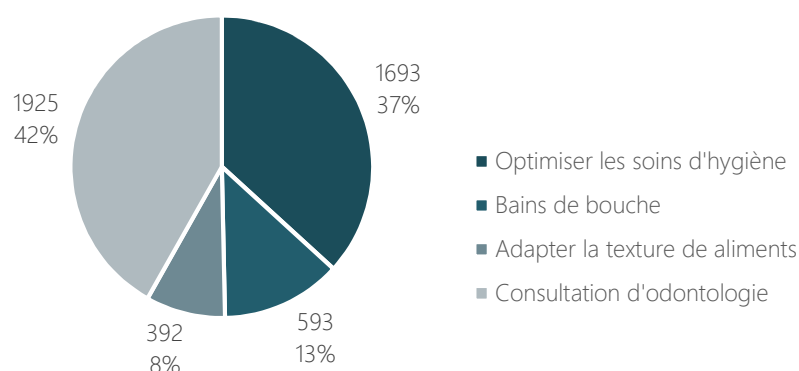
>Nombre et types de préconisations formulées par les chirurgiens-dentistes référents dans leurs compte-rendu

Préconisations : Total des dépistages réalisés (n=2593)



*Préconisation de soin = cf ci-dessous

Type de préconisation	Nombre de préconisations	en % des patients dépistés (n=2593)	en % des patients dépistés ayant reçu une préconisation de soin (n=2162)	% du total des préconisations formulées (n=4603)
Préconisation de soin = au moins une des préconisations ci-dessous	4603	83		
Optimiser les soins d'hygiène	1693	65	78	37
Bains de bouche	593	23	27	13
Adapter la texture de aliments	392	15	18	8
Consultation d'odontologie	1925	74	89	42
TOTAL	4603			



Remarques :

Pour rappel, les préconisations peuvent être multiples. En revanche, nous ne pouvons pas caractériser la population de résidents pour lesquels plusieurs préconisations ont été indiquées. Il serait intéressant de le faire en phase finale.

83% des résidents dépistés ont reçu au moins une préconisation de soin, 10% des résidents dépistés n'ont reçu aucune préconisation.

Il est intéressant de noter que sur le total de préconisations formulées, 58% sont des préconisations qui peuvent être réalisées au sein des établissements : bain de bouche, optimisation des soins d'hygiène et adaptation de la texture des aliments. Ces préconisations sont des préconisations de prévention primaire.

Cependant, ces préconisations étant souvent associées à des préconisations de consultation, seuls 11% des patients chez lesquels des préconisations ont été réalisées pourraient être pris en charge uniquement au sein de leur établissement.

Au total, sur l'ensemble des résidents dépistés, 74% ont reçu une préconisation de consultation d'odontologie.

> Nombre de préconisations de consultations d'odontologie indiquées par le chirurgien-dentiste référent

La consultation d'odontologie est la préconisation la plus indiquée pour les patients pour lesquels des préconisations ont été formulées, soit 89% de ces patients (cf tableau des types de préconisation plus haut), cependant, les commentaires n'ayant pas pu être analysés, il ne nous a pas été possible de connaître la nature des soins requis et de différencier les soins de base tels que des détartrages des interventions plus lourdes de type extraction dentaire.

Types d'EMS	Total de préconisations	Nombre de dépistages	% de préconisations de consultations d'odontologie sur total des dépistages
EHPAD - USLD	1692	2250	75
MAS-FAM	130	208	63
IME	91	113	81

Autres	12	22	Non significatif
--------	----	----	------------------

Remarques :

Les consultations d'odontologie ont été d'avantage préconisées pour les jeunes résidents des IME (81% de préconisations de consultations) que pour les adultes résidents en MAS ou FAM (63%).

> Nombre de préconisations d'optimisation des soins d'hygiène bucco-dentaire par le chirurgien-dentiste référent

Parmi les patients dépistés pour lesquels des préconisations ont été formulés (83% des patients, n=2162), 1693 (soit 78% d'entre eux) ont reçu des préconisations d'optimisation des soins d'hygiène (cf tableau des types de préconisation plus haut).

Types d'EMS	Total de préconisations	Nombre de dépistages	% de préconisations d'optimisation des soins d'hygiène bucco-dentaire sur total des dépistages
EHPAD - USLD	1493	2250	66
MAS-FAM	118	208	57
IME	68	113	60
Autres	14	22	Non significatif

Remarques :

Le pourcentage de préconisations d'optimisation des soins d'hygiène bucco-dentaire dans les EHPAD (66%) ne semble pas aussi alarmant que mentionné par les acteurs.

Dans les MAS et les FAM, ces préconisations sont de 57%. Ce chiffre confirme le levier générationnel existant dans ces structures identifiées lors des entretiens : le public accueilli est plus jeune avec des habitudes d'hygiène bucco-dentaire plus fréquentes que les personnes âgées.

> Nombre de préconisations de bains de bouche indiquées par le chirurgien-dentiste référent

Les bains de bouche sont relativement peu préconisés, soit 27% des patients pour lesquels des préconisations ont été formulées (cf tableau des types de préconisation plus haut).

Types d'EMS	Total de préconisations	Nombre de dépistages	% de préconisations de bains de bouche sur total des dépistages
EHPAD - USLD	552	2250	25
MAS-FAM	34	208	16
IME	3	113	3
Autres	4	22	Non significatif

Remarques :

Les bains de bouche sont d'avantage préconisés pour les résidents âgés

> Nombre de préconisations d'adaptation de la texture des aliments indiquées par le chirurgien-dentiste référent

Adapter la texture des aliments est la préconisation la moins indiquée pour les patients pour lesquels des préconisations ont été formulées, soit 18% (cf tableau des types de préconisation plus haut).

Types d'EMS	Total de préconisations	Nombre de dépistages	% de préconisations d'adapter la texture des aliments sur total des dépistages
EHPAD - USLD	386	2250	17

MAS-FAM	6	208	3
IME	0	113	0
Autres	0	22	Non significatif

Remarques :

Il est possible que ce faible taux de préconisations d'adapter la texture s'explique par le fait que l'adaptation de la texture des aliments soit déjà généralisée par les établissements que ce soit en raison de la dentition ou du handicap pour éviter les fausses routes (la donnée est indiquée dans le recueil infirmier mais n'est pas reprise dans le tableau de suivi que nous avons exploité). En ce sens, le dépistage permet d'identifier le besoin d'adapter les aliments pour 17% des résidents dépistés en EHPAD et USLD. Concernant les personnes polyhandicapées ou lourdement handicapées, le pourcentage n'est pas saillant. Pour les IME, ce pourcentage est nul, sans doute en raison de l'accueil à temps partiel.

Q2

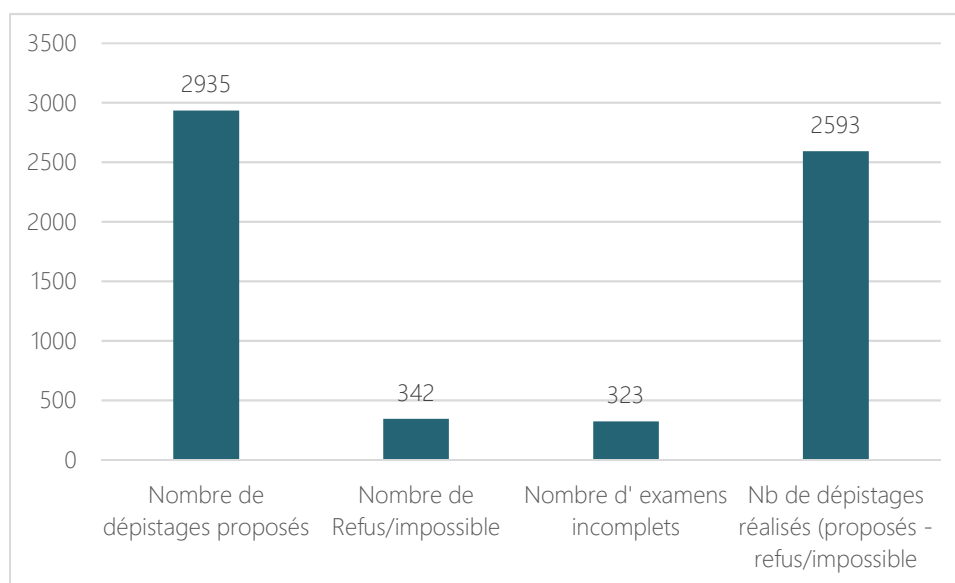
Qu'apporte la mise en place d'un dispositif de dépistage bucco-dentaire sur le lieu de vie des résidents (sur la prévention primaire et secondaire, l'état de santé et la qualité de vie des résidents) ?

Q2.3. Dans quelle mesure les résidents acceptent-ils et sont-ils en capacité de participer au dépistage et quel est leur ressenti par rapport à ce dépistage sur leur lieu de vie ?

1. Taux de participation des résidents dans chaque EMS par rapport au taux attendu

Les analyses ci-dessous proviennent du tableau de suivi des dépistages mis en place par le porteur de projet et concernent les résidents dépistés entre septembre 2019 et décembre 2021.

> Nombre de dépistages effectués par rapport au total proposés

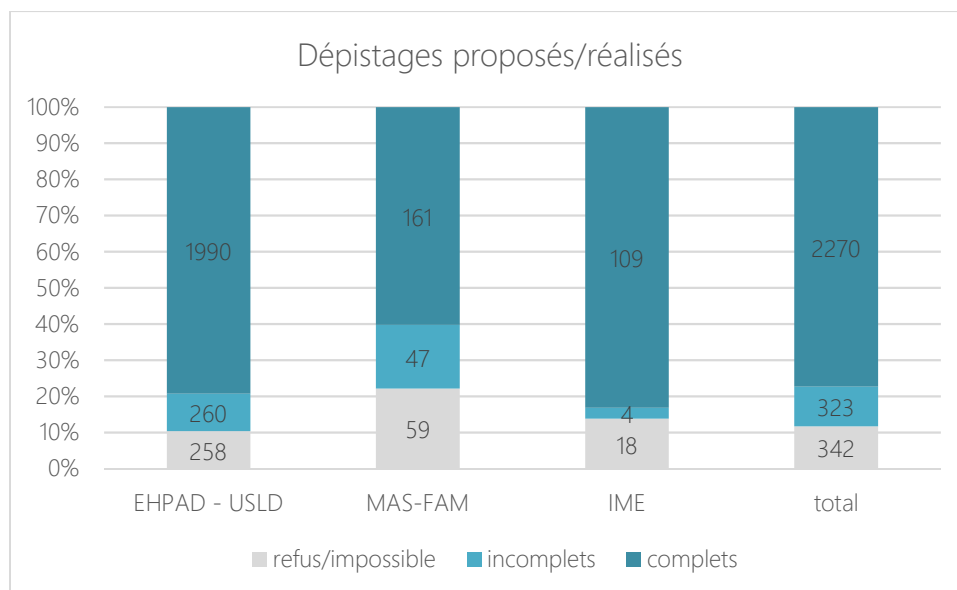


Le pourcentage de dépistages effectués par rapport au nombre de dépistages proposés est de 88%, soit 2593 dépistages réalisés dont 1999 dépistages réalisés en EHPAD.

> Nombre de refus, motifs de refus du dépistage et profils des résidents pour lesquels le dépistage n'a pu être effectué

Le nombre de refus / impossible s'élève à 342 soit 12% des dépistages proposés. Et parmi les 2593 dépistages réalisés, 323 dépistages sont incomplets soit 11% des dépistages proposés.

Comme le montre la figure ci-dessous, les refus ou l'impossibilité de mener les dépistages sont plus fréquents dans les MAS-FAM (22%) et dans les IME (14%) que dans les EHPAD (10%). Les dépistages incomplets sont également plus fréquents dans les MAS-FAM (18%) que dans les EHPAD (10%) et les IME (3%).



Les motifs de refus ou d'impossibilité de mener les dépistages sont inconnus. Il en va de même pour les dépistages incomplets.

2. Vécu du dépistage par les résidents et les familles

Les informations ci-dessous proviennent de l'analyse des données issues des observations sur site et entretiens auprès des résidents et des professionnels. En l'absence d'accords CNIL, les entretiens auprès des aidants seront menés en phase finale pour compléter les freins et les leviers repérés ci-dessous pendant le dépistage.

> Adhésion des résidents et des familles au dépistage et motifs de refus

Les IDED estiment qu'il y a globalement une bonne adhésion et participation des résidents au dépistage. Elles ont constaté quelques refus, notamment liés au **potentiel coût des soins** à effectuer par la suite tels que des détartrages ou des prothèses, ainsi que des refus de **réfractaires « notoires » pour le personnel d'EMS**. Elles ajoutent que **l'attente du dépistage** et le fait de voir des résidents se faire dépister avant eux peut être anxiogène pour certains et les faire finalement partir avant leur dépistage. Un médecin coordonnateur dans un EHPAD confirme la bonne acceptation du dépistage par les résidents de manière générale et le peu de refus observés dans cet établissement. Il précise que ceux qui ont refusé ont souvent des **troubles cognitifs très importants** (ils ne peuvent pas ou peu ouvrir la bouche notamment). Rares sont les refus de jeunes dans les IME, sauf lorsque l'enfant ou le jeune a des **troubles du comportement** qui ne lui permettent pas d'ouvrir la bouche ou de se faire manipuler. Dans un IME visité, il a été constaté un taux d'adhésion des familles au dépistage de seulement 50% par rapport à l'information qui avait été transmise à toutes les familles de résidents d'un dépistage bucco-dentaire sur le lieu de vie de leur enfant et totalement gratuit. Un éducateur spécialisé en FAM souligne qu'il n'y a généralement pas d'opposition des familles dans la réalisation du dépistage au sein de son établissement, mais que c'est plutôt au moment de réaliser les soins qu'il peut y avoir un refus, les aidants ayant l'impression que la structure fait à leur place et qu'on leur enlève leur rôle de parents. Une aide-soignante en IME souligne que les motifs de non-accord par la famille de faire dépister leur enfant peuvent tenir au fait que les enfants en question sont déjà suivis par un chirurgien-dentiste de ville, les parents ne voyant pas l'intérêt du dépistage, ou que les parents craignent d'être jugés si leur enfant a une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Le principe fondateur de ce dispositif est de ne pas forcer le résident à se faire dépister. Les cas de refus sont identifiés par les IDED comme le principal élément perturbateur dans le déroulé du dépistage, ce qui entérine le fait qu'il ne faut pas forcer la main aux résidents qui ne le souhaitent pas.

