

Master Ingénierie de la Santé

Mémoire de fin d'études Master 2^{ème} année

Parcours coordonné en hygiène bucco- dentaire en EHPAD : évaluation de l'expérimentation sur les territoires du Valenciennois-Quercitain et du Boulonnais

Aminata MINTE – Soutenance le 7 juillet 2025 à 16h

Président du jury : Pr François PUISIEUX

Directeur de mémoire : Pr Frédéric BLOCH

Tuteur professionnel : Mme Sophie LEMAN

Tuteur pédagogique : Dr Nathalie ASSEZ

Remerciements

Ce mémoire est l'aboutissement d'un parcours riche en apprentissages, en échanges et en rencontres profondément humaines. Je tiens à exprimer ici toute ma gratitude envers celles et ceux qui m'ont soutenue, accompagnée et inspirée tout au long de cette aventure.

Je remercie tout d'abord le Professeur Frédéric BLOCH, professeur en gériatrie et chef du service de gériatrie du CHU Amiens-Picardie, mon directeur de mémoire. Son accompagnement rigoureux et bienveillant depuis plus de deux ans, ainsi que la confiance qu'il m'a témoignée, ont été des repères solides et inspirants tout au long de ce parcours.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance au Professeur François PUISIEUX, chef de pôle en gériatrie du CHU de Lille, président du jury et responsable du Master, pour son engagement dans la formation et la qualité de son encadrement.

Un immense merci à Madame Sophie LEMAN, directrice de HANDIDENT Hauts-de-France, pour son écoute attentive, son énergie communicative et son engagement indéfectible en faveur des publics vulnérables. Je lui suis profondément reconnaissante pour la confiance qu'elle m'a témoignée, le temps qu'elle m'a accordé malgré ses nombreuses responsabilités, ainsi que pour son accompagnement rigoureux et bienveillant. Elle m'a permis de découvrir les multiples facettes du travail de direction, avec exigence et générosité, en me transmettant sa vision, sa méthode et son sens de l'engagement collectif. Sa disponibilité, son regard éclairé et sa capacité à fédérer ont été des repères essentiels dans la réalisation de ce mémoire.

Ma reconnaissance va à Madame Marie-Ange DENIS, chargée de la prévention, pour sa disponibilité et sa générosité dans les échanges, ainsi qu'au Dr Patrick MARCINKOWSKI, président de HANDIDENT Hauts-de-France, pour son appui et sa vision engagée de la santé publique.

Je remercie également Madame Nathalie MILLE, assistante dentaire, pour sa présence chaleureuse et son professionnalisme et Madame Célia DELANNOY, étudiante en BTS SAM en alternance secrétaire, pour son efficacité et sa bienveillance.

Je souhaite saluer tout particulièrement le Docteur Nathalie ASSEZ, médecin urgentiste et professeure au sein du Master Coordination des trajectoires de santé, qui

m'accompagne elle aussi depuis plus de deux ans avec constance, exigence et humanité. Son regard éclairé, son écoute attentive et ses encouragements m'ont été précieux à chaque étape.

Ma profonde gratitude va à l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France et en particulier au Docteur Marguerite-Marie DEFEBVRE, médecin de santé publique, chargée de mission vieillissement et médecin conseiller DAC (service PRS / Direction de la Stratégie et des Territoires), ainsi qu'à Madame Coralie VENEL, chargée de mission au service Pilotage médico-social du vieillissement, sous-direction planification, programmation-autorisations, Direction de l'offre médico-sociale. Leur appui et leur implication dans l'expérimentation ont été essentiels.

Merci aux équipes HANDIDENT Hauts-de-France, aux équipes spécialisées en prévention pour accompagner les EHPAD des Hauts-de-France (ESPrévE) et aux Équipes Territoriales de Santé Orale ETSO du Valenciennois Quercitain et du Territoire de l'Audomarois, Boulonnais, Calaisis et Montreuillois. Une mention spéciale à Madame Nelly CRETEUR et Madame Angéline MERLIN, infirmières référentes en hygiène bucco-dentaire sur les territoires de Valenciennes-Quercitain et du Boulonnais, dont l'implication sur le terrain a été essentielle à la qualité de cette évaluation.

Je remercie tout particulièrement les chirurgiens-dentistes du réseau HANDIDENT Hauts-de-France, pour leur expertise, leur engagement et leur contribution indispensable à cette expérimentation en EHPAD.

Je n'oublie pas les directions d'EHPAD, les professionnels de santé, les résidents et les aidants qui m'ont fait confiance et ont partagé leur vécu avec sincérité. Grâce à eux, ce mémoire a pris toute sa dimension humaine.

Je souhaite aussi remercier chaleureusement mes camarades de Master 2 Coordination des trajectoires de santé. Leur présence, leurs échanges, leur humour et leur solidarité ont rendu cette formation encore plus enrichissante et humaine.

Enfin, je remercie profondément mon compagnon, mon frère et mes beaux-parents, pour leur patience, leur soutien et leur présence à mes côtés. Leur confiance m'a portée durant chaque étape de cette aventure.

Table des matières

Remerciements	2
Liste des figures	6
Liste des abréviations	7
Introduction.....	8
1 Présentation des intervenants du parcours.....	9
2 Le projet d'expérimentation.....	11
2.1 Une expérimentation née du terrain.....	11
2.2 Début de l'expérimentation	13
2.3 Évaluation du projet d'expérimentation	14
2.3.1 Une évaluation pensée avec les acteurs de terrain.....	14
2.3.2 Les axes d'évaluation.....	14
3 Méthodologie d'évaluation de l'expérimentation	16
3.1 Planification et gestion du projet	16
3.2 Type d'étude	16
3.2.1 L'approche quantitative	16
3.2.2 L'approche qualitative.....	17
3.3 Population étudiée	17
3.4 Échantillons	18
3.5 Critères d'inclusion / exclusion.....	18
3.6 Outils méthodologiques	19
3.7 Méthodes de collecte de données	20
3.8 Méthodes d'analyse des données.....	22
4 Résultats de l'expérimentation	24
4.1 Les auto-diagnostics	24
4.1.1 Un état des lieux initial révélateur de fragilités organisationnelles	24
4.1.2 Après l'expérimentation : 2023, l'année du changement.....	25
4.1.3 Comparaison entre territoires expérimentateurs et non expérimentateurs ..	26
4.2 Les questionnaires.....	27
4.2.1 Les questionnaires sur le territoire Valenciennois-Quercitain	27
4.2.2 Les questionnaires territoire Boulonnais	32
4.3 Résultats issus des rapports d'activité HANDIDENT HDF et ETSO (2023-2024)	38
4.3.1 Résultats issus du dépistage bucco-dentaire en EHPAD (2023–2024).....	38
4.3.2 Résultats issus des rapports d'activité des infirmières en santé bucco-	40
dentaire	
4.4 Analyse qualitative des entretiens.....	41
4.5 Conclusions générales des résultats	43
5 Discussion	44
5.1 Enseignements globaux de l'expérimentation.....	44
5.1.1 Enseignements des auto-diagnostics.....	44
5.1.2 Apports des questionnaires : perception des acteurs.....	45
5.1.3 Apports des entretiens qualitatifs	47
5.1.4 Apports des rapports d'activité (HANDIDENT HDF et ETSO)	48
5.1.5 Évaluation de la qualité du dispositif : données objectives et ressentis.....	49
5.1.6 Évolution des pratiques professionnelles à la suite de l'expérimentation ...	50
5.1.7 La coordination, levier de qualité dans le soin bucco-dentaire en EHPAD ..	51
5.1.8 Santé bucco-dentaire et qualité de vie	52
5.2 Freins à la mise en œuvre et limites méthodologiques	52
5.2.1 Freins à la mise en œuvre.....	52

5.2.2	Limites méthodologiques.....	61
5.3	Recommandations.....	63
5.3.1	La structuration organisationnelle du dispositif.....	63
5.3.2	Renforcer l'accessibilité aux soins bucco-dentaires pour les résidents dépendants	64
5.3.3	Renforcer la formation initiale et continue des professionnels	64
5.3.4	Adopter une approche éthique et personnalisée du soin bucco-dentaire...	65
5.3.5	Impliquer les aidants et agir sur les représentations pour favoriser l'adhésion aux soins.....	66
5.3.6	Pérenniser et élargir le dispositif à l'échelle régionale et nationale	66
6	Conclusion	68
7	Bibliographie	69
8	Liste des annexes	72
8.1	Parcours de soins en hygiène bucco-dentaire pour les résidents en EHPAD sans chirurgien-dentiste des territoires Boulonnais et Valenciennais-Quercitain....	72
8.2	Diagramme de Gantt de planification du projet (2023–2024).....	72
8.3	Extrait d'auto-diagnostics version initiale	73
8.4	Extrait d'auto-diagnostics version révisée	73
8.5	Guide d'entretien semi-directif utilisé auprès des ETSO.....	74
8.6	Guide d'entretien semi-directif utilisé auprès des équipes ESPrévE	75
8.7	Guide d'entretien semi-directif utilisé auprès des équipes HANDIDENT HDF	76
8.8	Questionnaires diffusés aux directions d'EHPAD.....	77
8.9	Questionnaires diffusés aux professionnels de santé	78
8.10	Questionnaires diffusés aux résidents.....	79
8.11	Questionnaires diffusés aux aidants familiaux / professionnels.....	80
8.12	Questionnaires diffusés aux chirurgiens-dentistes	81
8.13	Extrait de rapport d'activité	81
8.14	Tableau des critères d'inclusion et d'exclusion de l'évaluation	82
8.15	Tableaux comparatifs des auto-diagnostics par territoire (initial vs révisé, expérimentateurs vs non-expérimentateurs)	83
8.16	Synthèse statistique des rapports d'activité HANDIDENT HDF	84
8.17	Synthèse statistique des rapports d'activité ETSO	85
8.18	Cartographie des EHPAD participants (répartition géographique par territoire d'expérimentation).....	86
8.19	Tableau résumé.....	87
8.20	Exemples de fiches pratiques et outils diffusés par HANDIDENT HDF (fiche de dépistage).....	88
8.21	Exemples de fiches pratiques et outils diffusés par HANDIDENT HDF (support de formation)	89
8.22	Exemples de fiches pratiques et outils diffusés par ESPRévE	90
8.23	Extraits du cahier des charges ARS HDF pour la coordination de l'hygiène bucco-dentaire.....	91
8.24	Synthèse du rapport CEMKA (principaux indicateurs de départ)	92
9	Résumé	93
10	Abstract.....	94

Liste des figures

Figure 1 : Résultats des diagnostics initiaux par indicateur et territoire	24
Figure 2 : Résultats des diagnostics révisés par indicateur et territoire	25
Figure 3 : Réponses des directions d'établissement.....	27
Figure 4 : Réponses des professionnels.....	28
Figure 5 : Réponses des résidents	29
Figure 6 : Réponses des aidants	30
Figure 7 : Réponses des chirurgiens-dentistes.....	31
Figure 8 : Réponse des directions d'établissement	32
Figure 9 : Réponses des professionnels.....	34
Figure 10 : Réponses des résidents	35
Figure 11 : Réponses des aidants	36
Figure 12 : Réponses des chirurgiens-dentistes.....	37
Figure 13 : Résultat des dépistages	38

Liste des abréviations

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

ESPréve : Équipe Spécialisée de Prévention inter-EHPAD

ETSO : Équipe Territoriale en Soins Oraux

GHLH : Groupement Hospitalier Lille-Hellemmes

HAS : Haute Autorité de Santé

HDF : Hauts-de-France

IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

ILIS : Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRS : Projet Régional de Santé

SAM : Support à l'Action Managériale

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériontologie

SESAM-Vitale : Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie

USOS : Unité de Santé Orale Spécifique

UFR3S : Unité de Formation et de Recherche Santé et Sciences de la Santé

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

CEMKA : Cabinet d'Études Marketing et de Kantar (spécialisé en santé)

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Introduction

En France, le vieillissement en institution est une réalité pour de nombreuses personnes âgées. Avec l'avancée en âge, les fragilités s'accroissent, les pathologies chroniques se multiplient et le maintien de l'autonomie devient un défi quotidien. Parmi les besoins souvent relégués au second plan, l'hygiène bucco-dentaire demeure l'un des angles morts du soin en EHPAD, alors même qu'elle constitue un déterminant majeur de la qualité de vie, de la santé globale et de la dignité.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies bucco-dentaires sont étroitement liées à des pathologies systémiques majeures, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les affections respiratoires, ainsi qu'à des troubles nutritionnels associés à la douleur ou à la perte de dents. L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) estime que 85 % des résidents en EHPAD nécessitent une consultation dentaire. Cette donnée interroge : comment les équipes peuvent-elles prévenir plutôt que réparer ? Quels moyens concrets disposent-elles pour assurer une prise en charge adaptée et continue ?

C'est dans ce contexte que l'Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France a initié une expérimentation dans les territoires du Valenciennois-Quercitain et du Boulonnais, visant à structurer un parcours coordonné en hygiène bucco-dentaire pour les résidents en EHPAD. L'objectif dépasse la mise en place d'un simple dispositif : il s'agit de faire évoluer les pratiques, les représentations et l'organisation des soins. Coordonner un parcours bucco-dentaire, c'est reconnaître que cette dimension relève pleinement du soin global. Cela implique de former les équipes, tracer les soins, garantir l'accès à un matériel adapté et surtout, répondre aux besoins identifiés sur le terrain.

Ce mémoire s'inscrit dans cette dynamique. Il s'appuie sur les diagnostics initiaux et révisés, les questionnaires, les entretiens avec les acteurs concernés, les observations de terrain et les rapports d'activité des dispositifs mobilisés (HANDIDENT Hauts-de-France et ETSO). Il vise à évaluer la mise en œuvre du parcours, à identifier ses leviers et freins ainsi qu'à proposer des recommandations pour sa pérennisation.

Afin de comprendre pleinement la structuration et la portée de l'expérimentation, il est essentiel de présenter les différents acteurs impliqués dans le déploiement du parcours coordonné d'hygiène bucco-dentaire en EHPAD.

1 Présentation des intervenants du parcours

Dans le parcours coordonné en hygiène bucco-dentaire en EHPAD, l'ARS joue un rôle moteur : à la fois architecte du projet et soutien opérationnel. Présente en arrière-plan mais décisive à chaque étape, elle veille à la cohérence des initiatives locales avec les priorités de santé publique des territoires concernés. En lien étroit avec HANDIDENT Hauts-de-France, les équipes ESPrévE et les équipes territoriales en soins oraux, elle pilote l'ensemble du dispositif.

L'ARS définit les orientations, valide les protocoles, organise le déploiement, finance les équipes, le matériel, les formations, les actions de dépistage et les temps de sensibilisation. En soutenant l'ingénierie de projet, elle permet aux structures de passer de l'idée à l'action. À travers ce pilotage, l'ARS affirme clairement sa volonté : faire de l'hygiène bucco-dentaire un enjeu de santé publique et lutter contre les inégalités d'accès aux soins en EHPAD.

Parmi les partenaires essentiels, l'association HANDIDENT HDF tient une place centrale. Créée en 2005, elle est née d'un constat : l'accès aux soins bucco-dentaires reste difficile pour les personnes en situation de handicap ou âgées dépendantes. Depuis, elle a su fédérer un réseau de professionnels (chirurgiens-dentistes, soignants, établissements, familles) autour d'une ambition commune : rendre les soins accessibles, adaptés et respectueux des besoins spécifiques.

Association loi 1901, HANDIDENT HDF repose sur une gouvernance paritaire entre représentants du médico-social et chirurgiens-dentistes. Son objectif : structurer un réseau régional facilitant l'accès aux soins, menant des actions de prévention et proposant une offre adaptée à tous, quel que soit leur âge ou leur déficience. Ensemble, ils assurent des dépistages (voir [annexe 8.20](#)), formations (voir [annexe 8.21](#)), consultations, ateliers éducatifs et orientent les patients vers des solutions sur trois niveaux : cabinet libéral, USOS ou hôpital. Résultat : plus de 2000 professionnels formés, 2500 personnes sensibilisées et plus de 17 000 personnes âgées et personnes en situation de handicap dépistées puis orientées. Leurs actions transforment concrètement le quotidien des patients et des établissements.

Dans cette dynamique territoriale, les Équipes Spécialisées de Prévention inter-EHPAD (ESPrévE) jouent également un rôle clé. Depuis 2019, ces équipes pluridisciplinaires (psychologues, diététiciens, psychomotriciens, infirmiers...)

interviennent dans les EHPAD pour accompagner les équipes, sensibiliser et initier des démarches de prévention durables (voir [annexe 8.22](#)). Par leur proximité avec les professionnels, elles améliorent la qualité de vie des résidents, préviennent les risques liés au vieillissement et évitent les ruptures de parcours. Elles apportent un regard extérieur bienveillant, aident à élaborer des projets adaptés et orientent, si besoin, vers des ressources ou aides complémentaires.