Points d'attention :

- L'IDED classe dans "refus" les perturbations qui peuvent avoir lieu lors du dépistage en lien avec le réflexe nauséeux des résidents ou de troubles cognitifs (jouent avec le matériel, têtent la caméra, etc...);
- Gérer la confidentialité au moment du dépistage lorsque des résidents attendent leur tour devant la salle de dépistage ;
- Veiller à ce que le personnel ne « force » pas le résident et soit attentif aux refus non verbalisés ;
- Le dépistage est plus délicat chez les personnes dyscommunicantes, présentant des troubles cognitifs

Leviers en cas de refus :

- la présence d'un personnel de l'établissement au moment du dépistage rassure le résident qui a tendance à changer d'avis (pédagogie sur l'intérêt de se faire dépister) ou lève son appréhension (rapidité du dépistage, absence de douleur pendant l'examen, tenir la main du résident, avoir des gestes rassurants, montrer en faisant la gestuelle sur son propre visage, répéter que cela ne fait pas mal, aider le résident pour enlever et remettre le dentier,...) ; une IDE de coordination d'un EHPAD psychiatrique préconise la présence systématique d'un « facilitateur » (personnel de la structure en contact avec les résidents) au cours des dépistages (prépare le résident et apporte un soutien à l'IDED)
- Faire assister les résidents réticents au dépistage de leurs pairs pour dédramatiser le dépistage, même si pour certains ce sera au contraire anxiogène (différencier la manière de recueillir leur adhésion) et qu'il faut être vigilant à la question de la confidentialité ;
- Réduire le temps d'attente devant la salle de dépistage en faisant venir les résidents seulement lorsque c'est leur tour (ce qui est généralement le cas) ;
- Les contrats « bonbon / jouet » proposés aux enfants dans les IME par l'intervenant ;
- Une information des familles sur les objectifs et les enjeux du dispositif en matière de prévention, qui ne conduira pas à « juger » les familles en matière de gestion de l'hygiène et des troubles bucco-dentaires de leur enfant ;
- Une information en amont du passage de l'IDED peut aider certains résidents à avoir moins d'appréhension (cf. témoignage d'une représentante de CVS résidant en FAM)
- La présence des familles peut, dans certains cas, rassurer la personne et aider au dépistage ; les familles sont souvent conscientes de l'importance de la prévention
- Choisir les plages du dépistage, en dehors des temps de sieste, toilette, repas dont goûter, ou revenir le jour suivant (c'est arrivé plusieurs fois que l'IDE de dépistage propose de revenir le jour suivant, et le dépistage a pu se faire plus facilement le lendemain)

> Vécu du dépistage par les résidents/familles

Généralement, les résidents interrogés ont accepté le dépistage sans difficulté et disent l'avoir bien vécu. Il est jugé rapide et pas désagréable. Certains rajoutent qu'ils étaient très bien installés. Un résident a montré des réticences avant le dépistage, angoissé, il a été rassuré par le fait que ce soient des professionnels experts qui pratiquent le geste et il a particulièrement été rassuré quand il a rencontré l'IDED parce qu'il l'a trouvée sympathique, donnant des explications détaillées, et ne le brusquant pas. Il dira après le dépistage que tout s'est finalement bien passé malgré sa grande appréhension, qu'il n'a pas eu mal et que ce n'était pas perturbant. Un autre résident mentionne que l'examen n'est pas douloureux et qu'il n'y a rien de désagréable à noter. Dans un IME que nous avons visité, il y a eu

une bonne adhésion des familles au dépistage, car elles sont rassurées finalement que l'état bucco-dentaire de leur enfant soit examiné. Une représentante des usagers au CVS d'un FAM confie qu'elle a craint le dépistage et qu'elle n'avait pas été prévenue avant. Le fait que le dépistage ait lieu dans la structure avec un personnel connu des résidents est d'autant plus rassurant pour les familles. Déplacer un résident âgé ou lourdement handicapé est toujours délicat, génère souvent un grand stress pour les résidents qui ne connaissent pas le lieu où ils vont et mobilise du temps d'accompagnement pour les établissements, mobilise un ou plusieurs véhicules, génère des coûts en carburant et du temps de secrétariat. Organiser un dépistage dans un établissement sur une ou deux journées pour plusieurs résidents est donc beaucoup plus efficace et acceptable par les résidents que trouver des RDV pour tous les résidents d'un EHPAD puis les accompagner à leur RDV.

Au-delà du geste, une autre représentante de CVS résidant en FAM confie que la démarche « d'aller-vers » proposée par ce dépistage est très appréciée (sentiment de se sentir écouté, d'être considéré de par le fait que des professionnels se déplacent sur le lieu de vie des résidents). Un autre représentant d'usager au sein du CVS d'un ISEP estime que le dispositif est essentiel pour le public polyhandicapé pour qui il est très compliqué de faire soigner les dents, le personnel n'étant pas armé pour soigner ces publics. Pour une présidente d'association, ce dépistage permet d'apporter un premier avis sur l'urgence des soins à effectuer.

Concernant le protocole covid19, d'après les professionnels interrogés dans les EMS, les résidents se sont habitués aux blouses depuis le début de la pandémie et il n'y a, de ce fait, pas d'appréhension liée à la tenue de l'IDED. Une présidente d'association d'usagers précise qu'il est en revanche plus difficile pour les résidents autistes d'être en contact avec un professionnel en blouse.

> Nombre de notifications des familles auprès des conseils de la vie sociale sur des sujets bucco-dentaires

Les notifications semblent peu nombreuses d'après les CVS consultés (un CVS sur les cinq interrogés), mais ont un impact qualitatif important qui souligne l'intérêt pour les familles de la mise en place du dépistage. Selon une représentante de CVS, les remontées d'informations du CVS ont permis d'alerter l'ISEP sur les difficultés de suivre l'état bucco-dentaire des jeunes résidents et ont entraîné une prise de conscience par l'établissement d'un besoin d'actions à mettre en place pour aider les familles sur ces problématiques. Sur les 5 CSV interrogés, aucun a fait part d'une expérience négative lors du dépistage.

> Impact ressenti du dépistage sur la « qualité de vie » des résidents (bien-être et participation sociale)

Parmi les professionnels interrogés dans les établissements dépistés, si le dépistage fait l'unanimité dans son utilité pour les résidents en termes de détection de situations nécessitant des soins mais aussi en termes de sensibilisation des personnels à l'hygiène et aux troubles bucco-dentaires, ils ne voient pas le bénéfice en termes d'amélioration de l'état de santé des résidents ni de leur participation sociale. Il est vrai que les soins n'ont pas été réalisés au moment des observations sur site et qu'il est donc difficile au moment de l'évaluation à mi-parcours d'évaluer ce dernier point.

Q3

Les recommandations suite aux dépistages sont-elles appliquées correctement pour tous les profils de résidents ? (cf. accès aux soins)

Q3.2. Quel est l'impact du dépistage sur le recours aux soins bucco-dentaire ?

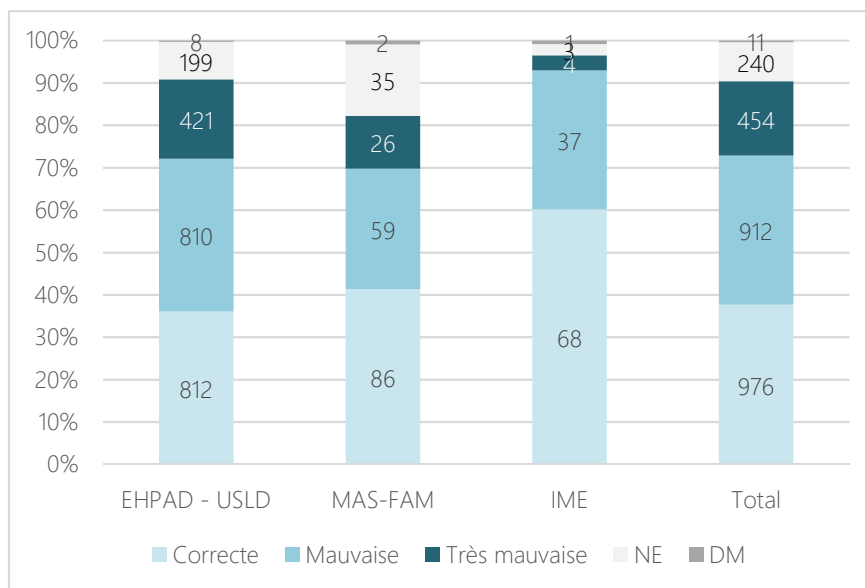
Peu d'informations ont pu être recueillies sur les conditions d'accès aux soins post-dépistage lors des observations sur site dans les EMS et l'impact en général sur le recours aux soins. Les structures déjà dépistées l'avaient été depuis plus d'un an, ne permettant plus d'interroger des personnels ayant organisé les soins à la suite du dépistage, et d'autre part, les structures en cours de dépistage n'avaient pas eu le temps d'organiser le suivi des soins post-dépistage. L'impact du dépistage sur le recours aux soins bucco-dentaires sera réexaminé en phase finale si les données récoltées sont accessibles et le permettent, le dispositif n'étant pas organisé initialement pour s'assurer de

la réalisation de ces soins (le périmètre du dépistage s'arrête en effet au compte-rendu de diagnostic établi par les chirurgiens-dentistes référents et à la demande initiale de remontées de données issues des EMS quant à la prise de RDV et l'effectivité des soins). Compte tenu de la perception des professionnels de l'état bucco-dentaire des résidents et du faible recours aux soins de manière générale, notamment dans les EHPAD, on peut néanmoins avancer que le dépistage a un impact sur la prise de conscience qu'il est nécessaire de pratiquer des soins bucco-dentaires pour ces personnes (cf. partie sensibilisation des professionnels en Q2). Le dépistage permet nécessairement d'accroître un peu le recours au soin, lorsque des situations le nécessitant ont été détectées. Ils ont également permis de mettre en lumière le fait que le recours aux soins sera très certainement plus facilité pour les enfants handicapés et les jeunes résidents, la plupart ayant encore de la famille pour les accompagner, que pour les résidents en EHPAD âgés et dépendants. Selon un directeur de MAS et un médecin coordonnateur en EHPAD, le dispositif permet au moins une priorisation des cas les plus urgents à traiter en définissant les priorités de soins par patient. Mais cet impact est largement conditionné par les conditions d'accès et les modalités de prise en charge de ces publics dans le département du Cher (Q 3.3).

1. Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire initial des résidents et problématique bucco-dentaire dans les établissements

Les analyses ci-dessous proviennent du tableau de suivi des dépistages mis en place par le porteur de projet et concernent les résidents dépistés entre septembre 2019 et décembre 2021.

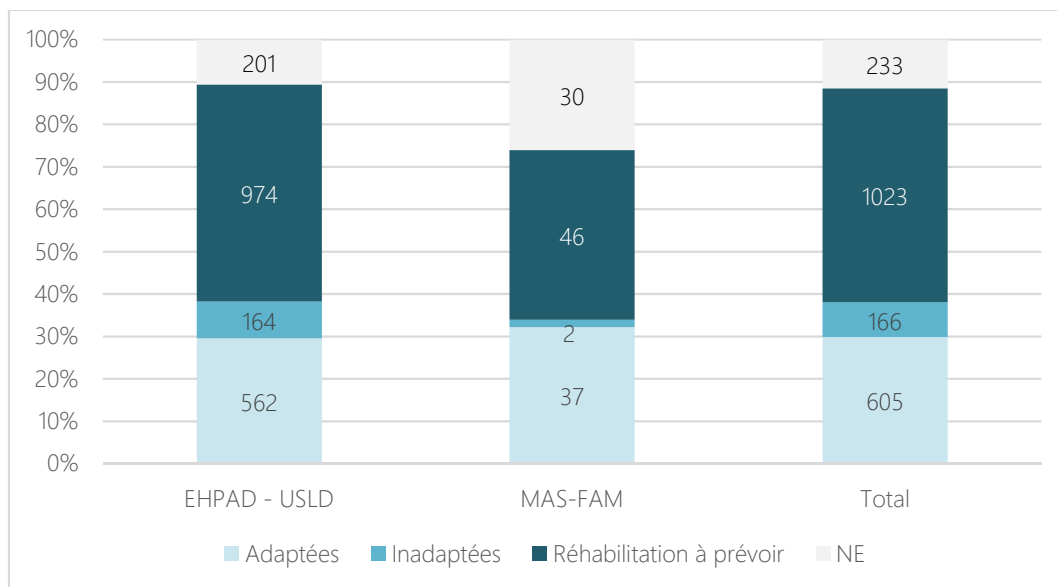
> Evaluation de l'hygiène orale et prothétique des résidents dépistés - recueil infirmier



NE : Non évaluable ; DM : donnée manquante

Au total, 38% des résidents dépistés sont évalués comme ayant une hygiène orale et prothétique correcte, 35% mauvaise et 18% très mauvaise.

> Evaluation de l'état des prothèses des résidents dépistés- recueil infirmier



Au total, 50% des résidents porteurs de prothèses nécessiteraient une réhabilitation de celles-ci.

> Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire des résidents – évaluation chirurgien-dentiste référent

90% des résidents dépistés ont au moins une dent absente et non remplacée, 26% présentent au moins une dent cariée, 70% ont reçu un diagnostic de présence de plaque dentaire, des pathologies dentaires et/ou gingivales sont suspectées chez 64% d'entre eux et des pathologies des muqueuses sont suspectées chez 6% d'entre eux.

Enfin, 43% des résidents dépistés ont une capacité de mastication évaluée comme étant déficiente.

> Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire des résidents – regard des professionnels

La photographie présentée ci-dessous s'appuie sur le ressenti des professionnels, associations et CVS à l'égard de l'état bucco-dentaire et l'état de santé général des résidents dépistés.

Le personnel de l'établissement n'ayant pas toujours les connaissances pour déterminer l'urgence d'une situation ni la nature des troubles associés, au moment du dépistage, **les IDED peuvent identifier des situations préoccupantes qui n'avaient pas été identifiées comme telles** par les professionnels de la structure. Il semble que ces situations préoccupantes soient moins fréquentes dans les établissements accueillant enfants ou jeunes résidents et plus fréquentes en EHPAD, en particulier dans les USLD. Un médecin coordonnateur d'une USLD confirme qu'environ la moitié des résidents ont des troubles bucco-dentaires dans son unité. Les CVS insistent sur le fait que la prise en charge de l'hygiène et des soins bucco-dentaires est assurée par les familles, et qu'en fonction du degré de présence de la famille, l'état bucco-dentaire peut être déplorable.

Les IDED, au contact des résidents au moment du dépistage, constatent que l'hygiène et l'état bucco-dentaires des personnes âgées est souvent plus catastrophique pour les résidents qui n'ont pas de famille que pour ceux qui rentrent chez eux et qui ont de la famille. Ces derniers ont souvent un handicap moins lourd et moins contraignant pour un recours au soin en cabinet de ville. Les IDED précisent que chez les personnes âgées, les difficultés peuvent être dues à des carences alimentaires et qu'il n'y a que très peu d'habitudes en termes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire.

Par ailleurs, **très peu de personnes âgées et handicapées expriment leurs maux** de dents, ce qui implique des soins pris en charge plus tardivement et en urgence, d'où l'arrachage des dents. Cela retentit sur la nutrition, la mastication, la déglutition, le risque de fausses routes, la douleur et provoque de l'inconfort au quotidien.

Malgré le constat précédent sur l'hygiène et l'état bucco-dentaires des résidents, les chirurgiens-dentistes-référents constatent finalement assez peu de situations urgentes en termes de troubles bucco-dentaires, ils constatent plus des situations de mauvaise hygiène bucco-dentaire et une **bouche mal entretenue** qui nécessitent une **aide au brossage** pour éviter les complications. Ils ne constatent que très **peu d'états infectieux** dans la mesure où malheureusement les dents tombent ou ont été arrachées, constat partagé par une IDE en MAS qui évoque de nombreux arrachages de dents, de même qu'un chirurgien-dentiste en cabinet de ville qui a dû arracher une vingtaine de dents à deux de ses patients résidents en EMS, dont un patient de moins de 35 ans.

Recommandations des professionnels :

- Sensibiliser les personnels des EMS aux troubles bucco-dentaires (nature, causes, sujets à risque, etc...) ainsi que leurs répercussions sur la nutrition et la mastication, et valoriser les métiers (aides-soignantes notamment)
- Sensibiliser les personnels des EMS sur la nourriture (sa texture, souvent trop collante, et le volet qualitatif, impact du sucre et des boissons sur la santé bucco-dentaire)
- Agir sur la prévention (hygiène bucco-dentaire) pour éviter des troubles bucco-dentaires ultérieurs, notamment en apportant systématiquement une aide au brossage et à l'hygiène bucco-dentaire en général (nettoyage des dentiers, du matériel de brossage, ...) aux résidents dépendants et en instaurant une routine avec un brossage au moins deux fois par jour ; vérifier que les résidents effectuent correctement cette routine de brossage
- Acquérir du matériel plus ergonomique
- Former les aides-soignantes aux causes des troubles bucco-dentaires (prise de médicaments, troubles alimentaires, pathologies digestives, dentiers et prothèses, ...) et aux tabous liés au bucco-dentaire qu'il faut lever
- Vérifier l'adaptation des dentiers et, lorsqu'il est adapté, favoriser le port du dentier pour éviter les troubles associés

Leviers :

- Faire venir des réseaux de professionnels formés et associations d'usagers pour sensibiliser résidents et personnels avec des supports adaptés et ludiques
- Mobiliser les CVS sur les problématiques bucco-dentaires

2. Recours au soin suite au dispositif

Le recours aux soins, qu'il soit avant ou après le dépistage, semble assez faible pour les résidents des EMS du Cher. L'exploitation des données extraites du système d'information ne permet pas de mesurer l'impact sur le recours aux soins post-dispositif car ces données ne sont pas remontées au porteur (suivi de la mise en place des soins pour 1 établissement dans le tableau de suivi exploité). Néanmoins, ces informations permettent aussi de valoriser le dispositif de dépistage aux yeux des EMS comme un outil de priorisation des résidents à faire suivre en urgence (qui ne représenteraient selon le membre interrogé du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes que 20% des demandes dites « en urgence »), et permettra peut-être (non évaluable) de réduire le recours aux extractions dentaires, voire, grâce au repérage précoce des problèmes bucco-dentaires par l'IDED, éviter des hospitalisations.

> Nombre de résidents pour lesquels des soins sont effectivement réalisés et motifs

Ces données ne sont pas disponibles dans le SI.

⇒ Motifs de refus/renoncement aux soins par les familles ou les résidents

Un médecin coordonnateur d'USLD en EHPAD a relevé quelques refus de la part des résidents qui **ne veulent pas d'appareil dentaire** ou de familles pour des **raisons financières**, situations confirmées par des représentants des CVS.

Lorsque le résident est sous tutelle, la **tutelle** évalue dans quelle mesure les soins peuvent être réalisés ou non, et elle ferait a priori son possible pour qu'ils le soient selon une représentante de CVS résidente en MAS.

> **Consentement aux soins par les familles ou les résidents**

Une présidente d'association d'usagers évoque le fait que le consentement des résidents n'est pas toujours recueilli auprès des résidents d'EHPAD ou auprès des familles. Elle évoque un manque d'information des familles sur le suivi de soins à effectuer ou effectués, ce qui semble très différent selon un représentant d'un CVS d'établissement pour enfants et jeunes résidents, où la famille reste décisionnaire et associée à la démarche de soins.

3. Modalités de recours aux chirurgiens-dentistes libéraux via le dispositif

L'organisation de dépistages dans les EMS engendre nécessairement des déplacements vers les cabinets de ville. Les modalités de ces déplacements et rendez-vous sont décrites ci-dessous.

> **Organisation des rendez-vous de soins par les EMS ayant fait l'objet de visites sur site**

Etablissements pour adultes (MAS, FAM, EHPAD)

Les déplacements pour des soins dentaires en cabinet de ville sont organisés/planifiés par les structures de type MAS ou FAM ou EHPAD visités dans le cadre de cette évaluation. D'après les entretiens réalisés, les déplacements semblent être à la charge des structures de type MAS ou FAM ; ils nécessitent un intervenant accompagnant le résident à son/ses RDV et un véhicule ou le recours à une ambulance. Dans certains établissements, les équipes proposent aux familles d'accompagner le résident et de participer à la consultation. Un directeur de MAS précise qu'une fois arrivées sur place, ses équipes se heurtent souvent à l'absence d'adaptabilité du cabinet dentaire aux besoins des résidents de sa structure. Il évoque par exemple la difficulté de pouvoir stationner en bas du cabinet. Pour les EHPAD visités en revanche, si l'organisation est assurée par l'EHPAD, le déplacement n'est pas nécessairement supporté par la structure. Cela dépend de l'autonomie des résidents et de leur degré d'isolement et peut-être aussi du statut de l'EHPAD. Certains résidents sont véhiculés par l'établissement mais plus généralement par la famille ou par un transporteur parfois sans accompagnateur pour les résidents isolés. Les chirurgiens-dentistes de ville voient souvent arriver leurs patients résidents en EHPAD en ambulance ou en taxi, accompagnés par un personnel de l'établissement ou seuls. Les déplacements en EHPAD sont pris en charge par l'assurance maladie sur prescription et sont pris en charge à 100% pour les résidents et les familles si les résidents sont reconnus en ALD.

Etablissements pour enfants et jeunes résidents (IME)

Si la prise de RDV post-dépistage peut être dans certains cas organisée par la structure, elle incombe généralement à la famille. Les déplacements sont également généralement organisés par la famille. A titre d'exemple, le périmètre du soin courant ne fait pas partie des accompagnements proposés par les IME. Cependant, lorsque la famille le souhaite, un intervenant peut accompagner l'enfant ou le jeune à son RDV avec les parents. Les déplacements sont à la charge de la famille.

Points de vigilance/amélioration :

- Un directeur de structure estime que les déplacements sont un frein au recours aux soins post-dépistage dans la mesure où ils génèrent des coûts et mobilise des personnels, déjà sous tension. Il relate avoir dû emmener un résident dans son véhicule personnel pour effectuer des soins en cabinet de ville. Il se demande si le dispositif ne pourrait pas palier ces freins (cf. reproductibilité, Q6).
- Si les prescriptions de transport ne sont pas établies par le médecin de la structure, il n'y aura pas ou moins de recours aux soins
- Une cadre en EHPAD s'inquiète de la charge associée à l'organisation des soins dentaires notamment en raison du peu de cabinets disponibles (s'informer, prendre les RDV, organiser ou suivre les déplacements)

4. Etat de l'offre de soins dentaires répondant au dispositif

Cette question sera traitée dans le rapport final et servira à analyser les facteurs de reproductibilité et l'impact du contexte local.

Q3

Les recommandations suite aux dépistages sont-elles appliquées correctement pour tous les profils de résidents ? (Cf. accès aux soins)

Q3.3. Quels éléments favorisent ou au contraire freinent le recours au soin à la suite du dépistage ?

Les données qualitatives recueillies auprès de l'ensemble des acteurs ont permis d'identifier les freins et leviers qui conditionnent le recours aux soins des résidents en EMS. Nous pouvons prudemment avancer que ces freins et leviers seront sensiblement les mêmes, qu'ils soient identifiés avant ou après la réalisation du dépistage, à l'exception des éléments propres au dispositif : la rédaction du compte-rendu identifié comme levier du dispositif pour favoriser le recours aux soins à la suite du dépistage.

1. Les freins aux recours aux soins des résidents en EMS

Organisation administrative lourde retardant le déclenchement d'une action de soins

Une IDE d'un EHPAD PSY souligne que seules des douleurs ou crises évoquant une douleur intense déclenchent un suivi bucco-dentaire. Le circuit classique de suivi est relativement long (aide-soignant informant IDE, informant un médecin, informant un chirurgien-dentiste) ce qui constitue une barrière au déclenchement d'un suivi bucco-dentaire. Une IDE en MAS rajoute qu'il est difficile de prévoir les visites du médecin, même lorsqu'elle a donné l'alerte pour une situation nécessitant a priori des soins. Dans cette MAS, avant le recours au chirurgien-dentiste, il y a une étape supplémentaire de compte-rendu rédigé par la secrétaire sur avis du médecin, indispensable pour toute sollicitation de l'hôpital en cas de troubles alarmants. Une IDE en MAS explique que les IDE sont le plus souvent alertées par les plaintes des résidents en lien avec la douleur mais qu'il n'y a pas de prise en charge précoce.

Accessibilité à l'offre de soins dentaires limitée dans le département

Un directeur d'EHPAD souligne que les soins ne sont pas prévus dans le quotidien de la prise en charge des résidents et qu'il est compliqué d'obtenir un RDV chez le chirurgien-dentiste en raison de la faible densité des praticiens sur le territoire du Cher mais pas seulement. Les personnels déplorent le manque de cabinets de ville accessibles au handicap ; il y a parfois jusqu'à 7 mois de délai d'attente pour avoir un RDV pour un patient hors patientèle chez un chirurgien-dentiste dans le Cher. Une cadre dans un EHPAD psychiatrique relate les prises en charges souvent tardives, en urgence, sous anesthésie pour de l'extraction dentaire mais qui ne peuvent pas être réalisées en cabinet de ville. Par conséquent, l'environnement hospitalier apparaît plus adapté selon les cabinets de ville pour prendre en charge des personnes aux situations complexes dans un environnement sécurisé et pluridisciplinaire. Les chirurgiens-dentistes libéraux ont tous souligné pour eux la limite de prise en charge de cette patientèle en cabinet de ville, que cela soit en raison du frein médical (complexité du cas), des troubles psychologique ou cognitifs qui nécessitent un matériel type gaz MEOPA qu'ils n'ont pas. Par conséquent, nombre d'entre eux renvoient les résidents vers l'hôpital de Bourges.

Logistique complexe pour déplacer les résidents

Au-delà de ces questions administratives (EMS) et organisationnelles (accessibilité sur le territoire), et une fois le RDV programmé, les établissements pour adultes doivent organiser le déplacement des résidents sur place, ce qui n'est pas aisé : cabinet non familial des résidents, éloignés de l'établissement, trajets épuisants, stress des résidents, mobilisation de personnels et véhicules... Du côté des cabinets de ville, certains chirurgiens-dentistes déplorent les

retards des résidents au RDV et l'attente, parfois très longue, plus d'une heure, d'un VSL pour le trajet retour. Ce sont parfois les ambulanciers qui se chargent d'emmener le résident en salle de soins et qui l'installent sur le fauteuil (ils restent généralement pendant tout le temps de soins). Deux chirurgiens-dentistes soulignent le manque de rigueur de certains EHPAD, qui oublient de décommander des RDV ou qui ne transmettent pas les informations utiles entre professionnels. Dans ces cas de figure, ces retards ou annulations bloquent des créneaux inutilement et impactent la rentabilité d'un cabinet libéral. Un chirurgien-dentiste libéral confie qu'il lui arrive de refuser certains résidents venant d'EHPAD aux pratiques peu rigoureuses et délétères tant pour le résident que pour le chirurgien-dentiste qui le prend en charge.

Manque de moyens dans les EMS et faible transmission auprès des chirurgiens-dentistes-libéraux

Un médecin coordonnateur en USLD rajoute que les établissements se débrouillent avec les moyens du bord (examen de la cavité buccale, bains de bouche...) pour pallier les manques de cabinets accessibles voire les refus de prise en charge pour ce type de publics par les chirurgiens-dentistes de ville lorsque le service sollicite un RDV. De leur côté, les chirurgiens-dentistes de ville qui prennent en charge cette patientèle déplorent le manque d'informations cliniques (notamment en termes de médication des résidents) de la part des établissements, ce qui peut compliquer voire annuler un soin (notamment les extractions dentaires qui nécessitent de connaître les traitements pris par les résidents). C'est souvent le cas lorsque les résidents arrivent seuls au cabinet dentaire ; ils ne savent pas toujours expliquer l'objet de leur visite. Les dentistes appréhendent alors la réalisation de soins sur cette patientèle aux pathologies complexes et pas toujours portées à leur connaissance. Pour y palier, deux praticiens prenant en charge ce public régulièrement préfèrent se déplacer en EHPAD pour obtenir des informations sur le dossier médical du patient directement auprès de l'IDE de l'EMS, ce qui leur permet de préparer le plateau technique et de bloquer le créneau adéquat, ce qu'ils perçoivent comme un gain de temps.