Enfin, les Équipes Territoriales en Soins Oraux (ETSO) prennent le relais dans la continuité de l'intervention de HANDIDENT HDF. À l'origine composées d'une référente infirmière par territoire, elles intégreront en 2025 un assistant en soins de gériatrie pour former une équipe complète.

Les ETSO assurent le suivi des résidents, accompagnent aux rendez-vous, organisent des ateliers et soutiennent les professionnels dans leur quotidien. Elles lèvent les freins, apportent des solutions concrètes et facilitent la coordination entre acteurs, garantissant une prise en charge bucco-dentaire régulière, adaptée et durable.

À travers cette mobilisation collective, chaque acteur apporte sa contribution. Ensemble, ils œuvrent à faire de l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD un parcours de soin coordonné, centré sur la personne, respectueux de sa dignité et porteur de sens pour l'ensemble des professionnels impliqués.

Une fois les acteurs identifiés, il convient de revenir sur l'origine et le développement du projet, né d'un besoin clairement exprimé sur le terrain.

2 Le projet d'expérimentation

2.1 Une expérimentation née du terrain

Le projet d'expérimentation porté par l'ARS Hauts-de-France est né d'une dynamique de terrain, à partir de constats partagés entre l'ARS HDF, les équipes ESPrévE et HANDIDENT Hauts-de-France et renforcés par les résultats de l'étude menée par CEMKA.

Des établissements médicalisés, en particulier des EHPAD, ont commencé à solliciter HANDIDENT Hauts-de-France pour intervenir auprès des personnes âgées. Sur le terrain, les équipes ont constaté une réalité préoccupante : d'importantes lacunes dans la prise en charge bucco-dentaire des résidents. Ces carences, parfois invisibles et souvent sous-estimées, sont pourtant bien réelles. Les difficultés repérées, à la fois signalées par les professionnels et observées directement lors des interventions, ont été relayées à l'ARS Hauts-de-France.

Dans ce contexte, les Équipes Spécialisées de Prévention inter-EHPAD (ESPrévE), déployées à partir de 2019 dans la région, ont commencé leurs premières missions au sein des établissements. Leur objectif est d'accompagner les équipes soignantes dans une dynamique de prévention, en s'appuyant notamment sur un auto-diagnostic rempli par chaque EHPAD. Très rapidement, un besoin récurrent est remonté du terrain (un accompagnement renforcé sur la santé bucco-dentaire).

Quelques repères chronologiques permettent de mieux comprendre la structuration de cette démarche :

- **2018** : l'ARS Hauts-de-France élabore le projet *Maintien de l'autonomie optimale des résidents en EHPAD*, un programme pluridisciplinaire axé sur l'alimentation, l'activité physique et l'hygiène bucco-dentaire, porté par l'Institut Pasteur de Lille.
- **2019** : création des équipes ESPrévE, composées d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, de diététiciens et d'enseignants en Activité Physique Adaptée (APA), formées pour intervenir en prévention dans les EHPAD, sur des thématiques prioritaires : les chutes, l'hygiène bucco-dentaire, la douleur, l'ostéoporose, les complications liées à la maladie de Parkinson, la contention, les addictions et la nutrition.

Des auto-diagnostics sont alors déployés dans les établissements afin d'identifier précisément leurs besoins.

- Dans ce cadre, les équipes ESPrévE sont formées par HANDIDENT Hauts-de-France à l'hygiène bucco-dentaire et au parcours de soins associés.

Ces signaux répétés, remontés du terrain, ont fini par interpeller l'ARS Hauts-de-France. Face à la récurrence de cette problématique dans diverses communications, l'ARS HDF a souhaité approfondir la réflexion. En 2020, elle a mandaté le cabinet CEMKA, spécialisé dans les études en santé, afin d'analyser la situation concrète en EHPAD. Les résultats de cette étude (voir extrait [annexe 8.24](#)) sont sans appel :

- 44 % des EHPAD n'ont aucun volet consacré aux soins bucco-dentaires dans leur projet d'établissement ;
- 52 % n'ont engagé aucune démarche structurée en la matière ;
- 92 % ne réalisent ni bilan à l'entrée, ni examen régulier de la bouche des résidents ;
- 41 % des EHPAD n'ont aucun lien avec un chirurgien-dentiste local ;
- 80 % ne disposent d'aucune convention avec un hôpital ;
- Et surtout, 97 % des soins dentaires sont réalisés en dehors de l'établissement, impliquant des transports souvent lourds, coûteux et compliqués à organiser.

L'étude met également en évidence une faible connaissance des dispositifs existants, en dehors de HANDIDENT Hauts-de-France. L'offre apparaît fragmentée, peu lisible et largement sous-utilisée.

En résumé, la santé bucco-dentaire est encore trop souvent absente du parcours de soins en EHPAD. Les constats de l'étude CEMKA convergent avec ceux formulés par l'ARS Hauts-de-France, HANDIDENT HDF et les équipes ESPrévE : ils mettent en lumière un véritable déficit de prise en charge bucco-dentaire en institution.

Face à cette situation, l'ARS Hauts-de-France a conçu une expérimentation dédiée à la mise en place d'un parcours structuré de soins bucco-dentaires en EHPAD (voir [annexe 8.1](#)). Pour y parvenir, l'ARS HDF a mis en place un cahier des charges (extrait voir [annexe 8.23](#)).

2.2 Début de l'expérimentation

Pour comprendre l'impact de ce projet, il est essentiel de revenir sur ses premières étapes. Dès le départ, la volonté était d'améliorer les pratiques d'hygiène bucco-dentaire en EHPAD en agissant sur plusieurs leviers : renforcer la prévention dès l'entrée du résident, impliquer les professionnels et les directions, mobiliser les familles ainsi que les aidants et replacer la santé orale au cœur du projet d'établissement.

L'ARS HDF a structuré l'expérimentation à partir d'un diagnostic territorial et d'un appel à projets, aboutissant à la sélection de deux établissements pilotes : l'EHPAD Les Quatre Vents (territoire Valenciennais-Quercitain) et le site Louis DUFLOT du CH de Boulogne (territoire Boulonnais), porteurs de l'expérimentation sur 2023–2024.

Dans chacun, un poste d'infirmier référent en hygiène bucco-dentaire a été créé et financé par l'ARS HDF. Ce poste évoluera en 2025 vers une Équipe Territoriale en Soins Oraux (ETSO), composée d'un binôme infirmier/assistant en soins de gériatrie, chargé de coordonner les actions sur l'ensemble du territoire.

Les EHPAD expérimentateurs ont évalué leurs besoins en lien avec HANDIDENT Hauts-de-France et les équipes ESPrévE. Cette étape a permis de prioriser les actions, tout en favorisant une dynamique collaborative entre les acteurs de terrain. Les premières actions ont été lancées : formations, ateliers, sensibilisations, auto-diagnostics, dans une logique de montée en compétences progressive.

L'expérimentation a aussi inclus un accompagnement individualisé des résidents volontaires : dépistage, bilan bucco-dentaire dans les trois mois suivant l'admission et appui logistique vers les soins si nécessaire.

Chaque établissement devait désigner au moins deux référents bucco-dentaires, relais internes garants de la coordination et de l'intégration des actions dans l'organisation quotidienne. Ces référents, soutenus par les ETSO, travaillaient en lien étroit avec les directions et médecins coordonnateurs.

Un protocole d'intervention a été co-construit avec HANDIDENT HDF et les ETSO, accompagné d'un calendrier prévisionnel. La montée en charge s'est ainsi faite progressivement, avec pour objectif de bâtir un véritable parcours de soins bucco-dentaires, structuré, intégré et pérenne pour les personnes âgées en institution.

2.3 Évaluation du projet d'expérimentation

2.3.1 Une évaluation pensée avec les acteurs de terrain

Les points d'évaluation ont été pensés et construits collectivement, lors d'une réunion réunissant l'Agence Régionale de Santé (ARS HDF), l'équipe HANDIDENT HDF, mon directeur de mémoire et moi-même. Ce moment d'échange a permis de poser les bases d'une réflexion partagée, ancrée dans la réalité du terrain.

Avant cette réunion, j'ai pris le temps d'aller à la rencontre des principaux acteurs du terrain, notamment les ETSO, l'équipe HANDIDENT HDF, les chirurgiens-dentistes, les ESPrévE. Leurs retours d'expérience ont été précieux. Ils ont pu exprimer ce qui, pour eux, méritait d'être évalué en priorité, à la lumière de leur engagement quotidien auprès des résidents. Ces apports ont ensuite été transmis à l'ARS HDF, afin que le cadre d'analyse du projet soit cohérent, réaliste et surtout, partagé.

2.3.2 Les axes d'évaluation

De la co-construction entre les acteurs de terrain et les équipes coordinatrices ont émergé plusieurs axes d'évaluation, chacun visant à éclairer un aspect essentiel du projet. Ces axes ont pour ambition de mesurer les effets du dispositif sur les pratiques professionnelles, l'organisation des établissements et la qualité de la prise en charge des résidents.

- **Axe 1 : Évaluer les changements dans l'organisation des EHPAD**

Ce premier axe concerne les transformations observées dans le fonctionnement quotidien des établissements. Il s'agit d'évaluer si des outils spécifiques liés à l'hygiène bucco-dentaire ont été intégrés, si des référents ont été désignés et si les équipes ont su s'approprier cette nouvelle thématique. L'objectif est de mesurer le degré d'ancrage du dispositif dans les établissements et de questionner sa pérennité.

- **Axe 2 : Mesurer l'impact sur la prise en charge des résidents**

Ce deuxième axe s'intéresse aux effets concrets du projet sur les résidents. Il vise à déterminer si la prise en charge bucco-dentaire s'est améliorée, notamment par une meilleure organisation du dépistage, une régularité accrue des suivis et l'utilisation d'outils adaptés. L'enjeu est de constater une amélioration tangible de la santé orale dans le parcours de soins des personnes âgées.

- **Axe 3 : Identifier les freins et les leviers**

Ce troisième axe analyse les éléments qui freinent ou, au contraire, facilitent la mise en œuvre du parcours bucco-dentaire. Il prend en compte les obstacles tels que le manque de temps, de formation, ou les contraintes organisationnelles, tout en mettant en lumière les facteurs facilitateurs, comme l'implication des équipes, le soutien des directions et la qualité des partenariats établis.

- **Axe 4 : Évaluer la satisfaction des acteurs impliqués**

Ce quatrième axe porte sur la perception du dispositif par les différents acteurs : professionnels de santé, résidents, familles, HANDIDENT HDF, ETSO, ESPrévE et aidants. Il permet de recueillir leurs ressentis, leur niveau d'adhésion, ainsi que leurs attentes. Cette analyse qualitative est essentielle pour ajuster le projet au plus près des besoins exprimés et des réalités du terrain.

- **Axe 5 : Proposer des recommandations pour améliorer et pérenniser les dispositifs**

Enfin, ce dernier axe vise à faire émerger des pistes d'amélioration issues des retours du terrain. Ces recommandations peuvent porter sur le renforcement des formations, l'élargissement des partenariats, l'adaptation des outils ou encore l'intégration systématique de la santé bucco-dentaire dans les projets d'établissement. L'objectif est de construire un modèle reproductible, durable et cohérent avec les pratiques professionnelles.

Pour objectiver les effets de l'expérimentation, une démarche méthodologique rigoureuse a été mise en place. Elle repose sur des outils d'évaluation partagés avec les acteurs de terrain.

3 Méthodologie d'évaluation de l'expérimentation

3.1 Planification et gestion du projet

Afin de structurer les différentes étapes de travail, d'assurer une bonne répartition dans le temps et de suivre l'avancement de l'étude, un diagramme de Gantt (voir [annexe 8.2](#)) a été élaboré en amont. Cet outil a permis de visualiser les phases clés du projet (revue de la littérature, conception des outils, collecte des données, analyse, rédaction) et de coordonner efficacement les différentes actions à mener dans les délais impartis. L'actualisation régulière de ce diagramme a également facilité l'anticipation des éventuels retards et ajustements nécessaires.

3.2 Type d'étude

Pour évaluer cette expérimentation, une approche méthodologique mixte a été choisie. Elle combine des données quantitatives et qualitatives, afin de croiser des indicateurs mesurables avec les ressentis des acteurs impliqués. Cette complémentarité permet une compréhension globale des effets du projet, à la fois sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles et la qualité de vie des résidents.

3.2.1 L'approche quantitative

Elle s'appuie sur plusieurs sources clés :

- **Les rapports d'activité des Équipes Territoriales en Soins Oraux (ETSO)**, qui permettent d'analyser le nombre de résidents dépistés, les types d'interventions réalisées, la fréquence des soins et l'évolution du suivi bucco-dentaire dans les établissements.
- **Les auto-diagnostics menés par les équipes ESPrévE**, réalisés à deux moments différents de l'expérimentation (au début et après 1 à 2 ans), afin de mesurer les progrès en termes de structuration interne, d'organisation et de pratiques professionnelles.
- **La comparaison entre EHPAD expérimentateurs et non expérimentateurs** sur les deux territoires concernés, pour identifier les différences et les effets spécifiques de l'expérimentation.

3.2.2 L'approche qualitative

Elle vient en complément et repose sur la réalisation :

- **D'entretiens semi-directifs**, menés auprès de différents profils : ETSO, HANDIDENT HDF et ESPrévE. Ces échanges permettent de recueillir des informations qui ne sont pas claires par rapport aux auto-diagnostics, aux questionnaires et aux rapports d'activités. Cela permet aussi de voir comment ils ont vécu et ressenti les obstacles mais aussi de recueillir leur satisfaction par rapport à l'expérimentation.
- **Des questionnaires de satisfaction**, menés auprès de différents profils : professionnels de santé (infirmiers, aides-soignants, médecins coordonnateurs, chirurgiens-dentistes), coordinateurs de parcours, résidents, familles et aidants. Ces questions permettent d'explorer les ressentis, les perceptions, les freins rencontrés et les éléments facilitants pour recueillir un regard plus large et structuré sur l'expérimentation.

3.3 Population étudiée

L'évaluation porte sur l'ensemble des actions menées entre janvier 2023 et décembre 2024 dans les EHPAD qui ont intégré le dispositif. La population étudiée regroupe toutes les parties prenantes directement impliquées dans le parcours de soins bucco-dentaires :

- **Les professionnels de santé en EHPAD bénéficiaires des formations** : infirmiers, aides-soignants, médecins coordonnateurs, responsables de soins ;
- **Les directions d'établissement**, garantes du pilotage stratégique et de l'intégration du projet dans la structure ;
- **Les résidents**, bénéficiaires directs des actions de dépistage, des consultations, des soins, des ateliers éducatifs et de suivi ou d'accompagnement ;
- **Les aidants**, familiaux ou professionnels, qui accompagnent au quotidien les gestes d'hygiène ;
- **Les chirurgiens-dentistes**, engagés dans les soins ou les suivis en lien avec l'expérimentation ;

- **Les membres des équipes HANDIDENT HDF, ESPrévE et ETSO**, mobilisés pour leur expertise de terrain, leur coordination et leur rôle de relais auprès des EHPAD.

3.4 Échantillons

Les échantillons analysés varient selon les catégories d'acteurs, en fonction du nombre de réponses obtenues via les questionnaires et les entretiens.

Pour les résidents, les professionnels, les chirurgiens-dentistes et les familles/aidants, l'échantillon est constitué de ceux qui ont effectivement répondu ou participé à l'évaluation :

- Réponses des chirurgiens-dentistes : 10
- Réponses des résidents : 52
- Réponses des professionnels de santé en EHPAD : 79
- Réponses des aidants : 20

Pour les directions d'établissement, l'échantillon comprend les EHPAD ayant bénéficié d'une intervention de HANDIDENT HDF (dépistage, formation ou accompagnement). Sur le territoire du Boulonnais, 17 établissements ont été concernés, et sur le territoire du Valenciennais-Quercitain, 28 établissements ont participé à l'expérimentation. Sur ces 45 établissements, 34 ont répondu.

3.5 Critères d'inclusion / exclusion

On inclut dans l'évaluation tous les établissements situés dans l'un des deux territoires expérimentaux, à savoir le Valenciennais-Quercitain et le Boulonnais. Les résidents ayant bénéficié d'au moins une action dans le cadre du parcours coordonné sont également concernés, qu'il s'agisse d'un dépistage, d'un accompagnement ou d'un suivi bucco-dentaire. Toutefois, pour la comparaison des auto-diagnostics initiaux et révisés, certains territoires hors expérimentation ont été intégrés de manière ciblée.