Les praticiens sont parfois démunis face à des patients qui refusent d'ouvrir la bouche ou de s'asseoir

Du point de vue des chirurgiens-dentistes, la compliance des patients est la condition *sine qua non* pour que les chirurgiens-dentistes puissent réaliser des soins dentaires. Or cette patientèle présente souvent des troubles cognitifs ou psychologiques, certains patients refusant d'ouvrir la bouche ou de s'asseoir dans le fauteuil. Selon un dentiste spécialisé dans le grand âge, le refus des patients d'ouvrir la bouche concerne un tiers des personnes du grand âge qu'il suit. Face à ces bouches fermées, les praticiens sont souvent désarçonnés car ils n'ont pas été formés dans leur cursus à prendre en charge une patientèle avec un handicap mental. Les patients n'étant pas toujours accompagnés par un aidant familial ou professionnel, le praticien est amené à aider la personne à se positionner dans le fauteuil, à la porter, et doit faire preuve de patience pour l'aider à ouvrir la bouche et mettre la personne à l'aise. Ce temps nécessaire vient s'ajouter au temps normalement dédié. Il en résulte un double-effet : du côté des praticiens, certains continuent d'inclure ce public dans leur patientèle sans cacher leur appréhension, et pour d'autres (3 identifiés) ils ciblent leur patientèle en s'assurant en amont de la consultation que le patient soit accompagné, en capacité d'ouvrir la bouche et sans trouble cognitif. Du côté des patients et de leurs familles, ils appréhendent à leur tour la réaction du dentiste face à un patient qualifié de non compliant. L'aspect relationnel entre le résident et le praticien est une réelle source d'angoisse pour les aidants car de cela va dépendre en partie si le résident va ouvrir ou non la bouche et *in fine* si le soin sera accepté. Cette appréhension relationnelle peut entraîner un refus d'organiser une consultation des aidants de résidents jeunes ou âgés. Ce point a été souligné par deux membres de CVS et une représentante d'association.

Des résidents qui s'expriment peu sur les problèmes bucco-dentaires

Au-delà du rôle des établissements et des personnels dans l'organisation et le suivi des soins bucco-dentaires chez leurs résidents, d'après la cadre de santé d'un EHPAD psychiatrique, les résidents expriment très peu de demandes de soins bucco-dentaires et n'expriment pas la douleur ressentie, ou très ponctuellement (c'est d'autant plus vrai en USLD), ce qui explique le peu de soins effectués. Elle préconise le fait de sensibiliser les médecins des structures pour favoriser le soin. Par ailleurs, les résidents en EHPAD appartiennent à des générations qui sont peu sensibilisées à l'hygiène bucco-dentaire et qui ont un faible recours aux soins. Ils ne sont pas éduqués en matière de prothèse et

ne réclament pas de réparations/ajustement de leurs dentiers. Un chirurgien-dentiste en cabinet de ville souligne qu'il est difficile d'inclure les résidents en EHPAD dans leur flux de patientèle s'ils ne sont pas encadrés / accompagnés par un référent familial, qui pourra expliquer le motif de la consultation. L'un des chirurgiens-dentistes de ville interrogés, précise que si le patient ne peut pas s'exprimer et qu'il est non accompagné, il l'oriente vers la permanence hospitalière de l'hôpital de Bourges. Un autre chirurgien-dentiste fonctionne en faisant plus de radiographies afin d'anticiper les difficultés et de programmer les soins à effectuer.

L'isolement des résidents entraîne une discontinuité des soins bucco-dentaires

Dans certains EHPAD visités, les résidents n'ont pas de famille et sont sous la responsabilité de tuteurs. Cela ne favorise pas le suivi des résidents et l'intérêt pour la réalisation de soins à effectuer, et le résident n'est souvent pas à même de décider. Il faut dès lors une nécessaire coordination entre l'EHPAD et l'aidant à la suite de la consultation, recueillir l'accord de la tutelle ou de la famille pour réaliser les prochains soins.

Une facturation souvent différée et qui nécessite des démarches administratives pour consultation longue

La facturation est perçue comme complexe par la profession des chirurgiens-dentistes. Le cabinet identifie le payeur (cela peut s'avérer difficile lorsque le patient est non accompagné et sans carte vitale) et remplit un formulaire pour demander une majoration de l'acte dans des circonstances précises. Dans le cas où la majoration est acceptée, le tiers-payant est automatiquement mis en place. Malgré son existence, la plupart des praticiens interrogés semblaient peu maîtriser ce formulaire (seuls 2 l'ont évoqué). Par ailleurs, cette démarche administrative est perçue comme un temps supplémentaire qui vient se cumuler aux étapes précédemment décrites (préparation nécessaire du rendez-vous sur le dossier médical, durée du rendez-vous, approche et savoir-être adaptés) en comparaison avec une patientèle lambda, et qui se heurte à la nécessaire logique de rentabilité d'un cabinet de ville. Implication : 2 dentistes ne facturent pas leurs patients résidents en EHPAD et d'autres refusent comme vu au-dessus de les soigner.

Perception des coûts des soins par les familles et les résidents

Au-delà de l'implication de la famille, le coût est un élément à prendre en compte en termes de freins au recours aux soins. Les résidents d'un EHPAD psychiatrique visité, sont le plus souvent sous tutelle ou curatelle, et les choix ne sont pas faits par des familles qui seraient investies auprès de leur proche handicapé et âgé, spécifiquement quand le sujet est très âgé et que les soins sont coûteux, ce qui est souvent le cas (implants, prothèses, dentiers...). Certains résidents ont des mutuelles, ce qui facilite le recours aux soins, mais pour ceux qui ne seraient pas reconnus en ALD, ou qui n'auraient pas de mutuelle, les coûts de soins, peu ou mal remboursés, et de transports, qui ne sont pas pris en charge en cas de non-reconnaissance en ALD, sont un véritable frein au recours aux soins dentaires selon un médecin généraliste exerçant en EHPAD. Un médecin coordonnateur en EHPAD, souligne que les deux tiers des résidents de sa structure ont des difficultés financières, et qu'il y a parfois un refus des familles de réaliser des soins pour des raisons d'héritage. Il a néanmoins eu un long cheminement avant d'arriver en 2018 à un équilibre financier dans une convention entre l'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux qui tend à revaloriser les soins dentaires classiques. Selon la CPAM, les tarifs seraient attractifs et permettraient l'accès à des prothèses de qualité mais la perception d'un faible remboursement des soins dentaires est encore fortement inscrite dans l'esprit des familles et résidents interrogés. Ce point devra être affiné et validé en interrogeant les payeurs réels, à savoir les aidants dans la plupart des situations.

Tous ces facteurs mènent les résidents via les établissements à recourir aux urgences hospitalières, et procéder le plus souvent sous anesthésie générale à l'extraction des dents abîmées.

Leviers identifiés par les personnels des EMS et/ou chirurgiens-dentistes libéraux

- Formation des chirurgiens-dentistes de ville au handicap, à la non-verbalisation et aux troubles psychiatriques, et à la communication avec les résidents lors du soin pour rassurer la personne
- Meilleure préparation de la visite chez le chirurgien-dentiste (prise de calmants en amont, ...)
- Sensibiliser les médecins des structures pour favoriser le soin (prescripteurs des soins et des transports)

- Sensibiliser les familles et tuteurs à l'importance des soins, même s'ils sont coûteux, et les rendre acteurs de ce soin
- Vérifier avec les familles ou les tuteurs les conditions des mutuelles des résidents, et informer sur les modalités de remboursement des soins
- Nouer des partenariats entre les EHPAD et des cabinets dentaires à proximité
- Transmettre systématiquement le dossier médical patient avec le compte-rendu réalisé par le chirurgien-dentiste référent du dépistage au chirurgien-dentiste qui réalisera le soin. Cela permettra ainsi d'éviter des déplacements inutiles (soit du patient, soit du praticien en amont dans l'EMS pour certains) et de confirmer la pertinence du soin dentaire qu'ils réaliseront.

2. Disponibilité et compréhension du compte rendu de dépistage par les résidents dépistés

> Disponibilité du compte-rendu post-dépistage pour les résidents et les familles

Peu d'information sur la transmission effective des comptes-rendus établis par les chirurgiens-dentistes-référents aux résidents et aux familles a pu être recueillie lors des entretiens et des visites sur site. Comme vu dans la Q2, Il semble que seul 2 EMS sur les 5 visités, transmettent les comptes-rendus aux résidents et aux familles. Les CVS interrogés confirment que les comptes-rendus ne sont pas transmis aux résidents, mais seraient disponibles dans le dossier médical patient, excepté dans un ISEP au sein duquel le compte-rendu a été transmis à toutes les familles. Quant aux résidents interrogés, ils sont très en demande de recevoir un compte-rendu mais en sont rarement destinataires (4 résidents sur les 5 interrogés ont spontanément demandé s'ils allaient avoir « *un document à garder dans mes papiers* » leur présentant les résultats) alors même que l'IDED, dans son protocole infirmier de dépistage, mentionne au résident que le compte-rendu va lui être transmis par un personnel de l'établissement (cf. > Protocole infirmier de dépistage en Q1). Un éducateur spécialisé souligne qu'il n'a aucune visibilité sur le fait que les résidents et familles soient destinataires du compte-rendu.

Un directeur de MAS est en attente d'une synthèse des dépistages pour sa structure, afin notamment de restituer collectivement les résultats du dépistage aux résidents, aux familles et aux personnels sur ce qui est envisagé / envisageable en termes de suivi post-dépistage. A noter que ce n'est pas l'objectif du dispositif de dépistage expérimenté.

> Compréhension des comptes-rendus par les résidents ou leur famille

Cette donnée n'a pas pu être recueillie, les résidents interrogés n'ayant pas accès à leur compte-rendu, et les aidants n'ayant pas pu être interrogés. Cette problématique sera examinée en phase finale. En revanche, les représentants des CVS de même que les associations de patients interrogés relèvent des difficultés à déchiffrer le compte-rendu pour certaines familles, notamment du fait de la présence de cases cochées.

Levier :

- Prévoir un temps d'explication orale du compte-rendu aux résidents et familles par les personnels de l'établissement. Pour l'un des représentants de CVS interrogés, le CVS serait un espace post-dispositif adapté pour réfléchir à la manière d'expliquer le contenu des comptes-rendus aux résidents et familles et suivre ce que les familles vont mettre en œuvre une fois le compte-rendu reçu.

> Utilité des compte-rendu pour les résidents et leur famille

Au-delà de la compréhension du compte-rendu par les résidents, d'après un représentant de CVS interrogé, les informations contenues permettent de répondre aux questions que se posent les proches aidants sur le fait par exemple que leur proche en établissement effectue bien le geste de brossage ou que leur implantation dentaire ne pose pas de difficulté. Ils estiment à ce titre que les comptes-rendus sont complets et très utiles.

Q3

Les recommandations suite aux dépistages sont-elles appliquées correctement pour tous les profils de résidents ? (cf. accès aux soins)

Q3.4. Les conditions d'accès aux soins bucco-dentaires post-dépistage permettent-elles un suivi des soins pour tous les résidents après le dépistage du point de vue des usagers ?

Cette partie est traitée à travers la capacité des EMS à organiser le suivi des soins préconisés, les capacités physiques et matérielles pour les résidents d'y accéder, l'accessibilité des lieux de soins et enfin l'implication des chirurgiens-dentistes. Nous soulignons que ces points n'ont pu être abordés à la lumière des résidents qui ont réalisé un suivi suite au dépistage et de leurs proches et qu'elle sera complétée en phase finale en les interrogeant.

1. Capacité des EMS à organiser le suivi des soins préconisés

> Organisation du suivi des soins préconisés au sein de l'EMS

Un médecin coordonnateur dans une USLD en EHPAD priorise les besoins de soins en fonction de l'état de santé bucco-dentaire des résidents et de la lecture des comptes-rendus, et enfin en fonction de l'état du patient (mobilité) et sa capacité à accepter des soins et un déplacement. Il (ou l'IDE) contacte le chirurgien-dentiste ; le compte-rendu est transmis au chirurgien-dentiste libéral.

> Existence et description de procédures dédiées dans les EMS

En dehors de la question des remontées de données quant au suivi des soins, qui est traitée plus loin dans le rapport (cf. Q 4.2), aucune donnée n'a été collectées sur ce point.

> Ressources humaines disponibles et temps imparti

Un cadre dans un EHPAD psychiatrique s'est enthousiasmé du dispositif lors de la présentation par le porteur de projet, même s'il souligne dans le même temps que cela lui a posé de nombreuses questions, en particulier sur les ressources à mobiliser sur le dispositif. Le turn-over des équipes peut être un frein pour mettre en œuvre ce type de dispositif qui nécessite un suivi des actions de soins. Ce constat est partagé par l'ensemble des personnels et des membres de l'équipe projet et du COPIL interrogés.

> Suivi effectué par les cadres de santé des soins à effectuer / effectués

En théorie ce sont les cadres qui organisent les soins à effectuer suite aux préconisations du chirurgien-dentiste-référent et qui font le lien avec l'IDE de coordination pour informer les résidents et les familles et avec le médecin pour recueillir le consentement du résident, de la famille ou du tuteur.

En pratique, cette donnée n'a pu être recueillie à mi-parcours, les EMS visités ayant été dépistés soit depuis trop longtemps pour interroger des personnels présents au moment des dépistages et encore en poste aujourd'hui pour pouvoir répondre aux questions évaluatives, soit en cours de dépistage ou tout juste achevés, ne permettant pas encore aux équipes d'avoir organisé les RDV.

> Rôle du médecin coordinateur

Le rôle du médecin coordonnateur ou du médecin présent dans la structure (gériatre, généraliste, pédiatre, psychiatre) est central dans le suivi des soins à programmer après le dépistage. C'est en effet le médecin de la structure qui prescrit les transports, demande la reconnaissance en ALD du résident si son état le justifie, transmet le compte-rendu de dépistage et les préconisations de soins aux résidents, familles et tuteurs et s'assure que le suivi de soins est organisé en lien avec les cadres de santé et les IDE de coordination qui ont également un rôle clé dans la prise des RDV en cabinet de ville et dans l'organisation du déplacement du résident. C'est aussi le médecin de la structure qui priorise les besoins en soins les plus urgents.

Ils assurent ainsi la continuité des soins à effectuer à la suite du dépistage. Si le médecin n'assure pas cette continuité, ce qui a été observé dans un EHPAD visité, il n'y aura pas de recours aux soins suite au dépistage pour les résidents qui en ont besoin ou s'il y a un recours, il prendra plus de temps.

Leviers :

- Impliquer les médecins des structures dès le début du projet de dépistage au même niveau que la direction afin qu'ils puissent ensuite s'investir plus directement sur le suivi de soins, et surtout rendre les résidents plus acteurs de leur santé bucco-dentaire.

2. Capacités physiques et matérielles d'accéder aux soins pour les résidents

> Prescription de transports (restants à charge)

Il a été de nombreuses fois souligné dans les entretiens que les prescriptions de transport conditionnent le recours aux soins et que sans prescription médicale, le transport ne peut pas être pris en charge par l'assurance maladie, ce qui a des conséquences économiques pour certains résidents et familles. Un représentant de CVS indique que l'absence de prescription de transport pour certains résidents implique qu'ils arrivent au cabinet dentaire en taxi (à leur charge) et non accompagnés pour expliquer au chirurgien-dentiste la douleur et les troubles ressentis, ce que confirme la plupart des chirurgiens-dentistes. Ils renvoient alors le résident vers le médecin traitant pour qu'il prescrive le transport. Un autre représentant de CVS d'un établissement pour enfants et jeunes résidents précise que systématiquement l'hôpital prescrit des transports pour les soins dentaires à l'hôpital, y compris lorsque les parents utilisent leur véhicule personnel. D'autres représentants de CVS résidents évoquent des transports en véhicule de l'établissement, ambulance, VSL ou en taxi.

Points de vigilance :

Un cadre en EHPAD indique que peu de transports sont prescrits pour des soins bucco-dentaires car rarement en rapport avec l'ALD du résident et que cela limite la recherche d'un chirurgien-dentiste sur un périmètre géographique de proximité et rend la prise de RDV plus compliquée.

Un représentant de CVS indique que les transports ne peuvent être prescrits que dans le cadre d'une ALD et que dans les autres cas, les frais de transport sont totalement à la charge de la famille, ce qui est le plus souvent le cas, mais pas systématiquement selon la fiche mise en ligne par l'assurance maladie :

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/frais-transport>.

Par exemple un soin dentaire à l'hôpital sous anesthésie, un déplacement nécessitant que le résident soit allongé ou semi-assis en raison de son état de santé, une incapacité de la personne à pouvoir exprimer ses troubles par elle-même, un traitement pouvant occasionner des effets secondaires pendant le transport, ou encore un soin à plus de 150km de l'établissement sera éligible à une prescription de transport en ambulance ou transport assis professionnalisé même si le résident n'est pas en ALD. Les accompagnants, sous certaines conditions, peuvent se voir prendre en charge leurs frais de transport. Ces conditions sont précisées dans un arrêté ministériel¹².

Leviers :

- Une information des familles, des CVS, des chirurgiens-dentistes libéraux et des médecins/IDEC/cadres des EMS, serait utile sur les conditions de prescription de transport (en ambulance ou transport assis professionnalisé) qui peuvent être prescrits en dehors d'une ALD si l'état physique ou psychique du résident le justifie

¹² https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5041/document/referentiel-prescription-transports_journal-officiel.pdf

> Moyens de transports utilisables par les résidents

Les données recueillies au cours des entretiens de personnels en EMS et CVS et les chirurgiens-dentistes indiquent qu'en MAS ce sont les véhicules de la structure et en EHPAD les véhicules personnels des familles qui sont le plus fréquemment utilisés. Il arrive souvent que les résidents en EHPAD utilisent le taxi ou un VSL lorsqu'ils n'ont pas de famille, et qu'ils ne soient pas accompagnés par un personnel de la structure.

> Cartographie des distances entre EMS et cabinets répondants au dispositif

Cette donnée sera analysée en phase finale de l'évaluation, notamment au regard des questions de reproductibilité.

> Moyens mis à disposition des résidents et des familles pour accéder aux soins

Cette problématique concerne surtout les jeunes résidents, dans la mesure où les structures pour adultes (MAS, FAM et EHPAD) s'occupent généralement d'organiser les RDV chez le chirurgien-dentiste de ville. L'IME visité n'interfère pas dans la mise en place de soins, les familles ayant pleinement la charge de cette mission. S'ils constatent une situation préoccupante, ils alertent la famille, et peuvent apporter conseils et contacts de chirurgiens-dentistes si l'accompagnant le souhaite. Cela reste ponctuel. Les personnels sont assez réticents à empiéter sur le terrain des familles, ces dernières pouvant se sentir « jugées » ou « stigmatisées ».

> La place des familles et des tuteurs

Elle est centrale en matière de recours aux soins, même si de nombreux résidents dans les structures visitées n'ont pas ou plus de famille, ou très peu de visites par leurs proches, parfois eux-mêmes âgés ou éloignés de l'établissement. Ce sont généralement les familles qui décident si un soin doit être pratiqué et qui sont amenées dans certains cas à accompagner le résident à son RDV. Elles peuvent être motrices dans cette mission comme constituer un frein (voir Q3.2, 1 freins liés au coût et au déplacement). Selon les CVS, la place des familles est essentielle en EHPAD pour réaliser les soins et en favoriser l'accès, de même qu'en ISEP ou en IME, ce qui est moins le cas en MAS où l'établissement est davantage mobilisé. Quel que soit l'établissement, les CVS indiquent que c'est généralement l'établissement qui donne l'alerte si un soin doit être réalisé.

Peu d'informations ont pu être collectées sur les tuteurs mandataires ou tuteurs familiaux. Une représentante dans un CVS résidente en FAM explique que le tuteur décide si un soin peut être réalisé ou non du point de vue financier, ce qui peut prendre du temps et retarder un soin, voire le refuser, mais rajoute qu'en général il fait en sorte que le soin soit réalisé. Cette question sera abordée de manière plus approfondie en phase finale de l'évaluation lors des entretiens avec des aidants.

3. Accessibilité des lieux de soins et adaptabilité du praticien au handicap de la personne

> Cabinets de ville

Trouver un chirurgien-dentiste pour les résidents reste très difficile dans le Cher et c'est une des principales limites de l'impact du dispositif sur le recours aux soins. Les structures et les membres de l'équipe projet et du COPIL remontent qu'il y a très peu de chirurgiens-dentistes sur le territoire et qu'il y a au moins 3 à 8 mois d'attente pour avoir un RDV dans le département (délais les plus longs pour les nouveaux patients), en dehors des urgences (cf. Q3.1 > Nombre de recours aux soins bucco-dentaires avant la mise en place du dépistage). Un chirurgien-dentiste en cabinet de ville précise qu'il accueille des patients venant d'autres départements, parfois éloignés, les patients ne trouvant pas de chirurgiens-dentistes dans leur département. Au-delà de la densité de chirurgien-dentiste sur le territoire, d'après les répondants aux entretiens (personnels des établissements, CVS et partenaires institutionnels), il y a encore moins de cabinets en capacité d'accueillir des résidents avec une mobilité limitée ou des troubles cognitifs / psychiatriques.

L'accessibilité/adaptabilité des cabinets de ville est le principal frein au recours aux soins post-dépistage, comme décrit dans la question 3.2 (freins et leviers au recours au soin suite au dépistage). Si un chirurgien-dentiste interrogé

nous confirme qu'il accueille des personnes handicapées, notamment en fauteuil roulant (8 à 10% de sa patientèle), pour les autres c'est généralement beaucoup moins. La majorité d'entre eux exprime ne pas être équipés, surtout pour les situations de troubles cognitifs, du comportement ou psychiatriques.

Points de vigilance/amélioration :

- Faible mobilisation des chirurgiens-dentistes libéraux et du Conseil de l'Ordre sur le projet
- Des refus de soins ont été identifiés par les EMS
- Former/informer les chirurgiens-dentistes de ville au handicap ou faire venir des chirurgiens-dentistes dans les structures

> Permanence hospitalière

Une seule consultation auprès d'un chirurgien-dentiste hospitalier dans le Cher est proposée, et permet, au moins pour les situations les plus urgentes, de pallier le manque de cabinets de ville accessibles pour les résidents. Les publics concernés sont les enfants polycariés avec des soins à effectuer sous anesthésie, des patients anxio-phobiques, des patients prenant des médicaments trop complexes pour des chirurgiens-dentistes de ville, des patients avec des états de santé très détériorés. Selon une responsable d'associations d'usagers, cette permanence est le lieu de soins le plus adapté pour les personnes polyhandicapées et autistes grâce à un médecin formé aux difficultés et besoins de ces publics et pouvant proposer l'utilisation du MEOPA.

Points de vigilance/amélioration :

- Dans le service dentaire actuel il n'y a pas de siège ergonomique ; les soins sont réalisés au bloc opératoire
- La permanence dans son format ne peut actuellement accueillir que très peu de résidents dépistés

Levier :

- Faire de cette consultation un service dédié avec du matériel adapté qui permettrait de prendre en charge les résidents dépistés dans le cadre de l'expérimentation, a minima les résidents lourdement handicapés.

4. Implication des chirurgiens-dentistes libéraux dans le dispositif

> Possibilité de mettre en pratique les recommandations de soins à partir du diagnostic établi par le chirurgien-dentiste référent

Cette donnée n'a pu être récoltée, dans la mesure où, parmi les 9 cabinets dentaires de ville interrogés, seul deux chirurgiens-dentistes avaient pris en charge un résident dans le cadre du dispositif. L'un d'eux avait reçu le compte-rendu établi par le chirurgien-dentiste-référent du dispositif. Il avait été contacté par l'IDEC de l'établissement. Ce chirurgien-dentiste indique qu'il a été surpris de cette pratique, étant confronté à un tel document pour la première fois. Néanmoins, il précise que devant la difficulté de réaliser les soins dans les EHPAD, il a trouvé la démarche utile.

> Prise de contact des chirurgiens-dentistes avec les chirurgiens-dentistes référents / avec l'EMS

Le chirurgien-dentiste de ville ayant pris en charge un résident dans le cadre du dispositif et ayant reçu le compte-rendu, indique qu'il n'a pas eu besoin de contacter le chirurgien-dentiste qui a réalisé le compte-rendu. Il précise que les clichés dataient de plus d'un an mais qu'il n'a pas eu à adapter les recommandations du chirurgien-dentiste référent. Les seuls contacts qu'il a eu étaient avec l'IDEC de l'établissement pour régler les démarches administratives et organiser une prise en charge hospitalière sous anesthésie. Le compte-rendu de consultation sera adressé ensuite à la tutelle de ce résident avec la note d'honoraire. Dans le cas de ce résident précis, il n'y aura pas d'envoi du compte-rendu à l'établissement, mais c'est le cas dans tous les cabinets dentaires interrogés. Plus généralement, les chirurgiens-dentistes de ville interrogés n'enregistrent pas de demande de compte-rendu de la part des EMS.

> Temps d'attente moyen pour avoir un rendez-vous de consultation chez un chirurgien-dentiste libéral (via le dispositif)

Entre 3 et 8 mois d'attente pour des soins classiques (délais les plus longs sont pour les nouveaux patients). Certains cabinets de ville réservent des créneaux pour les chirurgies les plus urgentes mais le délai d'attente est de 1 à 2 mois ; deux cabinets sur les 9 interrogés proposent des créneaux dans les 7 à 15 jours pour les soins urgents mais ne prennent pas en revanche de nouveaux patients. Un cabinet de ville confie qu'il reçoit plus d'une centaine d'appels par jour et qu'il ne peut plus répondre au téléphone. Un cabinet interrogé fonctionne avec des listes d'attente pour gérer des créneaux disponibles toutes les trois semaines, un autre réserve un créneau d'urgence de 45 minutes tous les jours (ce qui représente entre 1 et 2 patients) ; le créneau est rempli dès 9H15. Un autre cabinet rajoute les patients urgents le matin ou le soir quand c'est possible, car les journées sont déjà très chargées.

Q4 L'usage de la télémédecine a-t-il permis une évolution dans les pratiques professionnelles ?

Q4.1. Comment les intervenants s'approprient-ils les outils de télémédecine ?

L'appropriation de la télémédecine, la montée en compétence des IDE de dépistage notamment, et la coopération entre les différents acteurs s'expliquent principalement par deux aspects du projet : en premier lieu, la télémédecine est déployée pour une expérimentation qui met en valeur la démarche préventive. Or, les actes de prévention réalisés par les IDE ne sont pas ou encore trop peu nombreux à être inscrits dans la nomenclature des actes infirmiers. Cette logique préventive a été alors décrite comme l'une des principales raisons de leur adhésion au dispositif, qualifié de novateur et d'avant-coureur par la profession. En second lieu, l'appropriation de la télémédecine par les membres de l'équipe projet mais aussi plus généralement l'adhésion à la télémédecine par les partenaires, s'expliquent par la cause qu'elle dessert : répondre à l'inégalité d'accès aux soins pour des publics fragiles tels que sont les résidents en EMS par une démarche d'aller-vers est en effet un thème fédérateur et qui permet d'obtenir des consensus entre la diversité des acteurs impliqués dans le projet. Il en résulte un sentiment de fierté et une motivation forte, exprimés par tous les membres de l'équipe projet qui insufflent une forte dynamique de projet.

1. Adhésion au dispositif des différents acteurs du projet

Lors des échanges individuels avec l'équipe projet, la dynamique de projet était palpable. L'adhésion à la cause du projet en est la raison principale. Les membres de l'équipe ont unanimement souligné la fierté (pour les chirurgiens-dentistes référents) et la motivation (IDE de dépistage) qu'ils ressentent à travailler dans une logique d'aller-vers un public éloigné du système de santé, de surcroît qui n'a pas ou peu accès aux soins dentaires. La problématique est réelle et elle nécessite que les acteurs déploient des compétences spécifiques et fassent preuve d'agilité. Ainsi, la mise en routine du projet et le nombre important de résidents dépistés au quotidien génère un fort sentiment de gratification. Cette adhésion au projet est motrice pour aider les IDED et les chirurgiens-dentistes référents à s'approprier les outils de télémédecine.

La cause du projet, soit d'agir pour un public éloigné du système de santé est partagé par les partenaires : la dentiste hospitalière, les hospitaliers en lien avec le projet (cadre de santé et ingénieur) mais aussi les partenaires (ARS et CPAM) et l'ingénieur hospitalier pour qui cette cause lui donne un sentiment d'utilité. L'adhésion au projet par les autres acteurs s'explique notamment par le fait que le dépistage apporte de la visibilité sur les besoins de ce public éloigné du système de santé et qu'il tente d'apporter une réponse adaptée.