Du côté des professionnels, seuls ceux dont l'établissement a participé à l'expérimentation ont été pris en compte. Les aidants, qu'ils soient familiaux ou professionnels, ont été inclus dès lors qu'ils ont répondu au questionnaire. Enfin, les chirurgiens-dentistes impliqués dans les soins prodigués aux résidents dans le cadre du dispositif expérimental font partie intégrante de la population étudiée.

À l'inverse, ont été exclus de l'évaluation tous les établissements situés hors des territoires ciblés par l'expérimentation. De même, les professionnels, aidants ou résidents qui n'ont pas été directement concernés par les actions mises en œuvre n'ont pas été retenus. Les résidents dont l'état de santé ne permettait pas une participation ou qui n'ont bénéficié d'aucun accompagnement spécifique dans le cadre du projet ont également été exclus. Enfin, les structures n'ayant engagé aucune action formalisée autour de l'hygiène bucco-dentaire durant la période de l'expérimentation n'ont pas été intégrées à l'analyse.

Les critères précis d'inclusion et d'exclusion sont synthétisés de manière détaillée dans un tableau en [annexe 8.14](#), afin de garantir la transparence et la reproductibilité de la démarche évaluative.

3.6 Outils méthodologiques

Plusieurs outils ont été mobilisés pour garantir une évaluation à la fois rigoureuse et représentative des dynamiques locales.

- **Les autodiagnostic**s, réalisés en deux temps (initial et révisé), ont permis d'évaluer les évolutions dans l'organisation des soins bucco-dentaires autour de quatre critères clés : présence d'un référent, traçabilité des soins, disponibilité du matériel de base et spécifique. Une comparaison entre les diagnostics des territoires expérimentateurs et non-expérimentateurs a permis de voir l'évolution entre ces territoires.
- **Les questionnaires** ont été adressés à différents groupes (professionnels, directions, résidents, familles et chirurgiens-dentistes) afin de recueillir leur perception de la démarche, les difficultés rencontrées, les changements observés et leurs suggestions. Des extraits des questionnaires sont présents en annexe (de [8.8](#) à [8.12](#)).
- **Les entretiens semi-directifs**, menés auprès de professionnels du terrain (notamment des membres des équipes HANDIDENT HDF, ESPrévE, ETSO), ont permis d'approfondir certains aspects plus complexes ou sensibles : coordination interprofessionnelle, appropriation des outils, impacts sur les pratiques, vision d'avenir.

- Enfin, **les rapports d'activité** (voir extrait en [annexe 8.13](#)) produits par les trois équipes ont été analysés pour compléter l'évaluation. Ces documents offrent une vue d'ensemble des interventions réalisées, du nombre de personnes accompagnées, des formations menées, ainsi que des principales difficultés rencontrées tout au long du projet.

3.7 Méthodes de collecte de données

Pour évaluer la mise en œuvre et les effets du parcours coordonné en hygiène bucco-dentaire, j'ai mobilisé plusieurs méthodes de collecte de données. Avant d'engager cette collecte, j'ai sollicité l'avis de la CNIL, qui m'a précisé que, en l'absence de données personnelles, le dépôt d'un dossier n'était pas nécessaire. J'ai également veillé à informer les participants de l'utilisation prévue de leurs réponses. Les méthodes retenues ont été conçues de manière à refléter à la fois l'organisation mise en place, les pratiques de terrain et le ressenti des personnes directement concernées.

Évaluation des évolutions organisationnelles et structurelles

L'objectif de cette première analyse est de comprendre comment les établissements se sont organisés et structurés et s'ils sont parvenus à intégrer durablement la dimension bucco-dentaire dans leur fonctionnement quotidien.

Cette évaluation s'appuie sur plusieurs sources complémentaires :

- Les autodiagnostic réalisés par les équipes ESPrévE, comparés entre le début de l'expérimentation et après 12 à 18 mois, afin d'identifier les évolutions concrètes dans les pratiques et dans l'organisation interne des EHPAD.
- Les projets d'établissement et les protocoles de soins relatifs à l'hygiène bucco-dentaire, analysés pour repérer d'éventuelles adaptations ou ajouts spécifiques dans les documents de référence.

La comparaison entre établissements expérimentateurs et non expérimentateurs, qui permet de mettre en évidence des écarts dans la structuration, l'investissement ou l'intégration de la thématique bucco-dentaire.

Évaluation de l'amélioration du suivi bucco-dentaire

Le suivi bucco-dentaire des résidents, élément central du projet, a également fait l'objet d'une attention particulière.

L'analyse des rapports d'activité des équipes ETSO pour l'année 2024 a permis de :

- Quantifier le nombre de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire ;
- Identifier les types de soins réalisés, leur fréquence, ainsi que leur répartition sur le territoire ;
- Apprécier l'évolution du suivi, en comparant les données disponibles avant et après la mise en œuvre du parcours coordonné.

Évaluation de la coopération entre les acteurs

Un des enjeux majeurs de ce projet repose sur la qualité de la coordination entre les différents professionnels impliqués. Cette dimension a été évaluée à travers :

- L'étude des outils de coordination et de communication développés dans le cadre de l'expérimentation (fiches de liaison, fiche de consultation, protocoles partagés, échanges interprofessionnels) ;
- Des entretiens qualitatifs menés auprès de professionnels extérieurs aux EHPAD, tels que les équipes d'HANDIDENT HDF, les ETSO, ou les ESPrévE, afin de recueillir leur perception des changements observés et leur ressenti concernant la fluidité et la qualité de la coopération.

Mesure de la satisfaction des usagers et des professionnels

Pour évaluer la pertinence du dispositif au plus près des personnes concernées, la satisfaction a été mesurée à plusieurs niveaux :

- Des questionnaires ont été diffusés auprès de plusieurs publics cibles : professionnels de santé (personnels soignants en EHPAD), chirurgiens-dentistes, résidents, familles et aidants. L'objectif était de recueillir leur avis sur la qualité perçue des soins, les bénéfices observés, ainsi que les limites et attentes concernant le dispositif. La stratégie retenue consistait à déployer les questionnaires sur les territoires concernés, avec l'appui des équipes ETSO et ESPrévE. Les professionnels avaient le choix de répondre soit via une fiche papier,

soit en ligne via un formulaire Google Forms ; un QR code avait également été mis à disposition pour faciliter l'accès. Face au faible taux de retour initial, j'ai procédé à des relances téléphoniques, puis me suis déplacée dans les établissements n'ayant pas encore répondu, afin d'accompagner les équipes sur place dans le remplissage des questionnaires. J'ai pris en compte les possibles biais qui peuvent conduire à des conclusions erronées.

- Des entretiens ciblés de 45 minutes ont été menés avec certains acteurs clés du projet (HANDIDENT HDF, ETSO, ESPRevE), afin d'approfondir certains points spécifiques et de nourrir la réflexion sur les pistes d'amélioration à envisager.

3.8 Méthodes d'analyse des données

Les données recueillies ont été soumises à une analyse mixte, combinant approches quantitatives et qualitatives, afin de croiser des données objectivables avec les perceptions exprimées sur le terrain.

Les auto-diagnostics ont été analysés par comparaison entre les versions initiales et révisées. Chaque critère (présence d'un référent, traçabilité, disponibilité du matériel de base et spécifique) a été codé de manière binaire (présence/absence). Les données ont été centralisées et traitées dans Microsoft Excel pour le calcul des pourcentages, l'élaboration de tableaux croisés et la mise en évidence des écarts entre territoires. Cette analyse a permis de visualiser les évolutions par territoire, notamment entre les zones expérimentatrices et non expérimentatrices.

Les questionnaires ont fait l'objet d'un traitement statistique descriptif, avec le calcul de fréquences, de moyennes et de répartitions thématiques. Les données ont été saisies et analysées à l'aide de Microsoft Excel, permettant de produire des tableaux de synthèse, des graphiques et des comparaisons croisées selon les profils des répondants (directions, professionnels, résidents, aidants) et les territoires.

Les entretiens ont été analysés selon une analyse de contenu thématique, réalisée manuellement. Les propos ont été regroupés autour de thématiques transversales récurrentes : représentation de l'hygiène bucco-dentaire, implication des équipes, coordination inter-acteurs, freins identifiés, facilitateurs, suggestions d'amélioration. Les verbatims ont été classés et synthétisés dans un tableau Excel, facilitant la catégorisation et la mise en relation des discours.

Les rapports d'activité des équipes ETSO et HANDIDENT HDF ont été intégrés à l'analyse. Ces documents ont été traités dans une optique descriptive à l'aide d'Excel, croisant les données factuelles (nombre de formations, temps de présence, résidents accompagnés) avec les observations qualitatives sur les difficultés rencontrées ou les bonnes pratiques identifiées.

Le croisement de l'ensemble de ces sources (auto-diagnostics, questionnaires, entretiens, rapports d'activité) a permis une lecture riche et nuancée de l'expérimentation. Cette triangulation méthodologique a renforcé la fiabilité de l'analyse, mettant en lumière les effets du dispositif, les dynamiques de transformation organisationnelle, ainsi que les perceptions des acteurs impliqués.

4 Résultats de l'expérimentation

L'analyse des données issues des diagnostics, questionnaires, entretiens et rapports d'activité permet de dégager plusieurs résultats clés, présentés ci-dessous.

4.1 Les auto-diagnostics

4.1.1 Un état des lieux initial révélateur de fragilités organisationnelles

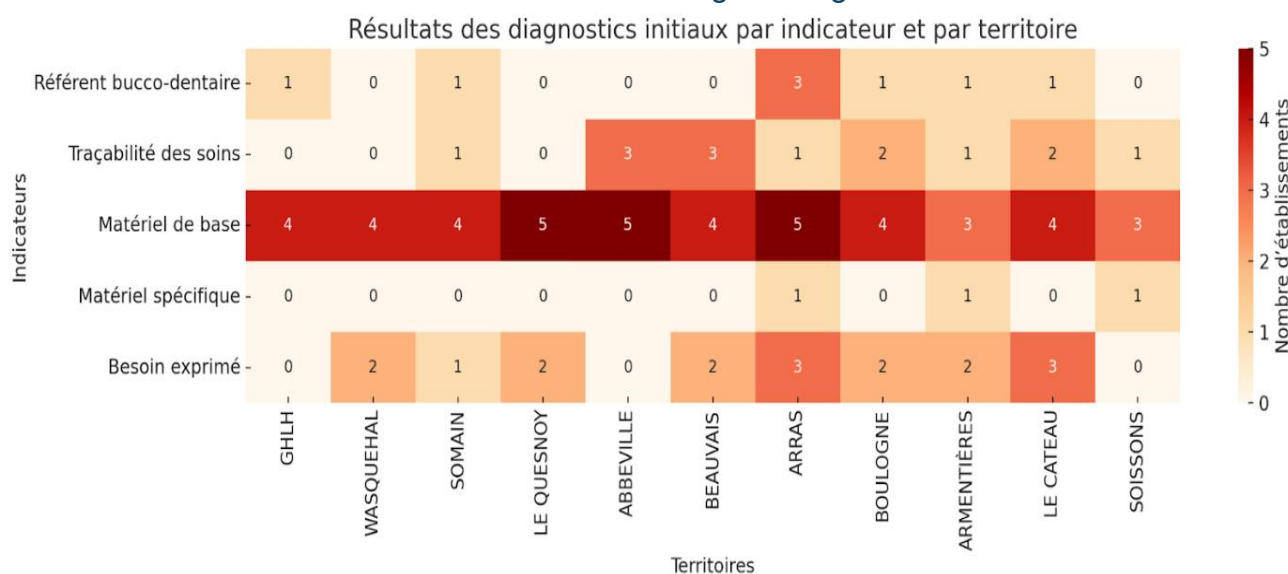


Figure 1 : Résultats des diagnostics initiaux par indicateur et territoire

Pour analyser les diagnostics, je me suis appuyée sur les données issues des 52 EHPAD répartis sur les cinq départements des Hauts-de-France (voir [annexe 8.18](#)), principalement collectées en 2021. Cinq axes ont été étudiés : la présence de référents, la traçabilité des soins, la disponibilité du matériel de base, celle du matériel spécifique, ainsi que l'expression des besoins (voir [annexe 8.3](#)).

Sur les 52 établissements concernés, 9 disposaient d'un référent identifié en hygiène bucco-dentaire, soit 17,3 %. Le tableau de résultats indique que seuls certains territoires (GHLH, Somain, Le Quesnoy, Arras, Boulogne, Armentières, Le Cateau et Soissons) avaient nommé un référent, généralement un seul par territoire, à l'exception d'Arras qui en compte trois. Concernant la traçabilité des soins bucco-dentaires, 17 établissements (32,7 %) déclaraient inscrire les soins réalisés dans les dossiers de soins. Sur certains territoires, tels qu'Abbeville et Beauvais, cette pratique semblait plus fréquente (3 établissements sur 5). Dans la majorité des autres établissements, les soins étaient effectués sans systématisation de la traçabilité.

Le matériel de base (gobelets, gants, serviettes, etc.) était présent dans 42 établissements sur 52, soit 80,8 %. Des écarts territoriaux sont toutefois visibles : certains territoires (Abbeville, Le Quesnoy, Arras) présentaient une disponibilité complète, tandis que d'autres (Somain, Armentières, Soissons) étaient moins régulièrement équipés. Le matériel spécifique (aspiration buccale, embouts adaptés, brosses spécifiques, etc.) était peu présent : 10 établissements sur 52 en étaient dotés, soit 19,2 %.

Enfin, en ce qui concerne l'expression de besoins complémentaires liés à l'hygiène bucco-dentaire, les données recueillies indiquent que la majorité des territoires ont formulé des demandes spécifiques, à l'exception de certains EHPAD situés dans les territoires de GHLH ou de Wasquehal.

4.1.2 Après l'expérimentation : 2023, l'année du changement

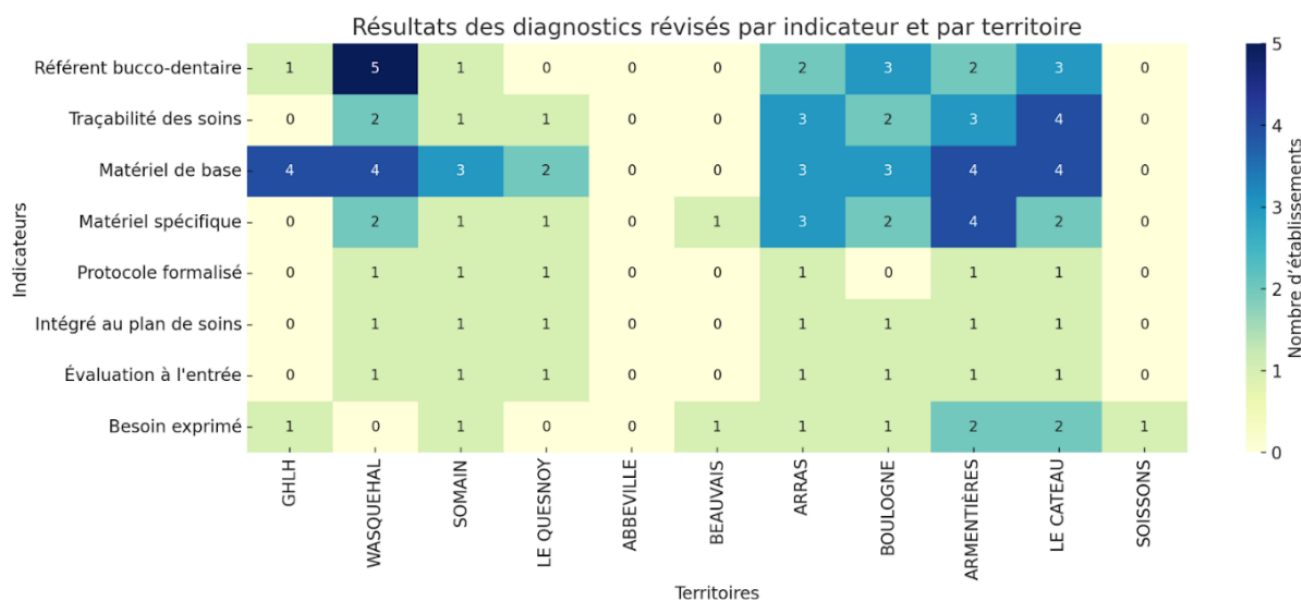


Figure 2 : Résultats des diagnostics révisés par indicateur et territoire

En 2021, seuls quelques items liés à la nutrition évoquaient indirectement cette thématique. En 2023, le nombre de questions spécifiquement consacrées à l'hygiène bucco-dentaire est passé à 17 (voir [annexe 8.4](#)).