2. Appropriation des outils de télémédecine par les IDE et les chirurgiens-dentistes référents

> Facilité d'utilisation du matériel de télémédecine

Selon les chirurgiens-dentistes-référents, l'important est davantage la formation des professionnels qui vont utiliser ces outils que le matériel en lui-même. La caméra est en effet difficile d'utilisation et nécessite des personnels experts pour la manier (c'est pour cette raison qu'il n'y a dans le dispositif que 2 IDED). Certains y voient même une opportunité pour des chirurgiens-dentistes n'étant plus en capacité de réaliser des soins en cabinet de continuer à exercer leur métier.

Selon l'ingénieur biomédical, l'usage de la caméra n'est pas problématique en tant que tel. C'est plutôt les phases de la prise des photos et de la vidéo de la dentition qui sont plus techniques. L'équipe projet a beaucoup travaillé sur le nettoyage de la caméra et la stérilisation des embouts, un élément important à prendre en compte au moment de l'achat du matériel.

> Formation des IDE / chirurgiens-dentistes référents

Les deux IDED et les deux chirurgiens-dentistes ont été formés au logiciel COVOTEM sur deux heures, par l'IDE de coordination en charge des problématiques de télé-médecine au CH de Bourges. Une des deux IDE avait déjà été formée avant la mise en œuvre du projet ; elle est à l'aise avec l'informatique et avec les outils de télé-médecine. L'autre IDED n'avait pas de notion d'informatique, mais n'a pas rencontré de difficulté dans l'utilisation du logiciel ni de la caméra. L'une des IDED précise qu'elle aurait peut-être eu besoin d'une formation supplémentaire sur le logiciel. Un des chirurgiens-dentistes référents a souligné la nécessaire adaptation au logiciel et à la façon de travailler pour établir les comptes-rendus de dépistage. Il ajoute que le premier dépistage ne se fait pas en 15 minutes et que donc, pour des praticiens qui le feraient de façon occasionnelle, le coût d'entrée pourrait être trop long et qu'il faut faire ces comptes-rendus régulièrement pour être efficace.

Les deux IDED ont également été formées à l'utilisation de la caméra ; la première IDE a été formée avec le fabricant et un des deux chirurgiens-dentistes-référents (1h de formation), et la deuxième IDE a été formée sur deux jours, en suivant la première IDE, avec un focus d'une heure sur la posture lors de la prise de clichés. Les IDED ont pris leurs premiers clichés avec un des chirurgiens-dentistes-référents. La manipulation de la caméra est difficile selon les chirurgiens-dentistes-référents, d'où la nécessité d'un usage régulier de la caméra par les IDED. Cinq séances de formation par le chirurgien-dentiste-référent ont été nécessaires, notamment pour améliorer la qualité des prises de clichés (éclairage et position). Ils n'ont pas noté de difficulté particulière d'utilisation de la caméra de la part des IDED.

> Qualité des images

La qualité des clichés dépend principalement de la possibilité de l'IDE d'adapter sa posture aux handicaps des résidents (se reporter à la partie suivante sur ce point). Elle dépend aussi de la luminosité de la pièce où les dépistages ont lieu. Une pièce lumineuse permet d'obtenir une meilleure netteté des photos. Une trop forte luminosité peut au contraire nuire à la qualité des images, y compris à la lecture sur l'ordinateur. Les IDED indiquent pouvoir jouer sur les volets et sur les rideaux quand il y en a.

> Adaptation des images (demande spécifique des chirurgiens-dentistes)

Selon les chirurgiens-dentistes référents, on obtient une très bonne analyse de la cavité buccale par les vidéos réalisées par caméra endo-buccale. La seule limite des images est le fait qu'elles ne puissent pas rendre compte de la mobilité possible de certaines dents. Ainsi, quand les IDED suspectent une mobilité dentaire, elles mobilisent la dent ou la lèvre pour pouvoir le rendre visible sur la vidéo. Il est très rare que les chirurgiens-dentistes aient besoin de recontacter l'IDE de coordination afin que l'IDED reprenne un cliché pour affiner les prises de vue.

> Analyse des difficultés de diagnostic par le chirurgien-dentiste

Les chirurgiens-dentistes-référents n'ont pas rencontré de difficulté de diagnostic en routine à la suite des clichés réalisés. Ils peuvent discuter avec les IDED de certains points techniques d'amélioration lors des réunions du COPIL. Le protocole d'intervention est complet et c'est toujours le même. Le protocole de diagnostic, dont le remplissage de fiches de diagnostic, a été établi en coopération avec les deux chirurgiens-dentistes.

> Dépannages techniques

Les réunions du COPIL de l'expérimentation sont l'occasion de débriefer des problèmes techniques et de trouver des solutions pour les résoudre. Les dépannages techniques en lien avec le SI se font sur le site du CH de Bourges ou à distance lorsque cela peut être résolu par téléphone. Les IDED s'appellent parfois entre elles pour se conseiller. Concernant le logiciel, c'est le service informatique du CH de Bourges qui assure les dépannages, mais l'IDE basée à Vierzon doit se déplacer sur le site de Bourges. Concernant les caméras, c'est le revendeur qui assure les dépannages, parfois par téléphone mais souvent sur le site de Bourges. En cas de panne, une troisième caméra est disponible sur le site du CH de Bourges.

3. Appropriation du geste par l'IDE

> Analyse des difficultés techniques et humaines en lien avec les réticences du résident et éventuels moyens mis en place pour y remédier

Les IDED rencontrent parfois des difficultés en lien avec l'usage de la caméra **lorsque les résidents ont des troubles cognitifs ou du comportement** (impossibilité d'ouvrir la bouche, réflexe de téter ou mordre la caméra, réflexe nauséux, absence de port de la tête par exemple). Souvent, le dépistage peut être réalisé, grâce aux explications données par les IDED qui rassurent les résidents avec l'aide des personnels soignants et accompagnants qui connaissent bien les résidents et leurs difficultés. Un positionnement du résident face à l'écran permet parfois de détourner son attention ou de le captiver, pour réaliser un dépistage malgré leur appréhension. C'est particulièrement le cas chez les jeunes résidents qui ont beaucoup apprécié le fait de voir en direct et à l'écran l'état de leurs dents et de leur bouche. Pour une résidente, l'IDED a communiqué par signes.

Le geste ne dure que 4 ou 5 minutes, 4 photos et une vidéo, pour ne pas faire attendre plus la personne pour qui le geste semble désagréable (haut le cœur, inconfort du positionnement). Il est souvent bien vécu par les résidents (cf. partie « le vécu des résidents et des familles » en Q2.2). Lorsque le dépistage n'est pas possible pour les résidents au motif d'une impossibilité technique en lien avec le matériel, le handicap ou le vécu du résident, les dépistages non réalisés sont classés dans les refus de dépistage et la coopération du résident ainsi que des commentaires libres sont renseignés dans la fiche de recueil infirmier pour préciser les conditions de l'examen. Nous n'avons pas eu accès à ces données pour les analyser.

> Adaptation des postures physiques aux handicaps des résidents

Nous avons pu observer le dépistage d'une résidente non-voyante, d'autres en fauteuil roulant sans possibilité de transfert sur une chaise. **Les dépistages ont pu être réalisés en adaptant les gestes et la posture au handicap des résidents.** Lorsque les résidents ne peuvent pas quitter leur lit, le dépistage est réalisé au lit du malade. Parfois le dépistage est compliqué en fauteuil roulant car le résident n'a pas de soutien pour la tête. Selon un personnel d'un EMS, le dépistage ne serait néanmoins pas plus aisé avec un fauteuil de chirurgien-dentiste car certains résidents refusent souvent d'appuyer la tête dans le support du fauteuil. Le transfert est par ailleurs plus compliqué sur un fauteuil de chirurgien-dentiste car les résidents ont une grande appréhension d'aller s'y faire soigner. Lors d'une observation sur site, l'IDED s'est positionnée face à la résidente pour pouvoir manipuler la caméra et en torsion pour voir ce qu'elle faisait en même temps sur l'écran positionné derrière elle.

Ces situations nécessitent une adaptation pour l'IDED, selon l'installation de la personne. Les espaces dans les chambres ou les salles mises à disposition pour le dépistage (salles de bains, infirmerie) sont parfois exigus et les positionnements sont plus difficiles notamment lorsque les résidents sont alités, de même que les vidéos qui sont plus difficiles à réaliser. L'IDED est parfois amenée à piloter le dépistage en regardant l'écran plutôt que la bouche du résident. Par deux fois, une IDED a réalisé le dépistage au sol pour un résident qui était par terre et qui ne bougeait pas, en descendant l'écran sur le niveau inférieur du chariot.

Les dimensions du chariot sont en effet différentes dans chaque établissement (hauteur, largeur), et c'est plus ou moins pénible pour l'IDED de le manœuvrer et de s'approcher du résident, obligeant également les IDED à adapter leurs gestes.

Une IDED précise qu'elle a eu des douleurs posturales dans les premiers dépistages.

Leviers :

- L'adaptation des postures aux handicaps des résidents nécessite un partage d'expérience entre les IDED pour améliorer leurs pratiques.

Q4 L'usage de la télémédecine a-t-il permis une évolution dans les pratiques professionnelles ?

Q4.2. Le dispositif a-t-il favorisé la communication et la coopération ville/hôpital/EMS ?

1. Interactions entre les différents acteurs du projet

Le dispositif a permis de tisser de nouveaux liens à l'échelle départementale entre l'hôpital, les EMS et la profession libérale des chirurgiens-dentistes. Un espace de communication a été créé entre le CH de Bourges et les équipes des EMS sur la problématique de l'hygiène et des troubles bucco-dentaires pour les résidents du département, qu'ils soient âgés ou handicapés, ou les deux, et ce, grâce aussi au passage des IDED sur site, apportant un regard extérieur sur l'état bucco-dentaire de certains résidents. Sur le volet des soins dentaires, le dispositif a facilité un rapprochement entre les EMS et la permanence dentaire du CH de Bourges. La plupart des personnels interrogés dans les EMS ont fait un retour positif de cette consultation, étant parfois leur seul point d'entrée pour des soins urgents pour leurs résidents. Ils sont très en demande d'un élargissement de ce service afin que tous les résidents handicapés qui en auraient besoin puissent en bénéficier. Par son organisation interne, des interactions que l'on peut qualifier de collaboratives, ont été créées entre les chirurgiens-dentistes libéraux (ville) notamment qui réalisent les diagnostics et l'hôpital (IDE de coordination, ingénieur de l'hôpital), puisque tous doivent travailler ensemble, associer leurs compétences pour obtenir un résultat selon des objectifs communs.

L'équipe projet précise que la mise en place de ce dispositif a permis d'étoffer leur réseau et d'identifier de nouvelles personnes ressources dans les structures sur cette problématique. Le médecin DIM notamment souligne le positionnement de l'hôpital et notamment du GHT, par rapport aux établissements, sur son rôle de support en matière de prévention au-delà de son positionnement d'offre de soins en urgence. La chargée de mission du dispositif précise aussi l'externalité positive en termes d'identification des besoins en formation sur la problématique de l'hygiène bucco-dentaire et de dépistages ultérieurs. Au-delà, c'est aussi un rapprochement entre les CH de Bourges et de Vierzon auxquels sont rattachés les deux IDED.

La chirurgienne-dentiste de la permanence dentaire à l'hôpital de Bourges souligne qu'il y a toujours des externalités positives à l'expérimentation d'un tel dispositif dans la mesure où chaque profession s'inspire des pratiques ou outils utilisés par d'autres spécialités. La participation à un tel projet permet selon elle de comparer les pratiques entre les différentes spécialités et de s'enrichir de nouvelles pratiques ou de renforcer de bonnes pratiques. Cela permet aussi d'innover en utilisant des outils empruntés à d'autres spécialités.

Points de vigilance/amélioration :

- Si le dispositif a permis des interactions entre les EMS et le CH de Bourges au lancement du projet, ces interactions ne se sont pas poursuivies ensuite.
- Les chirurgiens-dentistes libéraux en cabinets de ville ne semblent pas avoir été réactifs à la proposition d'être impliqués dans le dispositif.
- Les médecins traitants de ville ont été très peu cités comme étant impliqués dans le recours aux soins dentaires et à l'hygiène bucco-dentaire ; il est vrai que même les EMS ont très peu eu de liens avec les médecins traitants des résidents.

- Les chirurgiens-dentistes-référents n'ont aucun contact avec les médecins / IDE de coordination dans les EMS, ce qui ne leur permet pas de savoir si leurs recommandations sont suivies d'actions.

Leviers :

- Une communication spécifique et large auprès de tous les chirurgiens-dentistes libéraux installés en cabinets de ville dans le Cher pourrait être un levier pour favoriser leur mobilisation et faciliter le recours aux soins post-dépistage.
- L'envoi systématique du compte-rendu du dépistage aux médecins traitants des résidents pourrait être un levier pour les mobiliser dans le projet afin d'encourager le recours aux soins (relais auprès des familles, sensibilisation des résidents sur le volet de l'hygiène bucco-dentaire...).
- L'élargissement de la permanence dentaire au CH de Bourges pourrait renforcer les liens entre les EMS et le CH de Bourges tout en permettant aux résidents handicapés sans solution dentaire d'accéder à des soins adaptés.
- Instaurer des temps d'échanges et retours d'expérience entre l'équipe projet, en particulier les chirurgiens-dentistes-référents, et les médecins et IDE de coordination des structures, afin de renforcer le recours aux soins dentaires mais aussi de partager les expériences et diffuser les bonnes pratiques, des conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire (matériel, implication des personnels, actions suite au dépistage, ...).

> Nombre de sollicitations de la permanence de l'hôpital suite au dépistage

Si le nombre de résidents dépistés puis adressés à la permanence de l'hôpital, soit par les chirurgiens-dentistes de ville, soit par les EMS aurait permis de mesurer la coopération effective entre les EMS et l'hôpital, mais aussi entre les praticiens de ville et l'hôpital, ces données ne sont pas disponibles.