Les données issues des diagnostics révisés montrent que certains territoires ont intégré plusieurs dimensions de cette thématique dans leurs pratiques. Ainsi, la présence d'un référent en hygiène bucco-dentaire a été recensée dans plusieurs territoires, notamment à Wasquehal (n=5 établissements), Boulogne (n=3), Armentières (n=2), Arras (n=2) et Le Cateau (n=3). D'autres territoires, en revanche, n'en comptaient aucun (Abbeville, Beauvais, Le Quesnoy, Soissons). La traçabilité des

soins bucco-dentaires était également renseignée de manière variable selon les territoires. Le Cateau, Armentières et Arras comptabilisaient respectivement 4, 3 et 3 établissements traçant ces soins. D'autres territoires, comme GHLH, Abbeville, Beauvais et Soissons, ne déclaraient aucune traçabilité formalisée.

Concernant la disponibilité du matériel de base (brosses à dents, gobelets, gants, etc.), plusieurs territoires indiquaient une couverture dans l'ensemble ou la majorité des établissements : Le Cateau (4), Armentières (4), Wasquehal (4), Boulogne (3), Arras (3). En revanche, Abbeville, Beauvais et Soissons ne déclaraient aucun établissement équipé. Pour le matériel spécifique (aspiration buccale, embouts adaptés, etc.), la répartition est également hétérogène. Armentières (4 établissements), Arras (3), Le Cateau (2), Wasquehal (2), Boulogne (2) et Somain (1) déclaraient en être partiellement dotés. GHLH, Abbeville et Soissons n'en comptabilisaient aucun.

L'intégration de l'hygiène bucco-dentaire dans le plan de soins était rapportée dans plusieurs territoires (Wasquehal, Somain, Le Quesnoy, Arras, Boulogne, Armentières, Le Cateau). De même, certains établissements ont déclaré avoir mis en place un protocole (Wasquehal, Somain, Le Quesnoy, Arras, Armentières, Le Cateau).

Enfin, l'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire à l'entrée et l'expression de besoins spécifiques étaient recensées dans plusieurs territoires. L'expression d'un besoin était par exemple rapportée dans Armentières (2 établissements), Le Cateau (2), ainsi que dans GHLH, Somain, Beauvais, Arras, Boulogne et Soissons.

4.1.3 Comparaison entre territoires expérimentateurs et non expérimentateurs

Le tableau d'analyse comparative des diagnostics initiaux et révisés entre les territoires expérimentateurs (Valenciennois-Quercitain et Boulonnais) et les territoires non-expérimentateurs (voir [annexe 8.15](#)) met en évidence une évolution différenciée, reflétant des dynamiques propres à chaque contexte.

En 2021, les dix établissements situés dans les territoires expérimentateurs ne déclaraient ni référent identifié, ni traçabilité des soins bucco-dentaires. Le matériel spécifique n'y était pas recensé et le matériel de base restait inégalement disponible. Ces constats initiaux positionnaient ces territoires en dessous de la moyenne régionale sur plusieurs critères. En parallèle, les 42 établissements relevant des territoires non-expérimentateurs présentaient des niveaux d'organisation légèrement plus élevés à la même période : un référent avait été identifié, cinq établissements déclaraient une

forme de traçabilité et la disponibilité du matériel de base et spécifique apparaissait plus fréquente.

Entre 2021 et 2023, les établissements des territoires expérimentateurs ont vu évoluer leurs pratiques, avec la mise en place généralisée d'un référent, la formalisation de la traçabilité des soins, ainsi que la présence du matériel de base et spécifique dans l'ensemble des structures. Ces évolutions ont été accompagnées par des intervenants dédiés (ETSO, HANDIDENT Hauts-de-France, ESPréVE), ainsi que par l'implication des directions d'établissement.

Les territoires non-expérimentateurs ont également connu une évolution entre les deux périodes observées. En 2023, la présence d'un référent et la traçabilité des soins y étaient davantage répandues. Cette évolution s'inscrit dans un contexte régional plus large, marqué par la diffusion d'outils, de formations et d'une culture partagée autour de la prévention en hygiène bucco-dentaire.

4.2 Les questionnaires

4.2.1 Les questionnaires sur le territoire Valenciennois-Quercitain

4.2.1.1 Analyse des réponses des directions dans les EHPAD

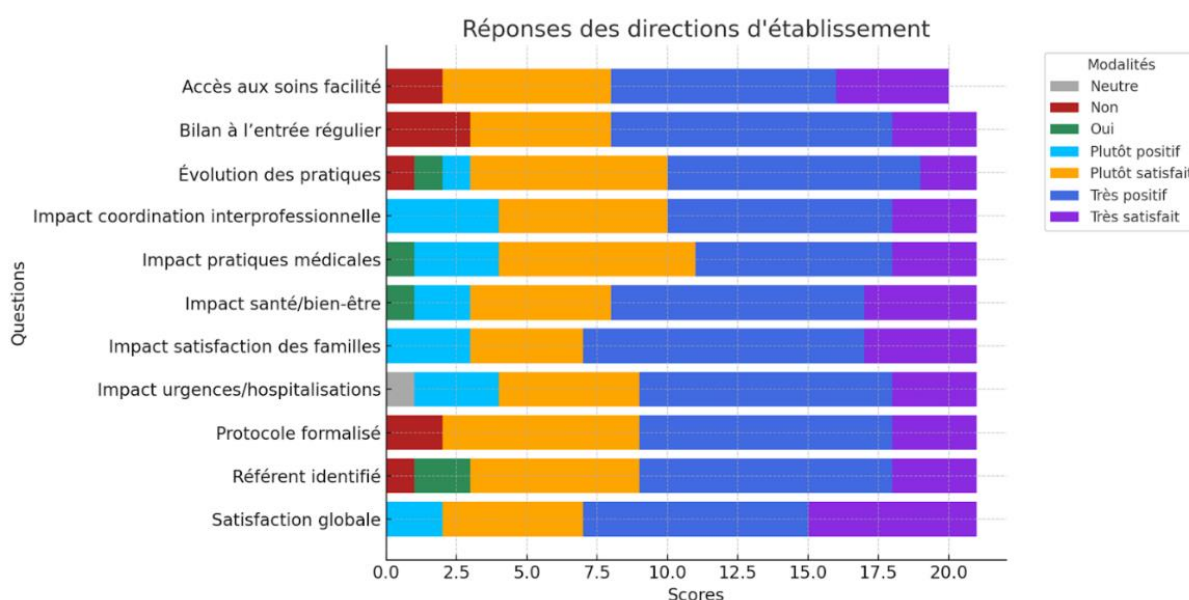


Figure 3 : Réponses des directions d'établissement

L'étude menée auprès de 21 EHPAD du territoire du Valenciennois-Quercitain montre que 15 établissements disposent d'un protocole formalisé, soit 71 % des structures. En parallèle, environ un tiers des établissements ne disposent pas encore d'un tel

document. Concernant la réalisation d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée, seuls 2 établissements (9 %) déclarent le pratiquer systématiquement.

La désignation d'un référent en hygiène bucco-dentaire est effective dans 13 établissements (61 %). En ce qui concerne l'accompagnement global, 13 établissements (61 %) estiment avoir facilité l'accès aux soins dentaires spécialisés, tandis que 15 (71 %) déclarent une amélioration des pratiques professionnelles depuis le lancement de l'expérimentation.

Du point de vue des perceptions, 13 directions (61 %) se déclarent très satisfaites de la démarche et 16 établissements (76 %) observent un impact jugé très positif sur la santé et le bien-être des résidents. Les retours concernant la diminution des urgences ou hospitalisations sont plus nuancés (52 %), tout comme ceux relatifs à la coordination interprofessionnelle (47 %).

Enfin, 71 % des établissements relèvent une amélioration de la satisfaction des familles et 61 % rapportent une évolution des pratiques médicales internes.

4.2.1.2 Analyse des retours professionnels sur le territoire Valenciennois-Quercitain

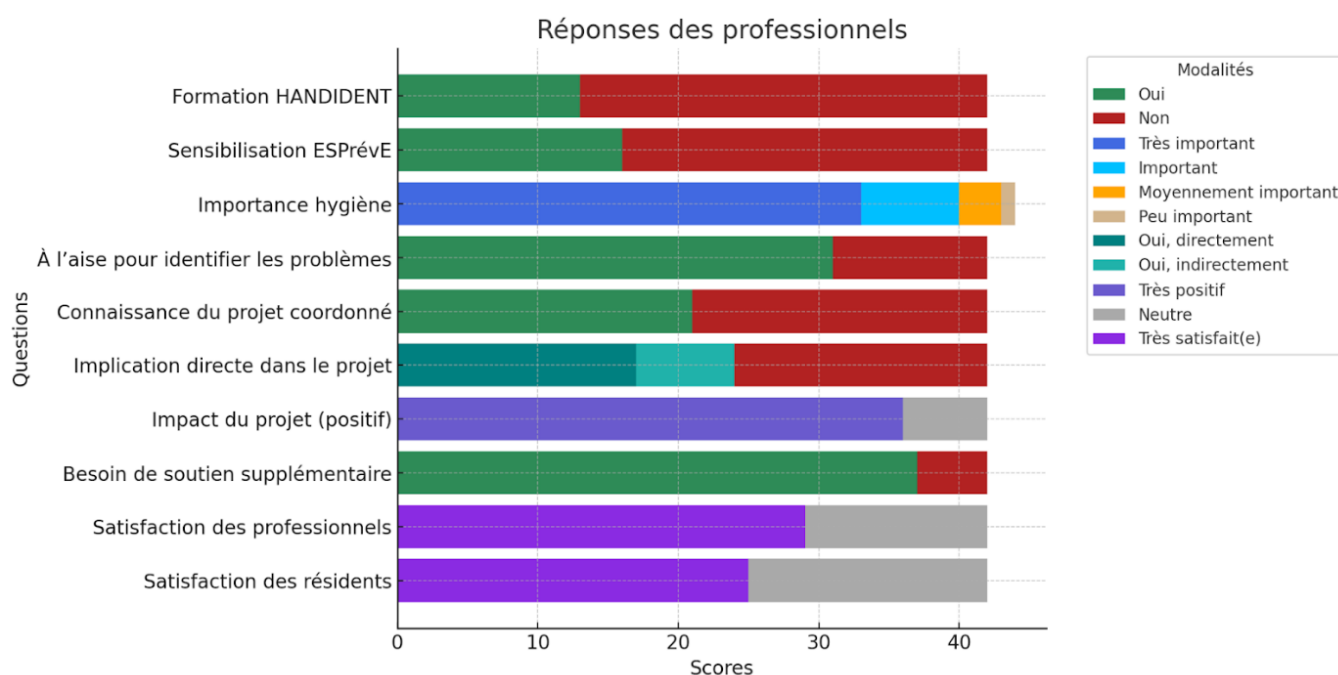


Figure 4 : Réponses des professionnels

L'analyse des réponses recueillies auprès des professionnels du territoire Valenciennois-Quercitain met en évidence plusieurs éléments relatifs à l'appropriation progressive de la thématique de l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD.

Parmi les 42 professionnels interrogés, 29 considèrent l'hygiène bucco-dentaire comme « très importante » et 30 se déclarent « à l'aise » ou « plutôt à l'aise » pour repérer les signes nécessitant une intervention. Treize d'entre eux déclarent avoir bénéficié de la formation proposée par HANDIDENT Hauts-de-France, tandis que 15 ont été sensibilisés par les équipes ESPrévE. Par ailleurs, 35 professionnels sur 42 expriment encore un besoin de soutien complémentaire.

La connaissance du projet coordonné est partagée de manière variable : 20 professionnels indiquent en avoir une connaissance claire et 14 déclarent y être impliqués directement. Les autres évoquent une implication indirecte ou absente.

Les effets du projet sont perçus positivement par une majorité des répondants : 34 estiment son impact positif ou très positif, notamment en termes de sensibilisation, d'organisation des soins et de structuration des pratiques. Cette perception est également visible dans les retours concernant la satisfaction professionnelle : 30 répondants se disent « plutôt » ou « très satisfaits » de leur implication et 25 considèrent que les résidents en tirent une satisfaction.

L'ensemble de ces données met en évidence une dynamique en cours, marquée par une mobilisation progressive des professionnels, tout en soulignant des besoins persistants en matière de formation, de ressources matérielles et de soutien organisationnel pour accompagner l'intégration durable de l'hygiène bucco-dentaire dans les pratiques des établissements.

4.2.1.3 Analyse des réponses des résidents – Valenciennois-Quercitain

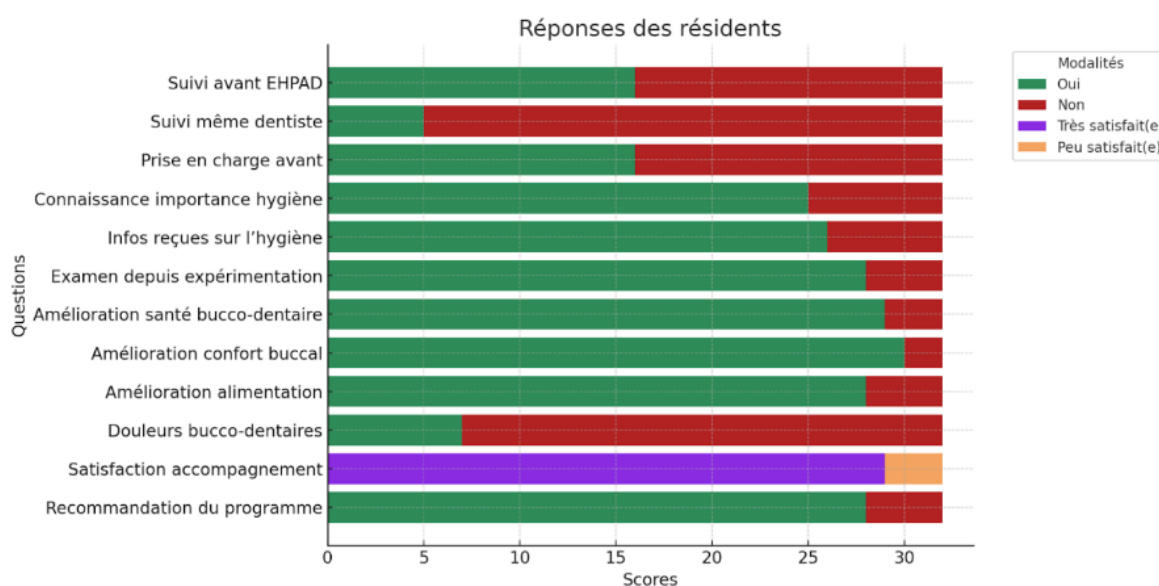


Figure 5 : Réponses des résidents

Sur le territoire du Valenciennois-Quercitain, les réponses recueillies auprès de 32 personnes âgées résidant en EHPAD permettent de documenter leur parcours, leurs perceptions et les effets déclarés de l'expérimentation en matière d'hygiène bucco-dentaire. Les résidents interrogés sont âgés de 56 à 101 ans, avec une majorité appartenant à la tranche des plus de 80 ans.

En ce qui concerne l'antériorité du suivi dentaire, 17 résidents indiquent avoir été suivis par un dentiste avant leur entrée en EHPAD mais une fois en EHPAD seuls 7 résidents déclarent avoir conservé leur chirurgien-dentiste après l'admission. Avant la mise en œuvre de l'expérimentation, 11 résidents déclaraient bénéficier d'une prise en charge en matière d'hygiène bucco-dentaire. Par ailleurs, 20 résidents se déclaraient déjà sensibilisés à l'importance de cette thématique et 28 indiquent avoir reçu des informations à ce sujet, jugées pour la majorité d'entre eux comme claires et compréhensibles.

Depuis le lancement du projet, 29 résidents rapportent avoir bénéficié d'un examen bucco-dentaire et 30 déclarent percevoir une amélioration de leur santé bucco-dentaire. Des effets sont également rapportés en termes de confort buccal et de qualité de l'alimentation, également cités par 30 résidents dans chaque cas. Quatre résidents signalent encore des douleurs bucco-dentaires.

Enfin, 30 résidents se disent satisfaits ou très satisfaits de l'accompagnement reçu. Parmi eux, 27 déclarent qu'ils recommanderaient le programme.

4.2.1.4 Analyse des réponses des aidants – Valenciennois-Quercitain

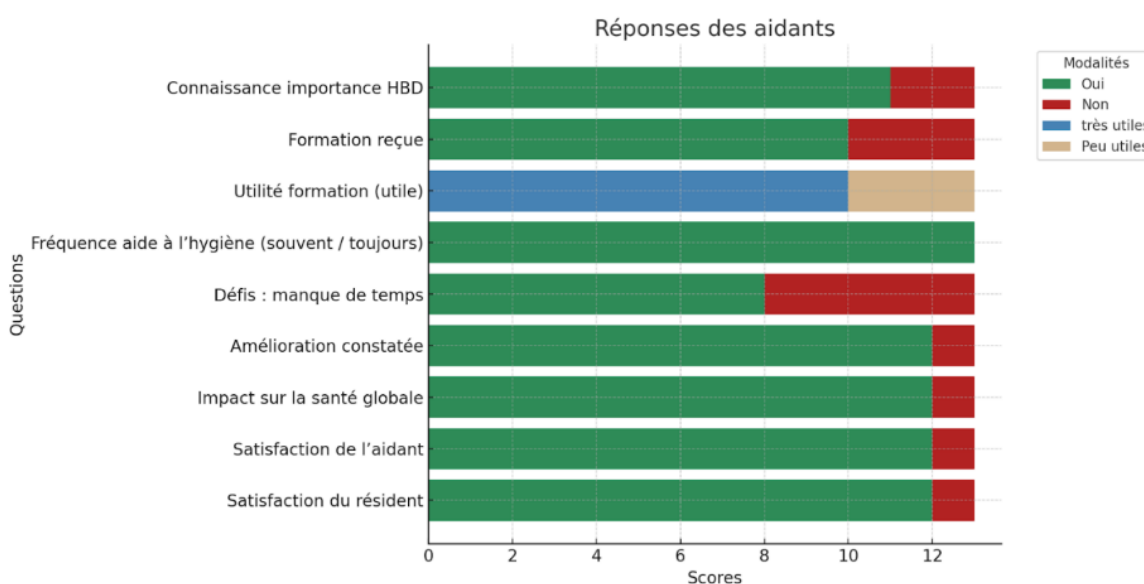


Figure 6 : Réponses des aidants

L'analyse des retours de 13 aidants, comprenant à la fois des professionnels et des aidants familiaux, fournit plusieurs éléments permettant d'évaluer l'impact de l'expérimentation en hygiène bucco-dentaire (HBD) dans les EHPAD.

Dix aidants déclarent avoir eu une connaissance préalable de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire avant le lancement du projet, tandis que trois indiquent ne pas en avoir eu conscience.

Concernant les actions de formation ou d'information reçues dans le cadre du projet, 11 aidants les jugent de manière globalement positive. Dix considèrent ces actions comme "plutôt utiles" ou "très utiles", tandis que deux en relativisent l'intérêt. L'ensemble des aidants interrogés indique intervenir "souvent" ou "toujours" dans l'aide à l'hygiène quotidienne des résidents.

Plusieurs freins sont néanmoins signalés, notamment le manque de temps, l'indisponibilité de certains équipements, ainsi que les refus ou les difficultés de mobilisation des résidents. Malgré ces obstacles, l'ensemble des aidants rapporte avoir observé des améliorations chez les résidents, qu'elles soient modestes ou plus marquées.

Tous les aidants reconnaissent également un impact positif sur la santé globale des résidents, jugé "modéré" à "significatif" selon les situations. Par ailleurs, 12 aidants sur 13 expriment un niveau de satisfaction élevé concernant leur propre implication dans le projet et 11 estiment que les résidents ont eux aussi exprimé une satisfaction à l'égard de la démarche.

4.2.1.5 Analyse des réponses des chirurgiens-dentistes

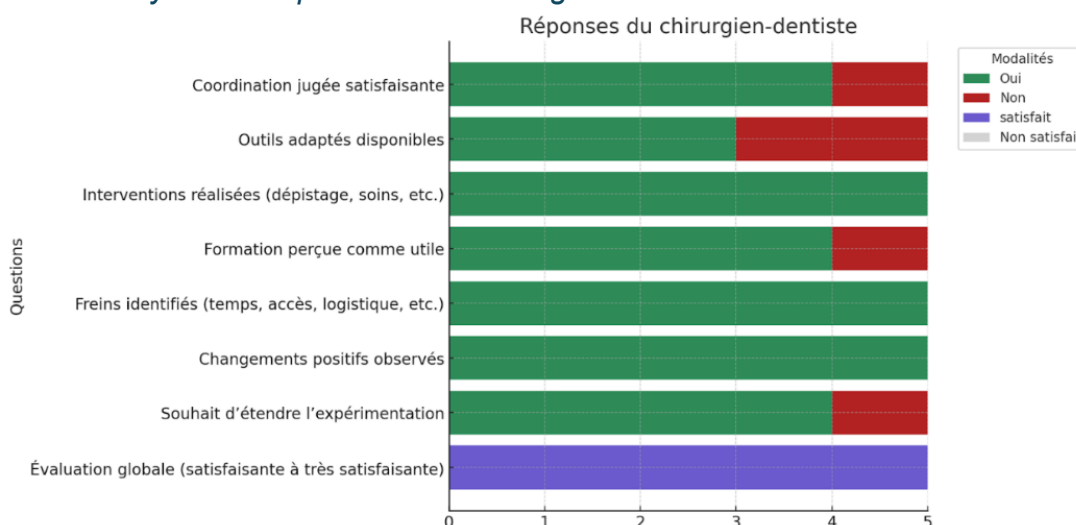


Figure 7 : Réponses des chirurgiens-dentistes

Les retours recueillis auprès des 5 chirurgiens-dentistes ayant participé à l'expérimentation dans les EHPAD du territoire Valenciennois-Quercitain montre que 4 praticiens sur 5 estiment que la coordination a été satisfaisante ou très satisfaisante, malgré des contextes d'intervention parfois complexes. Les outils proposés sont jugés adaptés par 3 praticiens, tandis que 2 signalent des limites persistantes, notamment concernant la disponibilité du matériel sur site. L'ensemble des 5 chirurgiens-dentistes ont mené des actions cliniques ou de sensibilisation, incluant des dépistages, des soins conservateurs, des interventions en urgence, ainsi que des séances d'éducation à la santé bucco-dentaire.

La formation est perçue comme utile par la majorité, bien que certains praticiens expriment des réserves sur son accessibilité ou son contenu. Plusieurs freins sont identifiés de manière convergente par les 5 praticiens interrogés : manque de temps, problèmes logistiques, surcharge des équipes soignantes, difficulté d'accès au fauteuil dentaire et réticence de certains résidents à recevoir des soins.

Malgré ces obstacles, les 5 praticiens rapportent des évolutions jugées positives : amélioration des pratiques professionnelles, renforcement de la coordination interdisciplinaire et augmentation du nombre de résidents bénéficiant d'un suivi bucco-dentaire. Les 5 chirurgiens-dentistes interrogés estiment que l'expérimentation pourrait être poursuivie ou élargie à d'autres établissements. Parmi les suggestions émises figurent la désignation d'un chirurgien-dentiste référent par structure, l'instauration de consultations systématiques à l'entrée en EHPAD et le développement du rôle d'hygiéniste dentaire.

4.2.2 Les questionnaires territoire Boulonnais

4.2.2.1 Analyse des réponses des directions d'établissement des EHPAD

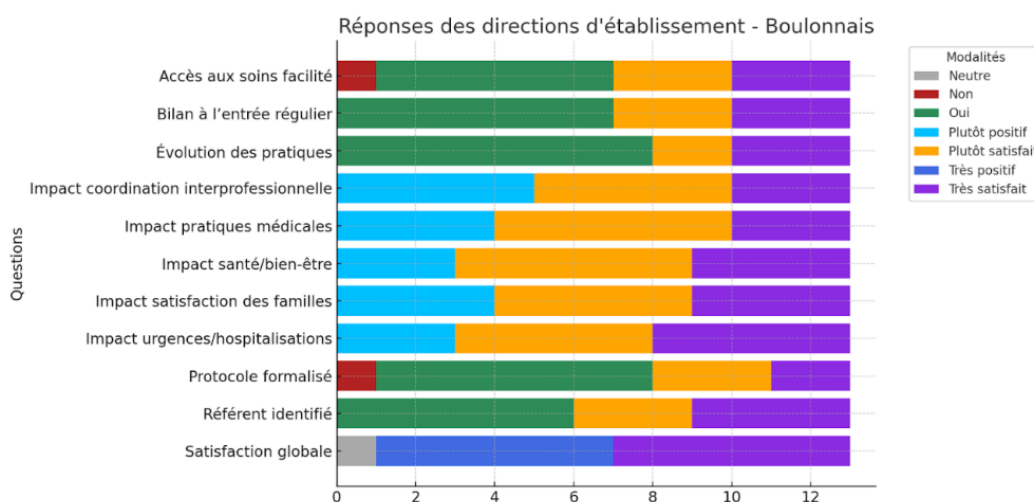


Figure 8 : Réponse des directions d'établissement

L'analyse des données issues de 13 EHPAD met en évidence plusieurs éléments relatifs à l'intégration de l'hygiène bucco-dentaire dans les pratiques institutionnelles.

10 établissements sur 13 disposent d'un protocole écrit structurant les soins bucco-dentaires (77 %). Concernant l'évaluation à l'entrée, 6 établissements (46 %) déclarent réaliser un bilan bucco-dentaire systématique lors de l'admission du résident. Un référent en hygiène bucco-dentaire est désigné dans 11 établissements (85 %). 10 établissements (77 %) estiment que l'accès aux soins dentaires a été facilité par l'expérimentation. Certains freins restent toutefois mentionnés, comme la disponibilité des professionnels ou les contraintes liées aux transports.

Une amélioration des pratiques professionnelles est rapportée par 11 directions sur 13 (85 %). 12 directions (92 %) se déclarent très satisfaites de la démarche expérimentale. Dans 11 établissements sur 13 (85 %), les directions indiquent un impact jugé très positif sur la santé globale des résidents, incluant des améliorations perçues du confort, une réduction des douleurs, une meilleure alimentation et une diminution des signes infectieux.

Une baisse des hospitalisations évitables ou des urgences liées aux pathologies bucco-dentaires est observée dans 10 établissements sur 13 (77 %). La coordination entre les différents acteurs du soin est jugée en amélioration dans 9 établissements (69 %). Des marges de progression subsistent dans 4 établissements (31 %), notamment sur les articulations entre le secteur médico-social, les professionnels de ville et les équipes mobiles ou spécialisées.

Dans 10 établissements (77 %), une satisfaction accrue des familles est rapportée concernant l'attention portée à la santé bucco-dentaire. Enfin, 11 établissements sur 13 (85 %) font état d'une évolution des pratiques médicales internes, avec une attention renforcée portée à l'état bucco-dentaire, un repérage plus systématique des besoins et une intégration accrue de cette dimension dans l'évaluation globale de la santé des résidents.

4.2.2.2 Analyse des retours des professionnels – Territoire du Boulonnais

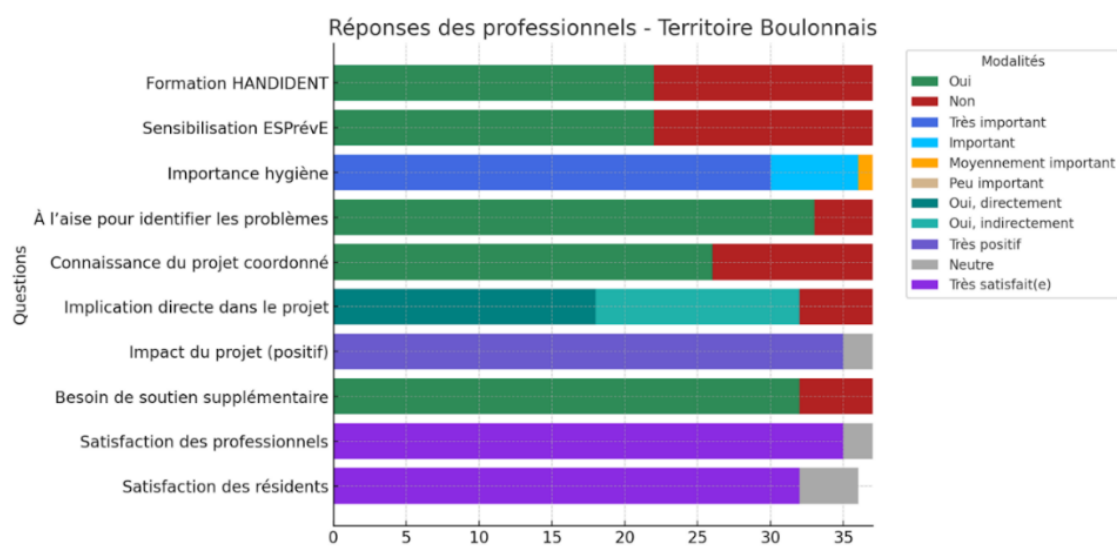


Figure 9 : Réponses des professionnels

L'analyse des réponses de 37 professionnels de santé exerçant en EHPAD sur le territoire du Boulonnais met en évidence plusieurs éléments relatifs à la mise en œuvre et aux effets perçus de l'expérimentation en hygiène bucco-dentaire.

30 professionnels sur 37 (81 %) considèrent que l'hygiène bucco-dentaire constitue une priorité « très importante » dans la prise en soin. Par ailleurs, 30 professionnels (81 %) déclarent se sentir à l'aise pour repérer les problématiques bucco-dentaires. Toutefois, 19 professionnels sur 37 (51 %) indiquent avoir bénéficié d'une formation par HANDIDENT HDF et 20 (54 %) d'une sensibilisation par les équipes ESPrévE.

25 professionnels (68 %) affirment connaître le projet coordonné, ce qui reflète une diffusion relativement étendue de l'information. En revanche, seuls 13 (35 %) déclarent être impliqués directement dans le dispositif, tandis que la majorité se dit impliquée de manière indirecte ou non impliquée. L'impact du projet est perçu positivement par 31 professionnels sur 37 (84 %), notamment en lien avec l'évolution des pratiques, la généralisation des dépistages et l'utilisation d'outils adaptés aux situations rencontrées en EHPAD.

Malgré cette perception favorable, 29 professionnels (78 %) expriment encore un besoin de soutien supplémentaire. Parmi les éléments mentionnés figurent le manque de temps, les contraintes matérielles, les difficultés d'adhésion de certains résidents et la charge mentale ressentie par les équipes.

Enfin, la satisfaction professionnelle liée à l'expérimentation est élevée : 29 professionnels sur 37 (78 %) se disent « plutôt satisfaits » ou « très satisfaits ». Cette

perception positive est également rapportée concernant les résidents, pour lesquels les répondants observent une amélioration du confort et de la qualité de vie.

4.2.2.3 Analyse des réponses des résidents (Territoire du Boulonnais)

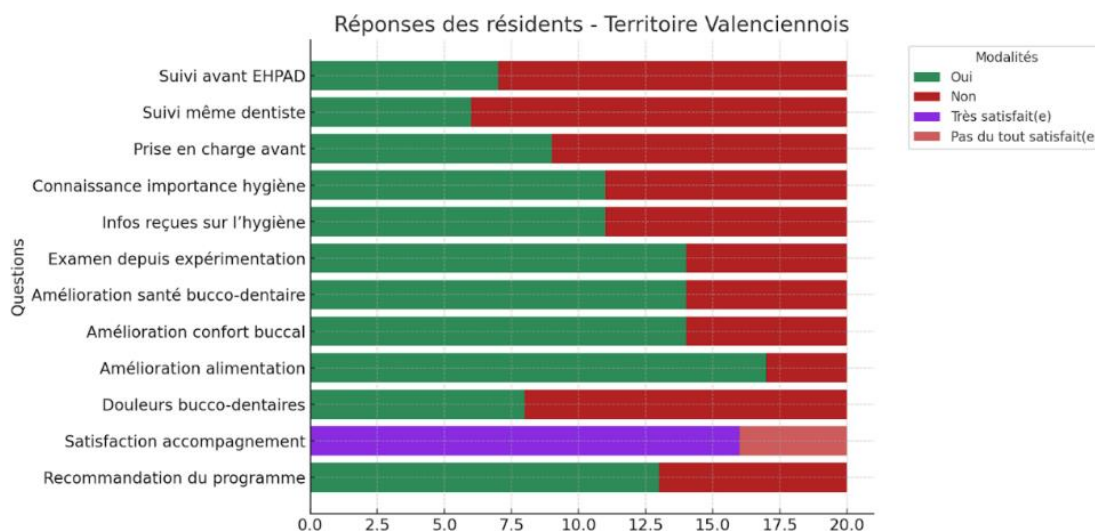


Figure 10 : Réponses des résidents

L'analyse des 20 questionnaires remplis par des résidents d'EHPAD du territoire du Boulonnais met en évidence plusieurs tendances concernant la perception et les effets de l'expérimentation en hygiène bucco-dentaire.

Les personnes interrogées sont âgées de 57 à 93 ans, avec une majorité ayant plus de 80 ans. Avant l'entrée en EHPAD, 4 résidents sur 20 (20 %) déclaraient bénéficier d'un suivi dentaire régulier. La continuité avec le chirurgien-dentiste antérieur est maintenue pour 5 résidents (25 %). Avant le lancement de l'expérimentation, 6 résidents (30 %) déclaraient avoir une prise en charge de leur hygiène bucco-dentaire. 8 résidents (40 %) indiquent avoir reçu des informations claires à ce sujet.