2. Modalités et outils de coopération entre les différents acteurs du dispositif

En termes de coopération, c'est-à-dire la capacité du dispositif à susciter des relations et échanges non conflictuels et non concurrentiels entre l'hôpital, la ville et les EMS pour analyser de façon partagée et consensuelle les externalités du projet, nous avons interrogés les acteurs sur les modalités de coopération et les outils à leur disposition.

Nous avons relevé que le dispositif permettait de créer un consensus entre les différents acteurs sur la démarche en soit (aller-vers un public éloigné du système de soin), et notamment en partageant et discutant de manière régulière l'état des lieux de l'état de santé bucco-dentaire des résidents en EMS lors des comités de pilotage.

Néanmoins, la phase du suivi des dépistages est une attente commune aux différents acteurs du dispositif, que cela soit les partenaires, certains membres de l'équipe projet, les représentants des CVS et certains chirurgiens-dentistes de ville. Dès lors, il est nécessaire de regarder de plus près les outils de coordination existants pour assurer ce suivi. Dans ce sens, la chargée de mission regrette que le projet n'intègre pas le volet du suivi des dépistages et que celui-ci n'ait pas été organisé au lancement du projet. Les ressources du côté du porteur de projet et des EMS n'ont pas été prévues en amont pour la prise de RDV, en dehors des relances effectuées par l'équipe projet auprès des EMS pour compléter le tableau de suivi des actions post-dépistages, ce qui implique pour le porteur un manque de visibilité sur les soins mis en place (ou pas) par les EMS. De leur côté, nous avons noté que les EMS n'ont pas toujours l'information qu'ils doivent remonter des données de suivi de soins. Plus précisément, tous les directeurs des établissements ayant fait l'objet d'une visite sur site ont indiqué qu'aucun indicateur de suivi ne leur avait été demandé par le pilote du projet ni qu'aucun fichier de suivi ne leur avait été transmis pour remonter des données d'activité à la suite des dépistages, ce qui contraste avec les nombreuses relances effectuées au lancement du projet par la chargée de mission afin d'inciter les EMS à transmettre des données de suivi. L'IDE de coordination confirme qu'aujourd'hui aucun tableau de suivi ni reporting n'est demandé aux EMS.

> Présence d'annuaires des contacts spécifiques du dispositif, interlocuteur unique

L'IDE de coordination est l'interlocutrice unique du dispositif pour les EMS. Les coordonnées ont été envoyées aux EMS par mail et son rappelés sur les documents support envoyés au lancement du projet.

> Présence d'annuaires des cabinets accessibles dans les EMS

Il n'existe pas d'annuaire disponible des cabinets accessibles à disposition des personnels des EMS.

> Taux de remplissage du tableau de suivi par le personnel des EMS

Les remontées d'actions de soins à la suite du diagnostic sont parcellaires et assez peu nombreuses.

Par ailleurs, ces données ne sont pas disponibles pour l'évaluation.

Point de vigilance/amélioration :

- Les personnels concernés interrogés (direction, cadres, IDE de coordination) n'ont aucune visibilité sur la remontée des données issues des dépistages. Cela a même été un souhait exprimé de la part de certains directeurs désireux d'avoir une vision plus claire sur les besoins en soins de leurs résidents et les soins programmés.

Levier :

- Prévoir l'organisation du suivi post-dépistages pour la prise des rendez-vous en amont du lancement du dispositif
- Un outil digital simple et intégré au système d'information des EMS (dossier patient) ou via la plateforme COVOTEM serait utile pour effectuer les remontées de données nécessaires à la gestion des soins à programmer mais aussi au pilotage du projet.

3. Implication des acteurs autres que le porteur de projet

Comme présenté dans la partie précédente, l'adhésion à la cause du projet par l'ensemble des acteurs est un élément moteur qui **fédère les différents acteurs impliqués dans le projet** . Nous avons démontré que la thématique et l'approche proposée pour y répondre font consensus entre l'ensemble des acteurs (permanence hospitalière, représentants des chirurgiens-dentistes, partenaires et associations, CVS et EMS). Ainsi, si des améliorations sont à prévoir pour améliorer les outils de coordination entre les acteurs, l'implication des acteurs autres que le porteur de projet est réelle.

Point de vigilance/amélioration :

- Les outils de coordination en lien avec le suivi post-dépistage est un pan du projet à consolider pour maintenir les différents acteurs engagés dans les mois à venir. Si ces outils de suivi ne sont pas consolidés, il existe en effet un risque de désengagement de certains acteurs, ce qui pourrait être dommageable au projet.

Q4	L'usage de la télémédecine a-t-il permis une évolution dans les pratiques professionnelles ?
Q4.3.	Le dispositif a-t-il permis la formation et la montée en compétence du personnel impliqué ?

1. Identifier les besoins de formations

> Types de formations spécifiques identifiées dans les entretiens pour les équipes des EMS

Peu de formations sur l'hygiène et les troubles bucco-dentaires sont proposées dans les EMS, mais les besoins sont exprimés par la plupart des personnels interrogés dans le cadre de cette évaluation :

- Formation en matière **d'hygiène bucco-dentaire** pour les personnels des EMS (en particulier les IDE et ASE), notamment sur le choix du matériel et produits d'hygiène (brosses, bains de bouches, pastilles nettoyantes et pâtes de fixation pour les appareils dentaires, ...), sensibilisation des résidents et des familles, le nettoyage des appareils, les besoins des résidents et les troubles associés.
- Formation à l'importance de la **prévention et du dépistage** des troubles bucco-dentaires à destination des directions d'établissements et médecins de ces structures
- **Formation nutrition** à destination des personnels soignants et psycho-éducatifs (aliments, textures, ...)
- Atelier **partage d'expériences** (matériel à utiliser, soins de bouche, brossage des dents des résidents avec des troubles psychiatriques, comment ne pas faire mal aux résidents lors du brossage, routines résidents sur le brossage, aider les résidents à ouvrir la bouche et apprivoiser les gestes d'hygiène bucco-dentaire...)

Quant au format, un Directeur d'EHPAD souhaiterait des **formations « flash »** dans son établissement, avec un format plus informatif que formateur. Une IDE de coordination demande au contraire une formation pratico-pratique avec mise en application sur les résidents.

> Types de formations spécifiques identifiées dans les entretiens pour les chirurgiens-dentistes libéraux

Lors des entretiens avec les chirurgiens-dentistes libéraux, les représentants de CVS et d'associations, le besoin de formation pour la profession a été identifié afin de faciliter la prise en charge des résidents en EMS.

- Formation des chirurgiens-dentistes libéraux au **handicap et au grand-âge** (notamment troubles cognitifs, polyhandicap, autisme, troubles psychiatriques, communication avec ces publics et adaptation des gestes et matériels)
- **Formation à l'utilisation du Gaz MEOPA en cabinet de ville**. Le gaz est utilisé dans le milieu hospitalier mais son utilisation a été élargie aux cabinets dentaires privés depuis 2010. Or la majorité des praticiens libéraux ne semblaient pas avoir connaissance de leur possibilité de se former à son utilisation via une des formations reconnues conformes par le Conseil de l'Ordre.

> Types de formations spécifiques identifiées dans les entretiens pour l'équipe projet

Les IDED ont été formées initialement au logiciel COVOTEM et à l'usage de la caméra endo-buccale. En dehors de l'utilisation du logiciel, les chirurgiens-dentistes-référents ne sont pas formés spécifiquement à la réalisation de diagnostic par télémédecine, mais le diagnostic est pour eux facile à réaliser ; ils ne ressentent pas de besoin en formation.

Pour les membres de l'équipe non formés, mais aussi pour les IDE hospitalières, une formation en télémédecine, des stages en immersion dans les EMS seraient intéressants, notamment pour les former aux problématiques du handicap et du grand-âge.

L'IDE de coordination se forme en continu sur le volet de la télémédecine.

2. Evaluer la montée en compétence de l'équipe projet via le dispositif

Les IDED ont souligné le fait que cet acte infirmier (un dépistage bucco-dentaire par caméra endo-buccale) était non seulement un acte nouveau dans le champ de la prévention pour ce type de publics mais également novateur pour leur métier. Ce point constitue pour elles un attrait du dispositif pour des IDE qui voudraient s'impliquer dans ce type d'expérimentations. Au-delà, les IDED ont acquis des compétences en matière de sensibilisation des personnels des EMS en matière d'hygiène (matériel, nettoyage des appareils dentaires, ...) et de troubles bucco-dentaires. Elles sont en outre plus en mesure de donner l'alerte en cas de situation préoccupante et trouver les ressources pour aider les structures à gérer la situation. Enfin, en travaillant étroitement avec les chirurgiens-dentistes-référents, elles sont montées en compétence au fil du projet sur la prise des clichés par caméra endo-buccale et à l'identitovigilance. Les chirurgiens-dentistes référents sont montés en compétences sur l'élaboration de diagnostic à distance ; au fil du

projet, ils ont gagné en rapidité et en fluidité dans la manipulation des outils. Enfin l'IDE télémédecine, en tant que coordinatrice du projet et au contact de la chargée de mission, s'est formée à la coordination et à la gestion de projet.

3. Evaluer les fonctions déléguées aux autres personnels impliqués

> Nouvelles pratiques en lien avec le dépistage

La réalisation des dépistages aide le personnel des EMS à prioriser les résidents qui doivent aller consulter chez le chirurgien-dentiste. Ils s'approprient les préconisations établies par les chirurgiens-dentistes référents, mais aussi la permanence dentaire de l'hôpital. Le dépistage, par le passage de l'IDED et les données qu'elle collecte et qu'elle partage parfois avec le personnel sur place, permet aux aides-soignantes, IDE et intervenants psycho-éducatifs de se former à l'hygiène bucco-dentaire et aux troubles associés. Après le passage de l'IDED dans leurs unités, ils seront davantage sensibilisés à ces problématiques et pourront améliorer l'aide apportée aux résidents.

> Rôle des personnels des EMS dans le dispositif

Un cadre d'un EHPAD psychiatrique souligne la nécessité d'impliquer fortement la structure ainsi que le personnel. Si la grande autonomie de l'IDED ne consomme pas de ressources à l'EMS (ce qui est salué au regard de la période de tensions vécues dans les EMS ces dernières années, notamment en raison de l'épidémie de covid19), il formule le regret d'une IDED presque trop indépendante, ne sollicitant pas les ressources en interne et par conséquent ne favorisant pas la montée en compétence du personnel de la structure. Ce point de progrès est également mis en lumière par un médecin coordonnateur d'une USLD en EHPAD, qui préconise plus d'échanges et de contacts entre les IDED et les aides-soignantes et les IDE, qui sont l'occasion de sensibiliser les personnels et d'organiser leur formation en interne (c'est le rôle des EMS). Ce point de progrès est autant à améliorer du côté de l'IDED que des personnels, qui n'ont pas toujours eu la curiosité pour certains d'aller observer une série de dépistages.

Par ailleurs, il semble nécessaire d'impliquer le médecin de la structure, qui a un rôle central pour ce projet selon l'IDE de coordination d'un EHPAD interrogée, et ce, à différentes étapes du parcours. Il est préconisé par cette structure un temps d'intervention spécifique à prévoir pour le médecin de la structure. Son rôle est indispensable afin que les préconisations formulées par le chirurgien-dentiste entraînent un suivi (comme vu dans la Q3.3). C'est aussi le médecin de la structure qui peut prescrire un transport, des médicaments et aider à la prise d'un RDV chez le chirurgien-dentiste. Pour l'IDE de coordination de cet EHPAD, le médecin n'est pas assez impliqué dans le projet. Il peut même y avoir un désintérêt du médecin pour ce type d'actions. Dans cet EHPAD, les diagnostics réalisés n'ont pas été suivis de soins, mais il est possible aussi que ce constat soit personnel dépendant. Ce sont aussi les médecins des structures qui recueillent les consentements des résidents et familles pour effectuer les soins (et qui les tracent dans le dossier patient).

Le rôle des cadres est également central en termes d'organisation des RDV de soins et de la logistique des déplacements des résidents. Ce sont aussi les cadres qui gèrent la diffusion du compte-rendu aux résidents lorsque ce dispositif est mis en place (rare) et l'envoi des compte-rendu aux familles le cas échéant. Les IDE de coordination, IDE, Aides-soignantes, intervenants psycho-éducatifs sont le relais incontournable auprès des résidents et des familles afin que les soins préconisés soient réalisés.

Point de vigilance/amélioration :

- L'organisation des dépistages est telle que l'équipe projet ne sollicite pas, ou très peu, le personnel des EMS, en partie du fait de l'indépendance de l'IDED et du peu de moyens demandés aux EMS. Si cela permet de réaliser un nombre important de dépistages par jour, cela ne favorise pas en revanche la montée en compétence des personnels des établissements notamment en matière de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire.

- Les personnels n'étant pas impliqués suffisamment en amont du fait d'une communication parfois très succincte de la direction et du peu d'échanges avec elle en amont des dépistages (relevés dans trois établissements sur les 5 visités), cela impacte l'implication / la mobilisation des personnels dans le suivi des soins post-dépistage.

Leviers :

- Implication des médecins dans les structures (suivi des soins post-dépistage, prescriptions de transport, aide à la montée en compétences des personnels, identification des besoins en formation, ...)
- Implication des cadres et des IDE de coordination dans les structures (prise de RDV, relais des informations provenant de la direction aux personnels soignants et accompagnants, désigner les personnes ressources qui seront mobilisées auprès de l'IDED le jour des dépistages, relais pour l'organisation des formations, ...)
- Préparation de la venue de l'IDED en amont avec tous les personnels
- Temps dédié d'échanges avec l'IDED avant et/ou après les dépistages (partages et retours d'expériences)

Q5	Le dispositif permet-il de réduire les dépenses de santé ?
	Q5.2. Combien représentent les coûts induits par le dispositif pour les EMS et les résidents ou leur famille ?

Cette question relève principalement de travaux sur données du SNDS qui n'ont pu être mis en œuvre dans le cadre de cette évaluation et de données qualitatives sur les RAC des résidents / aidants, sur les ressources mobilisées par les EMS et les gains éventuels pour ces structures à la suite du dépistage.

1. Les coûts du point de vue des résidents, des familles et des chirurgiens-dentistes libéraux

> Quels restes à charge pour les résidents / aidants ?