Depuis la mise en place du dispositif, 10 résidents sur 20 (50 %) rapportent avoir bénéficié d'un examen bucco-dentaire. 11 résidents (55 %) déclarent une amélioration de leur santé bucco-dentaire. Le même nombre de répondants cite également une amélioration de leur confort buccal et de leur alimentation. L'accompagnement reste toutefois ponctuel : 4 résidents (20 %) disent être accompagnés plusieurs fois par semaine. Les difficultés d'accès aux soins sont encore mentionnées par environ un tiers des répondants, en lien avec l'organisation des déplacements, la disponibilité des professionnels ou les ressources humaines dans les établissements. Concernant les douleurs persistantes, 5 résidents (25 %) en signalent encore. Ces situations sont

associées à des causes telles que des prothèses inadaptées, l'absence de suivi régulier ou des difficultés d'hygiène au quotidien.

Enfin, 9 résidents sur 20 (45 %) se déclarent satisfaits de l'accompagnement reçu. Parmi eux, 7 (35 %) recommanderaient la poursuite du programme. D'autres expriment des réserves ou soulignent un besoin de suivi plus personnalisé.

4.2.2.4 Analyse des réponses des aidants – Territoire du Boulonnais

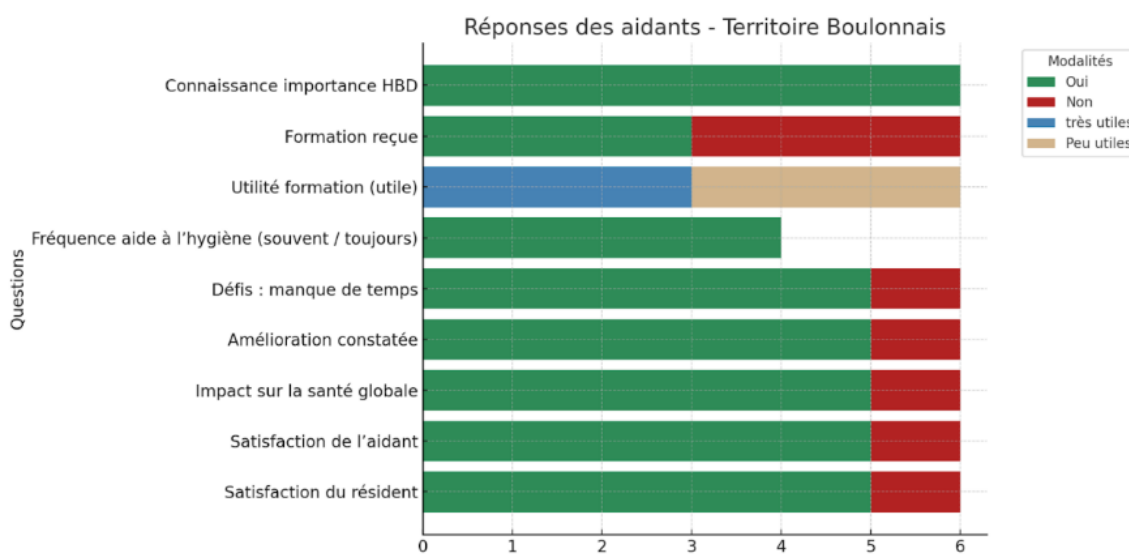


Figure 11 : Réponses des aidants

Les six aidants interrogés avaient conscience de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire avec trois déclarant une compréhension « très bonne » et trois une compréhension « générale ». La formation ou l'information spécifique en hygiène bucco-dentaire a été reçue par trois aidants sur six (50 %). Parmi eux, deux l'ont jugée « plutôt utile » et un « très utile ». Malgré cet accès partiel à la formation, la fréquence déclarée de l'aide à l'hygiène est élevée : quatre aidants interviennent « souvent », un « toujours » et un seul déclare n'intervenir « jamais ». Parmi les principaux défis rencontrés, cinq aidants mentionnent un manque de temps. L'absence de matériel adapté est également signalée. Malgré ces difficultés, cinq aidants sur six rapportent avoir observé des améliorations chez les résidents, dont trois estiment ces améliorations importantes.

L'impact global sur la santé est perçu comme « significatif » par cinq aidants, tandis qu'un seul déclare ne pas avoir observé d'impact, en lien avec la situation spécifique d'un résident totalement édenté. En matière de satisfaction, quatre aidants expriment une satisfaction claire, tant vis-à-vis de leur propre rôle que des effets perçus chez les

résidents. Deux aidants soulignent toutefois un besoin supplémentaire en accompagnement ou en formation.

4.2.2.5 Analyse des réponses des chirurgiens-dentistes – Territoire du Boulonnais

Les réponses des 5 chirurgiens-dentistes intervenant dans les territoires du Boulonnais et du Calaisis apportent plusieurs éléments d'analyse concernant leur participation à l'expérimentation en hygiène bucco-dentaire en EHPAD.

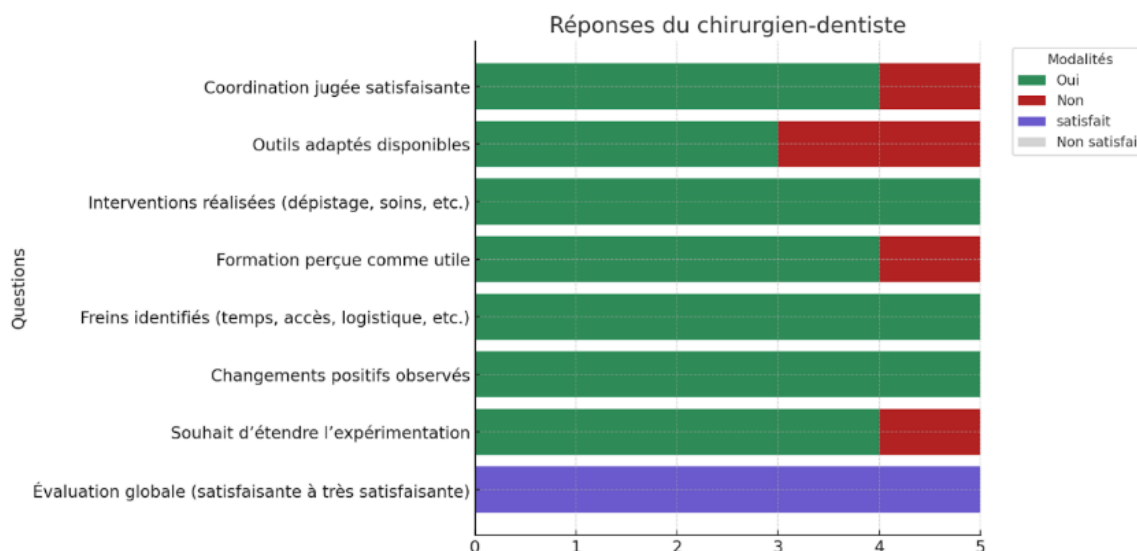


Figure 12 : Réponses des chirurgiens-dentistes

Les 5 praticiens sur 5 évaluent la coordination comme « satisfaisante » ou « très satisfaisante ».

Quatre praticiens sur cinq (80 %) déclarent avoir disposé d'outils jugés adaptés à leurs interventions. Toutefois, 3 praticiens (60 %) soulignent encore certaines limites, notamment des difficultés d'accès au fauteuil dentaire, des contraintes logistiques et un manque de temps pour les équipes soignantes. Les types d'interventions réalisées sont variés. Tous les praticiens (5 sur 5) rapportent avoir mené des soins d'urgence, des dépistages, ainsi que des actions de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire.

En matière de formation, les 5 chirurgiens-dentistes jugent les contenus reçus utiles, dont 3 (60 %) estiment qu'elles ont été particulièrement pertinentes. Les freins les plus fréquemment cités sont : difficultés d'accès au matériel (notamment fauteuil), manque de disponibilité des soignants et problèmes d'organisation des interventions. Malgré ces contraintes, tous les professionnels interrogés (5 sur 5) relèvent des améliorations

tangibles, notamment dans les pratiques professionnelles en EHPAD et dans la régularité du suivi bucco-dentaire des résidents. Deux praticiens (40 %) formulent le souhait d'une extension du dispositif expérimental à d'autres domaines du soin, tels que la pédicurie, estimant ce modèle d'intervention coordonnée transférable à d'autres spécialités.

Enfin, l'ensemble des praticiens interrogés se déclare « satisfait » ou « très satisfait » de leur participation à l'expérimentation, ce qui conforte l'intérêt exprimé pour une éventuelle pérennisation et généralisation de ce type de dispositif au sein des établissements médico-sociaux.

4.3 Résultats issus des rapports d'activité HANDIDENT HDF et ETSO (2023-2024)

4.3.1 Résultats issus du dépistage bucco-dentaire en EHPAD (2023–2024)

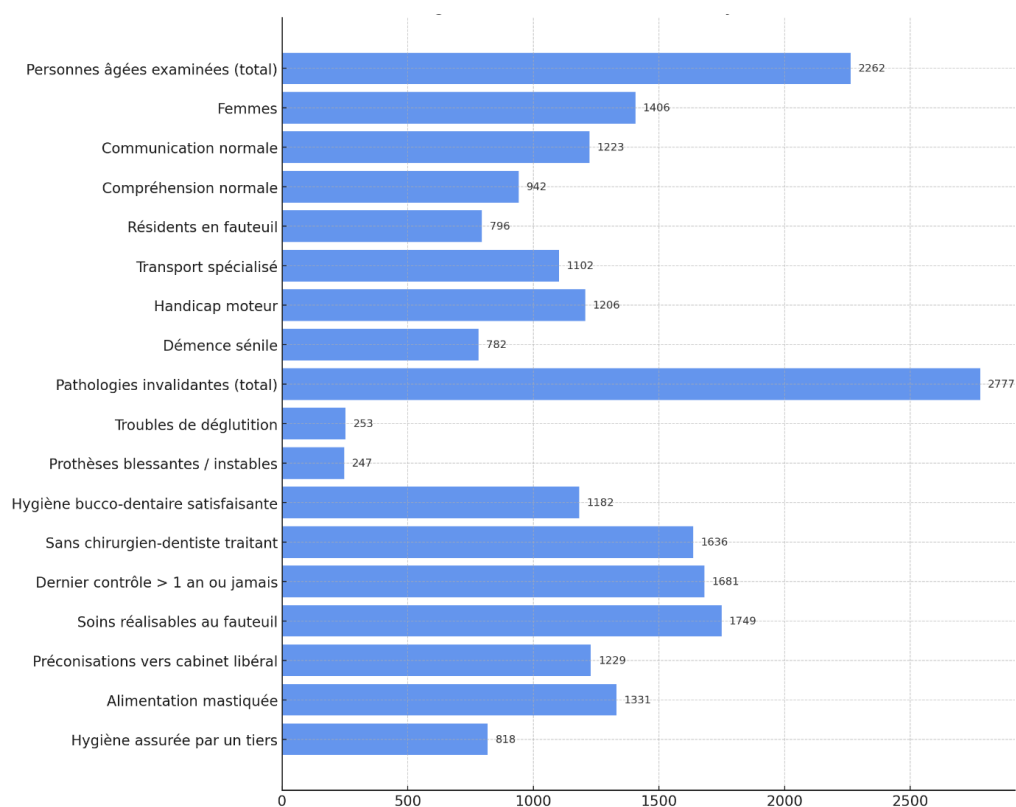


Figure 13 : Résultat des dépistages

Au total, 2 262 personnes âgées ont été examinées sur les territoires du Valenciennois-Quercitain et du Boulonnais entre 2023 à 2024. La majorité des personnes examinées étaient des femmes (1 406).

Concernant la communication et la compréhension, les résultats montrent que 1223 résidents ont une communication dite normale, tandis que 942 présentent une compréhension jugée normale. Toutefois, une part importante des résidents nécessite une aide pour communiquer (430 cas) ou présente une communication impossible (249 cas).

Sur le plan fonctionnel, 796 résidents utilisent un fauteuil roulant (manuel ou électrique) et 1102 nécessitent un transport spécialisé pour accéder aux soins. Le transfert au fauteuil est possible sans aide pour 520 résidents, mais 985 nécessitent une assistance et 343 sont totalement dépendants.

Les pathologies sont omniprésentes : 1206 résidents présentent un handicap moteur et 782 souffrent de démence sénile. Au total, 2777 pathologies invalidantes ont été recensées (soit plus d'une par personne en moyenne), parmi lesquelles figurent notamment les cardiopathies (769 cas), la maladie d'Alzheimer (393), le diabète (364) et les cancers (219).

Les troubles de déglutition touchent 253 résidents et 247 portent une prothèse jugée blessante, instable ou inadaptée. Seuls 1182 résidents bénéficient d'une hygiène bucco-dentaire jugée satisfaisante, tandis que 221 présentent une hygiène inexistante. L'absence d'un chirurgien-dentiste traitant est rapportée dans 1636 cas et 1681 résidents n'ont pas eu de contrôle dentaire depuis plus d'un an, voire jamais.

Parmi les besoins identifiés, 1036 résidents nécessitent des soins, avec des besoins majoritairement orientés vers des soins chirurgicaux (624 cas), des soins prothétiques (372 cas) et des détartrages (229 cas). 1749 soins sont jugés réalisables au fauteuil. Les orientations proposées concernent principalement les cabinets libéraux (1229 cas), suivis des USOS (508 cas) et, de manière plus marginale, des soins sous anesthésie générale (97 cas).

Sur le plan nutritionnel, 1331 résidents ont une alimentation mastiquée, mais 506 nécessitent une alimentation mixée et 3 sont alimentés par sonde. Pour 818 résidents, l'hygiène quotidienne est réalisée par une autre personne que l'intéressé.

En résumé, ces résultats soulignent une forte prévalence des besoins bucco-dentaires parmi les résidents d'EHPAD, associée à une dépendance importante et à une faible continuité de suivi. Bien que des solutions de prise en charge existent, notamment via les soins au fauteuil ou les orientations vers les structures spécialisées, l'accès effectif

aux soins reste limité par des facteurs structurels : mobilité réduite, absence de dentiste traitant et manque d'autonomie dans les soins d'hygiène quotidiens. Ces constats soulignent la nécessité d'un renforcement des actions de prévention, de formation du personnel et d'une organisation territoriale intégrée des soins dentaires.

4.3.2 Résultats issus des rapports d'activité des infirmières en santé bucco-dentaire

Au total, les infirmières ont été sollicitées par plusieurs dizaines d'établissements.

Les interventions se sont principalement déroulées en présentiel, au sein des structures, dans le cadre de consultations, de dépistages, d'orientations ou de suivis. Des situations d'urgence ont également été traitées, souvent liées à des douleurs aiguës, des prothèses cassées ou des abcès, avec un délai de réponse pouvant varier selon les situations et les contraintes logistiques.

Parmi les motifs de sollicitation, on retrouve fréquemment des demandes d'évaluation de l'état bucco-dentaire, de conseil sur les soins à apporter, de soutien à la décision clinique ou de relais vers les professionnels de santé. Les orientations proposées à l'issue des consultations se répartissent entre les chirurgiens-dentistes libéraux, les USOS, les centres hospitaliers, ou encore les soins sous anesthésie générale, selon la complexité des cas. Des orientations vers les équipes mobiles ou des actions éducatives auprès des soignants ont également été mises en œuvre.

Les infirmières ont participé activement à l'accompagnement des résidents vers les soins, y compris hors établissement, avec un nombre significatif de suivis dans le temps, portant notamment sur les suites d'extraction dentaire, l'adaptation prothétique, la cicatrisation ou la gestion de douleurs persistantes. Ces suivis se sont déroulés selon des modalités diversifiées : échanges téléphoniques, mails, visites en établissement, bilans à distance, etc.

Les actions de formation et de sensibilisation ont occupé une place centrale dans l'activité infirmière. Des dizaines d'actions ont été menées, touchant plus de 100 professionnels (infirmiers, aides-soignants, cadres,...), avec des formats pédagogiques adaptés : ateliers pratiques, cas cliniques, animations en PASA (d'Activités et de Soins Adaptes), supports FALC (FACile à Lire et à Comprendre), journées thématiques (ex. : journée mondiale de l'hygiène bucco-dentaire). Ces actions ont été bien accueillies, bien que certains établissements aient décliné, invoquant des difficultés organisationnelles ou un manque de personnel.

En parallèle, les infirmières ont largement investi le champ de la communication territoriale, avec plus de 1000 échanges par mail ou téléphone, des présentations de projet auprès des équipes, familles, directions d'établissement et une présence active lors des CVS (Conseil de Vie Sociale), réunions d'équipe, colloques, ou rencontres avec les réseaux de soins. Plusieurs outils de coordination ont été élaborés : carnets de santé bucco-dentaire, trousseaux de matériel, protocoles d'hygiène individualisés, grilles d'évaluation, cartographie des ressources, affiches préventives.

En résumé, les rapports d'activité infirmiers mettent en évidence une implication croissante des professionnels dans l'accompagnement des EHPAD sur le plan bucco-dentaire. Le rôle infirmier s'affirme comme pivot du parcours de soins, articulant prévention, évaluation, orientation, formation et coordination. Ces interventions contribuent à mieux structurer l'offre de soins, à favoriser la continuité et à renforcer les compétences des équipes pour améliorer la santé orale des personnes âgées en établissement.

4.4 Analyse qualitative des entretiens

Les entretiens ont été réalisés avec l'équipe HANDIDENT HDF, ESPrévE et ETSO (voir les extraits en annexes [8.5](#), [8.6](#) et [8.7](#)). Les résultats de ces entretiens sont les suivants.

Tous les professionnels interrogés expriment une prise de conscience accrue de l'importance de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées. Les infirmiers référents, en particulier, évoquent une évolution notable de leurs pratiques et de celles de leurs collègues : « Avant, on n'en parlait pas, maintenant c'est intégré dans nos transmissions », résume une professionnelle.

Les équipes des ESPrévE, tout comme celles de HANDIDENT HDF, confirment que l'hygiène bucco-dentaire est désormais perçue comme une composante à part entière du soin global, même si cette perception n'est pas encore homogène dans toutes les équipes. La présence de référents formés joue ici un rôle clé pour impulser une dynamique collective.

Les professionnels reconnaissent l'utilité des outils mis à disposition, notamment les kits de dépistage, les supports de formation et les documents de protocole. Cependant, tous s'accordent à dire que ces outils ne sont pas encore suffisamment diffusés ou pas encore totalement intégrés dans certaines structures. Le manque de

temps, le turn-over du personnel et la surcharge de travail sont les freins les plus souvent évoqués.

Du côté des équipes ESPrévE, les intervenants soulignent la nécessité d'un appui logistique renforcé pour assurer des interventions régulières et éviter les ruptures dans le suivi des soins. Ils ont également mentionné les longues distances à parcourir pour se rendre dans les établissements accompagnés, ce qui constitue un frein important. De plus, leur temps de travail consacré à ESPrévE est actuellement limité à 50 %, alors qu'ils auraient souhaité pouvoir y consacrer 100 % de leur temps afin d'assurer un accompagnement plus soutenu. Enfin, l'absence de fauteuils adaptés dans les EHPAD est également identifiée comme un obstacle à une prise en charge bucco-dentaire efficace par HANDIDENT HDF.

Les retours convergent sur une amélioration significative des pratiques dans les établissements les plus investis. Les infirmiers constatent une meilleure organisation des soins d'hygiène buccale, une traçabilité plus systématique et un dialogue renforcé avec les familles. Pour les équipes HANDIDENT HDF, l'expérimentation a permis de renforcer la collaboration interprofessionnelle et de mieux cibler les besoins des établissements.

Cependant, les équipes (HANDIDENT HDF, ESPrévE et les infirmiers référents) soulignent que l'impact de l'expérimentation dépend fortement de l'implication de la direction, de la présence d'un référent et de la régularité des formations. Dans les structures où ces éléments sont réunis, les résultats sont nettement plus probants. Ils relèvent toutefois que les fréquents changements de personnel constituent un frein : à chaque nouvelle intervention, ils se retrouvent face à de nouveaux professionnels, ce qui les oblige à reprendre le travail de sensibilisation et de formation depuis le début.

L'analyse qualitative des entretiens révèle une dynamique positive impulsée par l'expérimentation, mais également les limites actuelles d'un système encore trop dépendant de l'engagement individuel des soignants. Pour passer à une véritable coordination territoriale de la santé bucco-dentaire en EHPAD, il apparaît nécessaire de consolider les outils, de structurer les référents et de renforcer les liens entre établissements et professionnels du secteur dentaire. Les acteurs de terrain sont prêts à s'engager, à condition que des moyens pérennes et adaptés soient mis à leur disposition.

4.5 Conclusions générales des résultats

Les résultats obtenus dans le cadre de l'expérimentation menée sur les territoires du Valenciennois-Quercitain et du Boulonnais révèlent une évolution significative des pratiques en matière d'hygiène bucco-dentaire en EHPAD. Le diagnostic initial avait mis en évidence des fragilités organisationnelles marquées : absence de référents, faible traçabilité des soins, matériel spécifique quasi inexistant et manque de structuration globale autour de cette thématique. Deux ans plus tard, les données collectées montrent des avancées concrètes et mesurables, tant du point de vue des organisations que des perceptions des acteurs impliqués.

La désignation de référents, l'élaboration de protocoles, l'intégration de l'hygiène bucco-dentaire dans les projets de soins et la sensibilisation des professionnels témoignent d'une dynamique de transformation enclenchée. Les questionnaires et entretiens réalisés auprès des directions, professionnels, résidents, aidants et chirurgiens-dentistes font apparaître une appropriation croissante de la démarche, bien qu'hétérogène selon les établissements. Les rapports d'activité des équipes partenaires confirment également une demande forte et persistante en soins dentaires, avec une prévalence élevée de pathologies non traitées et des freins persistants à l'accès aux soins.

Ces résultats traduisent à la fois les progrès permis par une coordination structurée et les limites qui subsistent en l'absence de moyens suffisants, d'engagement institutionnel pérenne ou de relais locaux clairement identifiés. À partir de ce constat, il devient essentiel d'interroger les conditions de réussite de la démarche, les disparités observées entre territoires, les leviers mobilisables pour garantir la continuité des actions engagées et les enjeux éthiques et humains que soulève cette thématique encore trop souvent négligée.

Ces enseignements constituent ainsi le socle sur lequel s'appuie la discussion qui suit.

À la lumière des résultats présentés, une discussion s'impose pour approfondir les enseignements, les écarts observés, ainsi que les leviers et freins identifiés.

5 Discussion

5.1 Enseignements globaux de l'expérimentation

Ces éléments synthétisent ce que l'expérimentation a permis de révéler ou de confirmer, à partir de données multiples.

5.1.1 Enseignements des auto-diagnostics

L'analyse des auto-diagnostics initiaux réalisés en 2021 dans 52 EHPAD des Hauts-de-France a révélé des lacunes majeures dans l'organisation de l'hygiène bucco-dentaire. Dans plus de 80 % des établissements, aucun référent n'était identifié. La traçabilité des soins restait faible et le matériel spécifique souvent inexistant. Ces éléments traduisent une prise en charge encore marginale, peu intégrée aux démarches qualité ou de prévention et une vision morcelée du soin bucco-dentaire.

Les diagnostics révisés, réalisés dans le cadre de l'expérimentation, ont mis en évidence des avancées concrètes : désignation de référents dans davantage d'établissements, amélioration de la traçabilité et dotations accrues en matériel de base et spécifique. Ces progrès témoignent d'un changement de posture et d'un engagement plus structuré en faveur de la santé orale.

Cependant, ces avancées restent inégales selon les territoires. Certains EHPAD se sont appropriés le dispositif de manière dynamique, tandis que d'autres peinent encore à intégrer ces pratiques. Dans plusieurs cas, la partie "hygiène bucco-dentaire" des auto-diagnostics reste vide, ce que les équipes ESPrévE expliquent par leur méthode de remplissage en temps réel : l'établissement choisit une ou plusieurs thématiques d'accompagnement et l'auto-diagnostic correspondant est alors complété. Cette logique crée des diagnostics ciblés, mais parfois partiels.

Les capacités d'accompagnement varient également : certaines équipes ESPrévE ne peuvent suivre qu'une thématique par an, faute de temps et en raison de l'éparpillement géographique. D'autres, intervenant sur des périmètres plus restreints, peuvent accompagner plusieurs thématiques, bien que cela implique de laisser le remplissage du diagnostic aux établissements, avec des retours différés ou absents.

Ce contraste territorial renvoie à une problématique soulignée par Temple (2015) : la réussite des actions en santé bucco-dentaire dépend d'un portage institutionnel fort et

durable. Sans engagement des directions, soutien des tutelles et coordination structurée, les initiatives restent sporadiques et peu pérennes.

En somme, la comparaison des diagnostics initiaux et révisés montre une dynamique encourageante, mais encore fragile. L'expérimentation a permis une impulsion significative, qu'il convient désormais de renforcer et d'uniformiser pour ancrer durablement la santé bucco-dentaire dans les pratiques gériatriques de tous les territoires.

5.1.2 Apports des questionnaires : perception des acteurs

L'analyse des questionnaires recueillis auprès des directions, professionnels, aidants, résidents et chirurgiens-dentistes sur les territoires du Valenciennois-Quercitain et du Boulonnais met en évidence une prise de conscience croissante autour de l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD. Si les retours révèlent une dynamique globale d'amélioration, des disparités territoriales et professionnelles persistent.

Les directions d'établissement témoignent d'une nette progression dans la structuration des soins : désignation de référents, formalisation de protocoles, accès élargi aux soins. Le Boulonnais ressort comme un territoire plus avancé, bénéficiant d'un portage institutionnel fort, d'une coordination mieux établie et d'une appropriation plus homogène du projet. À l'inverse, certains établissements du Valenciennois-Quercitain apparaissent moins engagés, traduisant une appropriation encore incomplète.

Les professionnels de santé expriment une meilleure sensibilisation, mais font état de freins persistants : manque de temps, accès inégal à la formation continue, besoin de soutien organisationnel. Ces constats rejoignent ceux de Mangeney et al. (2017), qui soulignent l'influence des représentations des soignants sur la mise en œuvre des soins. Lorsque l'hygiène bucco-dentaire est perçue comme secondaire, sa pérennisation demeure fragile.

Les aidants familiaux et professionnels se disent majoritairement satisfaits des effets de l'expérimentation sur le confort et la santé des résidents. Néanmoins, leur implication reste limitée par plusieurs contraintes : absence lors des soins, manque d'information, perception erronée que le matériel devrait être fourni par l'EHPAD et déficit de formation spécifique. Leur rôle, souvent essentiel, mériterait d'être davantage reconnu et soutenu.

Les chirurgiens-dentistes ayant participé saluent la qualité de la coordination, l'accueil en établissement et la pertinence des actions menées. Ils identifient néanmoins des axes d'amélioration : meilleure disponibilité des équipements, renforcement des équipes, accès à la formation. Certains proposent d'élargir ce modèle à d'autres soins (ex. pédicurie), soulignant sa transférabilité.

Toutefois, l'absence ou la négativité de certaines réponses, notamment dans les établissements les moins structurés, pose question. Elle pourrait refléter une méconnaissance du dispositif, un déficit d'appropriation ou un manque de portage institutionnel. Cela souligne l'importance d'un accompagnement renforcé, d'une communication ciblée et d'une mobilisation plus systématique des directions pour éviter que ce soin ne repose uniquement sur la bonne volonté individuelle.

Les équipes de HANDIDENT HDF, après leurs formations ont recueilli les perceptions des professionnels. Les retours, largement positifs, confirment que la formation initiale et continue est un levier central d'appropriation. Toutefois, les rotations d'équipes, les absences longues ou l'arrivée de nouveaux agents expliquent certaines réponses incomplètes. Cela souligne l'importance d'intégrer des modules de rattrapage réguliers et d'inscrire cette thématique dans le plan de développement des compétences des établissements.

La majorité des résidents témoignent d'une amélioration de leur confort buccal, de leur alimentation et d'un meilleur accès aux soins. Toutefois, leurs représentations sont souvent influencées par leur parcours de vie, leur origine sociale ou leurs souvenirs liés aux soins durant l'enfance. Certains rappellent l'absence quasi totale de soins dentaires à l'époque de l'activité minière, où la santé bucco-dentaire était peu considérée. D'autres, notamment parmi les plus âgés ou les personnes présentant des troubles cognitifs, manifestent un rejet des soins perçus comme intrusifs.

Ces constats font écho aux travaux de Véronique Lefebvre des Noëttes dans *Du consentement dans la maladie d'Alzheimer* (2021), qui invite à replacer la parole du résident même vulnérable au cœur du soin. Le consentement éclairé, souvent mis à mal en institution, doit être réaffirmé comme un principe fondamental de bientraitance. L'interprétation des réponses des résidents doit aussi tenir compte de troubles cognitifs, d'une mémoire fragmentée ou d'une subjectivité marquée, nécessitant une

évaluation croisée : observation clinique, retour des aidants, des soignants, de la famille.

5.1.3 Apports des entretiens qualitatifs

Les entretiens menés auprès des infirmiers en EHPAD, des équipes HANDIDENT HDF et des membres des ESPrévE révèlent une mobilisation croissante autour de la santé bucco-dentaire, portée par une prise de conscience progressive de son importance dans le parcours de soin des personnes âgées. Tous les professionnels interrogés soulignent une évolution des représentations et des pratiques, traduisant une intégration plus affirmée de l'hygiène bucco-dentaire dans les gestes du quotidien.

Cette dynamique s'appuie sur une architecture organisationnelle complémentaire, mobilisant les expertises de terrain (référents infirmiers), les compétences techniques des équipes HANDIDENT HDF et l'ancrage territorial des ESPrévE. Ce fonctionnement en réseau, cohérent avec les constats issus des rapports d'activité, permet d'enclencher des changements durables dans les structures les plus investies. La généralisation de la traçabilité, l'amélioration des transmissions et le renforcement des liens avec les familles en sont des exemples concrets.

Cependant, cette mobilisation reste encore trop dépendante de l'engagement individuel des soignants et de la volonté des directions. Les freins évoqués comme manque de temps, surcharge de travail, rotation du personnel, absence de fauteuils adaptés témoignent de la fragilité structurelle des dispositifs, qui peinent à s'imposer de manière homogène. Comme le souligne Favier (2009), l'absence de reconnaissance officielle du soin bucco-dentaire dans les référentiels professionnels constitue un obstacle majeur à sa légitimation. Il en résulte une inégalité d'investissement entre établissements, certains intégrant pleinement la démarche, d'autres la reléguant à un niveau secondaire.

Par ailleurs, les résistances exprimées par certains résidents ou professionnels à l'égard des gestes bucco-dentaires, parfois perçus comme intrusifs ou peu prioritaires, rappellent que ce soin ne peut être réduit à une simple procédure technique. Bernadette Cuisinier dans *Le travail du vieillir* (2003), souligne l'importance de l'accompagnement émotionnel dans les soins intimes, en particulier auprès de personnes âgées souvent fragilisées tant sur le plan psychique que physique. L'adhésion au soin repose sur une relation de confiance, une posture bientraitante et

une écoute attentive du ressenti de la personne soignée. À cela s'ajoute, chez certains professionnels, une forme de dégoût face à la sphère buccale, qui peut freiner l'engagement dans ces soins spécifiques.

Les retours convergent néanmoins sur le rôle structurant des référents, véritables relais internes capables de sensibiliser les équipes, d'organiser les interventions et de garantir la continuité du suivi. Lorsqu'ils bénéficient d'un temps institutionnel dédié et d'une reconnaissance dans leur mission, les résultats sont jugés nettement plus probants. À l'inverse, leur absence compromet la pérennité des efforts engagés.

Ainsi, si l'expérimentation a permis d'enclencher une dynamique de changement, son inscription durable suppose de consolider les fondations du dispositif. Cela passe par une diffusion plus large des outils, une formation continue accessible, un renforcement de l'appui logistique et une reconnaissance institutionnelle du soin bucco-dentaire comme composante essentielle du soin global en EHPAD. À cette condition, les professionnels de terrain, déjà largement engagés, pourront déployer pleinement leur rôle au service de la santé orale des personnes âgées.

5.1.4 Apports des rapports d'activité (HANDIDENT HDF et ETSO)

Le dépistage mené auprès de 2262 résidents, dont 913 cas analysés en détail, révèle une réalité préoccupante : l'état bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD reste globalement dégradé. Avec une moyenne d'âge de 87 ans et 40 % des résidents âgés de 90 ans ou plus, les résultats reflètent un vieillissement avancé, associé à une forte dépendance (notamment chez les GIR 2 et 3), nécessitant un accompagnement quotidien, y compris pour l'hygiène orale.

Pourtant, seuls 40 % des résidents présentent un état bucco-dentaire satisfaisant. Les situations rencontrées (racines résiduelles, caries non soignées, prothèses absentes ou inadaptées) témoignent d'un besoin massif en soins conservateurs et prothétiques, rarement pourvu. Ce déficit s'inscrit dans un contexte où l'hygiène bucco-dentaire reste encore marginale dans les pratiques gériatriques.