Il peut y avoir des **restes à charges sur certains soins préconisés** pour les résidents, notamment sur les couronnes, prothèses, implants, certains produits non remboursés (pâte fixatrice pour appareils dentaires, brossettes spécifiques...), parodontie, certains déplacements (sans prescription de transport) sachant qu'il y en a moins sur les prothèses de base depuis la mise en place du « RAC zéro ». Sur les soins dentaires courants, il n'y a pas de reste à charge, puisque ces soins sont remboursés par l'assurance maladie (seule l'avance des frais est à prévoir). Selon certains professionnels des EMS, ces coûts ne devraient pas être un frein à la prise en charge des troubles bucco-dentaires des résidents. Néanmoins, certains devis peuvent rebuter les familles de proches très âgés ou les résidents modestes à effectuer des soins. A noter aussi que les résidents, les **personnels et les familles sont en général assez mal informés sur le remboursement** des frais dentaires et il peut y avoir aussi des craintes infondées. Au-delà, il y a aussi des **freins générationnels** ; les résidents âgés n'ont pas été éduqués à l'hygiène bucco-dentaire et n'ont que très peu ou pas d'éducation en matière de prothèses et ne souhaitent pas toujours payer pour de tels soins / appareillages. Selon un CVS, certains résidents n'ont pas ou plus la notion de l'argent.

> Quelles modalités de règlement des chirurgiens-dentistes libéraux ?

Lorsque les **résidents se rendent seuls au cabinet**, ce sont eux qui règlent les soins aux chirurgiens-dentistes (carte vitale, chèque) ou les ambulanciers qui peuvent aussi transmettre au chirurgien-dentiste les indications sur le service concerné pour l'envoi de la facture. Un cabinet dentaire explique que **certains résidents en EHPAD ne peuvent pas régler les soins** (ils n'ont rien apporté avec eux et sont venus seuls en taxi) et qu'ils sont obligés de classer les factures de ces résidents directement dans les impayés, le cabinet dentaire ne sachant pas à quel service s'adresser pour être payé. Ces situations sont un potentiel frein, notamment pour les jeunes praticiens à prendre dans leur patientèle des

résidents en EHPAD. Néanmoins, la mise en place du tiers payant permet de récupérer sans délai le montant du ticket modérateur. Il existe aussi des forfaits spécifiques aux personnes handicapées mais ces dispositifs de prise en charge financière par l'assurance maladie ne semblent pas être opérationnels en pratique selon plusieurs cabinets de ville interrogés. Pour les résidents sous tutelle, une représentante de CVS résidente en FAM explique que la facture est directement envoyée par le chirurgien-dentiste à son tuteur et que c'est le tuteur qui la paie. Elle évoque d'autres situations de résidents sous tutelle dont les soins traînent le temps que l'argent soit débloqué par la tutelle. Du côté des chirurgiens-dentistes en cabinet de ville, le chirurgien-dentiste envoie la note d'honoraires à l'établissement qui l'envoie à la tutelle qui règlera les soins.

Freins :

- Des frais coûteux non remboursés sont des freins supplémentaires aux recours aux soins
- Des résidents en EHPAD qui ne peuvent pas toujours régler les soins, pour des raisons financières mais aussi logistique

Leviers :

- Une MAS visitée dans le cadre de l'évaluation a mis en place une organisation qui limite les restants à charge pour les résidents (véhicule de la structure et accompagnement du résident par une aide-soignante qui a pris les RDV pour lui) et qui prévoit une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste pour tous les résidents. Cela limite aussi les soins en urgence et les soins trop lourds ensuite, générateurs potentiellement de frais importants.
- Faire systématiquement accompagner les résidents des EHPAD par une famille ou un personnel de l'EHPAD afin que les soins soient toujours réglés au chirurgien-dentiste
- Mettre en place le tiers payant dans les cabinets de ville et activer le forfait de soins pour les personnes handicapées

> Montants estimés par les familles des dépenses à la charge des résidents liées à la santé bucco-dentaire et à ses conséquences

Un CVS évoque des frais élevés pour des brosses à dents à vibration qui coûtent plus de 50 euros, qui ne sont pas remboursées et dont les têtes rotatives doivent être changées tous les mois, des bains de bouche spécifiques et un dentifrice coloré spécifique pour les personnes qui ont des difficultés à savoir si elles se sont brossé correctement les dents. Cette question sera explorée de manière plus approfondie au cours des entretiens auprès des aidants qui seront mis en œuvre en phase finale de l'évaluation.

> Taux de résidents affiliés à une mutuelle / à la CMUc

Selon un EHPAD psychiatrique interrogé, la plupart des résidents seraient affiliés à une mutuelle. Cette question sera investiguée de manière plus approfondie lors de l'interrogation des familles et de l'enquête en ligne auprès des structures qui sera mise en œuvre en phase finale d'évaluation.

2. Quelles ressources mobilisées par les EMS ?

> Nombre et temps d'intervention des différents personnels en EMS, valorisation de cette activité (dépistages, accès aux soins)

Les directeurs et personnels des EMS interrogés font le retour que le temps consacré au dépistage est très faible. Il s'agit simplement d'accompagner le résident dans la pièce où il a lieu, et de le ramener le cas échéant. En termes de créneaux, pour certains établissements organisés autour d'ateliers, le dépistage demande une organisation spécifique et de rassembler tous les résidents sur un même créneau horaire, ce qui n'est pas simple. Pour les établissements positionnés sur des troubles autistiques par exemple, il est difficile de faire intervenir des personnels extérieurs à la

structure. Cela mobilise spécifiquement pour les temps de dépistage des personnels dédiés à l'accompagnement des résidents, y compris pour assister l'IDED dans le geste même d'introduire la caméra dans la bouche des résidents.

Le temps consacré à la prise des RDV et à l'organisation des déplacements des résidents n'a pas pu être évalué au cours de l'évaluation à mi-parcours, mais sera probablement plus lourd en termes de temps et de nombre de personnels mobilisés que le dépistage en lui-même. Il peut même faire doublon pour les établissements, probablement peu nombreux, qui organisent déjà des contrôles annuels dentaires réguliers pour tous leurs résidents. Il sera exploré en phase finale au travers d'une enquête en ligne auprès de toutes les structures ayant été dépistées.

> Matériel mis à disposition de l'IDED

Mise à disposition d'un chariot acheté parfois spécifiquement pour correspondre aux dimensions du PC de l'IDED et parfois d'une salle pour les dépistages, sans coût supplémentaire. Tous les équipements de l'IDED sont fournis par le CH de Bourges, y compris le matériel de protection pour la covid19 (surblouses, masques, gants, gel, sacs à déchets, ...).

> Temps d'intervention, de coordination et de remontées des données par les personnels en EMS consacré au dépistage et au suivi des résidents dépistés

Les EMS ne remontant pas les données de suivi post-dépistage (cf. partie sur Taux de remplissage du tableau de suivi par le personnel des EMS en Q 4 .2 partie « modalités et outils de coopération entre les différents acteurs), cette activité ne consomme pas de temps aux équipes.

Q5	Le dispositif permet-il de réduire les dépenses de santé ?
Q5.3.	Combien représentent les gains induits par le dispositif pour les EMS et le CH?

Les gains pour les EMS réalisés grâce au dépistage (gains de coordination et d'organisation des déplacements, moindre recours aux médicaments anti-douleurs, aux médecins, aux diététiciens, aux soins par les IDE et aux psychologues) et pour le CH (gestion des urgences dentaires pour des personnes fragiles ou en situation de handicap sévère) n'ont pas été investigués dans le cadre de cette évaluation descriptive à mi-parcours. Cette question sera explorée qualitativement en phase finale au travers de l'enquête en ligne auprès des structures. Elle ne sera pas explorée de manière quantitative au travers des travaux prévus initialement sur données du SNDS.

Q5	Le dispositif permet-il de réduire les dépenses de santé ?
Q5.3.	Le dispositif a-t-il permis de réduire les dépenses en soins bucco-dentaire pour l'assurance maladie ?

Cette question n'a pas fait l'objet d'un recueil qualitatif et n'a pas non plus pu être traitée dans le cadre des travaux mis en œuvre sur données du SNDS.

Q6	Le dispositif est-il transposable à d'autres territoires, structures ou situations (domicile, types de handicap...)?
----	--

Cette question sera traitée lors du rapport final.

VII. ANNEXES

ANNEXE I : LISTE DES MEMBRES DU COPIL



Dépistages bucco-dentaires
Liste des membres du COPIL



NOM / PRENOM	STRUCTURE	FONCTION	STATUT
Equipe projet			
BAROUKZAI Yasamine	CHJC	Chargée de mission GHT	Membre titulaire
COLLARD Véronique	CH Vierzon	IDE Bucco-dentaire	Membre titulaire
FLEURIER Marie	CHJC	IDE coordinatrice télémedecine	Membre titulaire
FORT Manuel	Libéral-Dentaccess18	Dentiste	Membre titulaire
GADROY Yvette	CHJC	IDE télémedecine bucco-dentaire	Membre titulaire
MASSOT Michel	CHJC	Responsable DIM, co-pilote comité télémedecine CHJC	Membre titulaire
MAZET-BABIN Karina	CHJC	Secrétaire DBD	Membre titulaire
SATGE Cécile	CHJC	Dentiste	Membre titulaire

CH Jacques Cœur - Bourges			
BROT Anne-Marie	CHJC	Ingénieur biomédical	Invitée
CORNILLAUD Agnès	CHJC	Directrice	Membre titulaire
DUCROUX Magalie	CHJC	Cadre supérieur de santé	Membre titulaire
HUNAUPT Patrice	CHJC	BCH	Invité
PAVAGEAU Claire	CHJC	Chirurgienne orale	Invitée
PERIER Noëlle	CHJC	DSI, co-pilote comité télémédecine CHJC	Invitée
VELON Elisabeth	CHJC	Directrice des Soins	Membre titulaire
CHS George Sand - Bourges			
CHAFIER Adnan	CHS George Sand	Chef de pôle EHPAD/ USLD	Membre titulaire
TE WIERIK Catherine	CHS George Sand	Cadre supérieur de santé (représentante direction des soins)	Membre titulaire

NOM / PRENOM	STRUCTURE	FONCTION	STATUT
CH Saint Amand-Montrond			
FROIDEFOND Virginie	CHSAM	Direction des soins	Membre titulaire
CH Sancerre			

MOULINOT David	CH Sancerre	Directeur des soins	Membre titulaire
CH Vierzon			
ROCHE Anne-Marie	CH Vierzon	FF Directeur des soins	Membre titulaire
LAMY Christelle	CH Vierzon	CSS	Membre titulaire
Invités			
GAILLOT DE SAINTIGNON Julie	Equipe d'appui à la rapporteuse générale Art.51		Invitée permanente
MERCIER Magali	ARS CVL	Cheffe de projet : innovation en santé et projet régional de santé /Département pilotage et innovation - Direction de la stratégie	Invitée permanente
METAUT Anne-Claire	CNAM Orléans		Invitée
MOULIN Bertrand	DD ARS	Directeur DD ARS du Cher	Invité permanent
SENESON Patricia	CPAM Bourges		Invitée permanente



Dépistages bucco-dentaires

Modèle mail de prise de contact avec les structures

Expéditeur : FLEURIER Marie ou BAROUKZAI Yasamine

Destinataires : personnes ressources de la structure (directeur, cadre de santé, IDE coordinatrice)

+ CC : BAROUKZAI Yasamine, FLEURIER Marie, secrétaire de l'équipe bucco-dentaire, IDED qui interviendra dans la structure

2 pièce(s) jointe(s) : communiqué de presse du 28/08/2019 + Flyer de présentation du projet

Bonjour

Je me permets de vous contacter concernant la mise en œuvre du "Projet de dépistage et de diagnostic bucco-dentaire gratuit des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico-sociaux du Cher, en utilisant les outils de télémédecine", qui a été validé au titre de l'ARTICLE 51 de la LFSS pour 2018.

Nous avons démarré la phase d'expérimentation du projet le 16 septembre 2019, conformément à l'arrêté administratif du 12 août 2019. Vous trouverez la description du projet ainsi que son cahier des charges dans l'arrêté téléchargeable via le lien suivant :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cher18_arrete_et_cahier_charges_experimentation_bucco_dentaire_18.pdf

Vous trouverez en PJ le communiqué de presse paru à l'occasion de la validation du projet au titre de l'ARTICLE 51, descriptif plus synthétique du projet.

Les résidents de [nom de la structure] pourrait bénéficier de ce dépistage dès le [date prévisionnelle de démarrage des dépistages dans les structures] prochain.

L'IDE en charge du projet pour votre secteur [nom de l'IDE], et en copie de ce message, pourra se rendre dans votre structure à partir du 25 octobre 2021 à 9h00.

[Nom de l'IDE] n'aura besoin que d'un chariot pour transporter son matériel et de la liste complète des résidents comportant le NIR.

Dans un second temps, une fois les diagnostics réalisés à distance et via la télémédecine par **les Chirugiens-Dentistes** du projet, les **comptes-rendus** vous seront transmis pour communication au résident et au médecin coordonnateur [et aux familles dans le cadre des IME] afin que les **préconisations puissent être organisées**. Nous vous transmettrons alors un **tableau de suivi** qui sera partiellement rempli par nos soins et que nous vous demanderons de compléter pour assurer un suivi optimal du projet. L'objectif de ce projet est bien **l'amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents des [EHPAD, FAM/MAS ou IME selon le type de la structure]** et nous attachons un prix tout particulier à ce que les diagnostics réalisés par les Chirugiens-Dentistes soient bien pris en compte par la structure et le médecin coordonnateur [et aux familles dans le cadre des IME].

Vous trouverez en PJ une **affiche qui a été appréciée des familles des résidents et du personnel des structures** ayant déjà bénéficié du dépistage. C'est un outil d'information qui nous semble utile de porter à votre connaissance dès à présent.

Pour plus d'information vous pouvez également vous rendre sur le site Internet du CH Jacques Cœur de Bourges, onglet Groupement Hospitalier de Territoire du Cher, ou directement cliquer sur le lien suivant :

<https://www.ch-bourges.fr/le-ch-jacques-coeur/le-ght-du-cher/les-projets-en-cours/>

Je reste à votre disposition pour tout complément d'information.

Madame Karina MAZET-BABIN, Assistante du projet, est également joignable aux coordonnées suivantes : 02 48 48 47 51 / bucco-dentaire18@ch-bourges.fr

Ainsi que Mme Yasamine BAROUKZAI, Chargée du pilotage du GHT du Cher : yasamine.baroukzai@ch-bourges.fr / 06 78 01 53 46

Cordialement,

[Signature]