Les orientations vers des chirurgiens-dentistes libéraux, vers des unités spécialisées (USOS), voire vers des soins sous anesthésie générale, sont autant de tentatives de réponse. Mais leur mise en œuvre est freinée par de nombreux obstacles : refus de soins, complexités logistiques, manque de temps, d'équipements et de personnel. Ces

freins sont particulièrement marqués chez les résidents présentant des troubles cognitifs, rendant difficile la continuité du suivi.

Dans ce contexte, le dépistage ne peut rester une action isolée. Il doit devenir le point d'entrée vers un parcours structuré, tenant compte de la temporalité propre à chaque résident, du lien avec les aidants et de la dimension relationnelle du soin. Sans continuité, le dépistage perd de son impact et risque de démobiliser les équipes.

Pourtant, les rapports d'activité des équipes HANDIDENT HDF et ETSO montrent que les conditions d'un changement sont réunies : un réseau mobilisé, des professionnels formés, une dynamique d'action de proximité. Cette démarche s'inscrit dans une logique de coordination intersectorielle, comme décrite par Cohen et al. (2006), où la collaboration entre secteurs sanitaire, médico-social et libéral constitue un levier essentiel pour améliorer l'accès aux soins.

Enfin, repenser le soin bucco-dentaire, c'est dépasser le geste technique. Comme le souligne Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W. (Dir). *Soins, éthique et vieillissement. Du souci de la personne aux enjeux pour la pratique* (2012) il s'agit d'un acte relationnel, porteur de reconnaissance, d'adaptation et de dignité. Cela nécessite de renforcer la posture soignante, de soutenir les équipes dans la gestion des refus et de faire du soin bucco-dentaire un soin à part entière, porteur de sens au quotidien.

5.1.5 Évaluation de la qualité du dispositif : données objectives et ressentis

L'évaluation de l'expérimentation repose sur une double approche : d'une part, l'analyse de données objectives (diagnostics initiaux et révisés, taux de dépistage, traçabilité, présence de référents, matériel disponible) et d'autre part, la prise en compte des ressentis exprimés par les professionnels, les résidents et les aidants. Ce croisement méthodologique permet d'aller au-delà des indicateurs quantitatifs classiques et de saisir la portée réelle du dispositif sur les pratiques, les représentations et la qualité perçue du soin.

Les résultats mettent en évidence une dynamique d'amélioration progressive. La présence plus fréquente de référents en hygiène bucco-dentaire, l'instauration partielle mais croissante de la traçabilité des soins et une meilleure disponibilité du matériel témoignent d'une structuration naissante du parcours bucco-dentaire dans les EHPAD. Du point de vue des professionnels, ces évolutions se traduisent par un sentiment d'utilité, une reconnaissance du sujet comme « soin à part entière » et un engagement

accru dans les établissements les plus impliqués. Toutefois, la qualité perçue reste conditionnée par le niveau d'appropriation locale. Les établissements ayant bénéficié d'un accompagnement rapproché, d'une mobilisation de la direction et d'un référent identifié affichent des résultats nettement plus positifs. À l'inverse, là où ces leviers font défaut, les professionnels expriment une perception plus mitigée et les changements apparaissent plus fragiles ou superficiels. Ce constat souligne la nécessité de systématiser l'accompagnement, de formaliser les démarches et d'outiller les équipes pour garantir une qualité homogène sur l'ensemble du territoire. Cette dynamique fait écho aux analyses de Metzger (2017), qui met en évidence le rôle déterminant des cadres intermédiaires dans la conduite du changement au sein des établissements psychiatriques, notamment en tant que relais opérationnels entre les orientations stratégiques et les pratiques de terrain. Par ailleurs, Gomez (2004) rappelle combien les mécanismes de régulation au sein des équipes soignantes, tels que les réunions institutionnelles, favorisent la cohésion et l'intégration du changement. Enfin, Ravaud (2018) insiste sur l'importance d'une transformation structurelle des organisations pour accompagner les évolutions de pratiques, au-delà des seuls ajustements ponctuels.

5.1.6 Évolution des pratiques professionnelles à la suite de l'expérimentation

L'un des apports majeurs de l'expérimentation réside dans l'évolution des pratiques professionnelles, tant sur le plan organisationnel que symbolique. Là où l'hygiène bucco-dentaire était auparavant perçue comme secondaire, voire négligée, elle tend désormais à être intégrée dans les transmissions, les protocoles de soins et les formations internes. Plusieurs professionnels évoquent un véritable changement de posture, avec une attention nouvelle portée à la bouche, à la parole du résident, ainsi qu'aux signes cliniques souvent discrets mais révélateurs : douleurs, gêne, refus de soins, troubles de l'alimentation. Il faut également souligner que ces signes ne sont pas sans conséquence : un inconfort bucco-dentaire non identifié peut conduire à un refus alimentaire persistant, favorisant la dénutrition, l'aggravation de la dépendance fonctionnelle, voire dans les cas les plus sévères, précipiter une dégradation globale de l'état de santé pouvant aller jusqu'au décès. Cette prise de conscience progressive témoigne d'une meilleure intégration de la santé orale dans le soin global, à la croisée des enjeux de qualité de vie, de prévention et de dignité.

Ce mouvement ne s'est pas opéré de manière uniforme, mais il marque une rupture culturelle dans les établissements engagés. Il témoigne d'un déplacement du regard : la bouche n'est plus seulement un espace de soin technique, mais un lieu d'expression, de lien et de vulnérabilité. Comme le soutiennent Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W. (Dir). *Soins, éthique et vieillissement. Du souci de la personne aux enjeux pour la pratique* (2012), penser le soin dans sa globalité implique d'intégrer ces dimensions dans les pratiques quotidiennes.

Cependant, cette évolution reste encore fragile. Elle dépend fortement de la continuité des formations, de l'existence de référents visibles et soutenus et d'un portage institutionnel fort. Pour qu'elle s'inscrive durablement, il est nécessaire de consolider les acquis : renforcer la formation initiale et continue, intégrer le soin bucco-dentaire dans les projets d'établissement et valoriser les retours d'expérience des professionnels de terrain.

5.1.7 La coordination, levier de qualité dans le soin bucco-dentaire en EHPAD

L'expérimentation a révélé un enseignement central : la coordination territoriale est un levier essentiel pour améliorer la qualité des soins bucco-dentaires en EHPAD. Grâce à la désignation de référents, à l'harmonisation des outils et au soutien des équipes mobiles, les établissements ont mieux organisé leurs pratiques, renforçant la traçabilité et la régularité des soins.

Au-delà des aspects techniques, cette coordination a permis l'émergence d'un langage commun entre professionnels, une montée en compétence des équipes et un lien renforcé avec les acteurs de santé locaux. Elle a repositionné le soin bucco-dentaire comme un enjeu de santé publique, inscrit dans une logique de prévention, de bientraitance et de respect.

Sur le terrain, les infirmières référentes territoriales ont favorisé une meilleure anticipation, une mobilisation accrue autour des rendez-vous et un suivi plus rigoureux. Un chirurgien-dentiste observé lors d'une consultation a souligné la baisse des retards, la présence plus régulière des résidents et la qualité des dossiers médicaux, illustrant l'impact concret de cette coordination. Dans un contexte de pénurie de personnel et de dépendance accrue, l'hygiène bucco-dentaire est souvent reléguée au second plan. La coordination rend ces soins visibles, soutient les professionnels et transforme un

acte isolé en projet collectif intégré. De nombreux soignants expriment un besoin d'appui méthodologique, logistique et de reconnaissance.

Pour renforcer cette dynamique, la coordination doit être formalisée, institutionnalisée et régulièrement évaluée, tout en restant souple et co-construite avec les équipes. C'est ainsi que l'hygiène bucco-dentaire pourra devenir un soin pleinement intégré au parcours de santé de la personne âgée.

5.1.8 Santé bucco-dentaire et qualité de vie

L'expérimentation a mis en évidence l'impact direct de l'état bucco-dentaire sur la qualité de vie des résidents : confort, alimentation, sommeil, communication, estime de soi. Lorsque la bouche est douloureuse, sèche, enflammée, ou équipée de prothèses inadaptées, c'est toute la vie quotidienne qui en est affectée. À l'inverse, des soins réguliers et adaptés permettent d'améliorer significativement le bien-être, de prévenir les infections et de renforcer la participation des résidents aux activités sociales et aux repas.

Ce lien fondamental reste toutefois méconnu dans de nombreux établissements, où la santé buccale est encore perçue comme un "plus", non comme une nécessité. Promouvoir l'hygiène bucco-dentaire revient donc à redonner du sens à un soin discret mais essentiel, à l'intégrer pleinement dans l'approche globale de la personne âgée et à reconnaître son impact sur la santé physique, psychologique et relationnelle.

5.2 Freins à la mise en œuvre et limites méthodologiques

5.2.1 Freins à la mise en œuvre

Ces thématiques regroupent les constats de blocage, les différences de résultats et les biais ou limites de l'analyse.

5.2.1.1 Disparités territoriales et freins identifiés

L'expérimentation conduite sur les territoires du Valenciennois-Quercitain et du Boulonnais a mis en évidence des disparités notables dans l'organisation et la mise en œuvre du soin bucco-dentaire. Ces différences tiennent à plusieurs facteurs : la disponibilité des professionnels (notamment des chirurgiens-dentistes), le niveau d'implication des directions, la stabilité des équipes et la place accordée à l'hygiène bucco-dentaire dans les projets d'établissement.

Dans certains EHPAD, cette thématique est intégrée à part entière dans les pratiques quotidiennes ; dans d'autres, elle demeure marginalisée, reléguée derrière d'autres priorités. Ces écarts reflètent, comme l'a souligné Boissière-Dubourg *De la maltraitance à la bientraitance : Une dynamique de changement dans les établissements pour personnes âgées* (2012), des variations de culture de la bientraitance, qui conditionnent la manière dont les soins « invisibles » (comme l'hygiène buccale) sont considérés et mis en œuvre.

Ainsi, au-delà de la question des moyens, ces disparités révèlent des inégalités d'accès à un soin pourtant fondamental, portant atteinte au principe d'équité. Elles posent également la question de la responsabilité collective des acteurs institutionnels dans la réduction de ces écarts territoriaux.

5.2.1.2 Freins et leviers à la mise en œuvre en EHPAD

Les retours des professionnels interrogés convergent autour de freins structurels récurrents : manque de temps, surcharge de travail, rotation importante des effectifs, absence de matériel adapté, ou encore difficulté d'implication de certains résidents en situation de troubles cognitifs. Ces contraintes rendent difficile l'inscription durable du soin bucco-dentaire dans les pratiques soignantes quotidiennes.

Le refus de soins, en particulier, constitue un frein à la fois technique et éthique. Nombre de soignants, par crainte d'imposer un soin mal accepté, préfèrent ne pas intervenir, au risque de laisser persister une douleur ou un inconfort. Ce dilemme, documenté notamment par Temple (2015) et Lefebvre des Noëttes (2020), illustre la tension entre respect du consentement et devoir de soin. Il appelle à renforcer la formation des professionnels à l'analyse du refus, à l'adaptation de l'approche relationnelle et à la construction d'un cadre éthique partagé autour du soin bucco-dentaire.

Cependant, certains professionnels mettent particulièrement l'accent sur le manque de temps, le refus des résidents, l'insuffisance de personnel ou encore l'absence de matériel pour justifier l'absence de réalisation des soins. Or, ces arguments, bien que réels dans certains contextes, peuvent parfois relever davantage d'un discours défensif que d'une analyse objective des possibilités. Par exemple, l'ARS Hauts-de-France a financé des kits d'hygiène fournis par HANDIDENT HDF pour les résidents. Ces arguments traduisent alors une forme de résistance au changement ou un

manque d'appropriation de la démarche. En réalité, les établissements ayant su s'organiser différemment, notamment grâce à la désignation de référents, à la planification des soins ou à l'intégration du brossage dans les routines, montrent qu'il est possible de dépasser ces obstacles. Cette situation illustre la résistance au changement, qui peut être interprétée non pas comme une opposition systématique, mais comme une manifestation d'inquiétudes ou de préoccupations face à l'initiative de changement. Selon une approche moderne, ces résistances peuvent fournir des retours d'information précieux sur les tensions et les inconforts vécus par les professionnels et ainsi guider des actions spécifiques pour faciliter l'engagement et l'appropriation du changement (Université de Sherbrooke, 2023).

Face à ces obstacles, plusieurs leviers ont émergé au cours de l'expérimentation. Le rôle des référents en hygiène bucco-dentaire apparaît comme un facteur déterminant. Leur présence facilite la continuité des actions, l'organisation des soins et la montée en compétence des équipes. L'implication forte des directions, l'intégration de la thématique dans les protocoles internes et la valorisation des formations sont également des éléments facilitateurs identifiés.

5.2.1.3 Difficultés de coordination interprofessionnelle et désengagement progressif des chirurgiens-dentistes

L'expérimentation a révélé comme enjeu central la fragilité de la coordination interprofessionnelle, en particulier entre les établissements médico-sociaux, les équipes mobiles (HANDIDENT HDF et ETSO) et les chirurgiens-dentistes libéraux. Si plusieurs praticiens se sont fortement investis dans la démarche, un désengagement progressif a été observé dans certains territoires, souvent en lien avec des dysfonctionnements logistiques (retards, absence de dossier, préparation insuffisante des résidents).

Ces difficultés, bien que compréhensibles dans un contexte de surcharge de travail et de tensions sur les effectifs, nuisent à la confiance entre partenaires et compromettent la régularité des soins. Elles illustrent les limites d'une coordination encore trop peu formalisée, reposant largement sur l'engagement individuel des acteurs. La pérennité du dispositif impose donc une clarification des rôles, des procédures et des engagements réciproques, afin de consolider les partenariats et prévenir l'épuisement professionnel.

Le risque de désengagement des chirurgiens-dentistes, souvent peu nombreux et insuffisamment équipés pour accueillir des publics dépendants, doit être pris au sérieux. Leur participation doit être justement reconnue et valorisée. Dans certains cas, l'absence de chirurgien-dentiste se conjugue à une demande massive de soins, rendant la réponse aux besoins bucco-dentaires largement inaccessible sans leur implication active.

Il apparaît donc indispensable de revaloriser les actes réalisés en EHPAD, de soutenir les professionnels libéraux impliqués et de renforcer la coordination logistique autour des rendez-vous, afin de limiter les ruptures de parcours. Les changements de praticiens sont majoritairement motivés par l'éloignement géographique, le manque de disponibilité, ou une réorientation décidée par l'établissement, autant de facteurs qui contribuent à une discontinuité fréquente des soins dentaires à l'entrée en institution. Le tout s'inscrit dans un contexte de fortes contraintes budgétaires pesant sur les EHPAD, marqué par une volonté croissante de rationalisation des dépenses de santé et des produits hygiènes, y compris pour les publics les plus vulnérables. Cette tension entre exigence de qualité et limitation des moyens financiers compromet la continuité des soins, accentue les inégalités d'accès et interroge la soutenabilité des dispositifs de prévention à long terme.

5.2.1.4 Des freins logistiques et institutionnels compromettant l'ancrage du parcours bucco-dentaire

L'expérimentation a mis en évidence de nombreux obstacles freinant l'accessibilité et la pérennisation du parcours de soins bucco-dentaires en EHPAD. Ces freins, d'ordre logistique, matériel et institutionnel, soulignent la fragilité d'une coordination encore trop dépendante de conditions locales et de moyens limités.

Sur le plan logistique, les contraintes sont majeures : manque de véhicules adaptés, difficultés de transfert des résidents, trajets non sécurisés, absence d'accompagnant dans les cabinets de ville. Ces éléments, souvent ignorés des évaluations classiques, engendrent retards, annulations de rendez-vous, surcharge pour les soignants, inconfort et stress pour les résidents. Une question éthique se pose alors : peut-on parler de parcours coordonné lorsque l'accès aux soins reste matériellement compromis ?

Les infirmières référentes territoriales et les équipes ESPrévE rencontrent elles aussi de fortes limitations : longues distances à parcourir, moyens de transport inadaptés pour les personnes âgées, matériel qui ne sera pas renouvelé par les familles. Il faut tenir compte du temps consacré par les équipes ESPrévE (50 % sur leur temps de travail). Ce contexte limite la fréquence des interventions, complique leur organisation et fragilise la continuité du parcours. Le manque d'appui logistique et la pénibilité physique des soins sans équipements adaptés sont également régulièrement soulignés.

À ces freins logistiques s'ajoutent des freins institutionnels : insuffisance des financements pour rémunérer les personnels intérimaires, absence de budget dédié aux personnels de coordination (infirmier ou médecin). Ce déficit compromet la pérennité des actions menées et limite l'adhésion des établissements.

Un autre frein majeur concerne la circulation de l'information. Les comptes rendus dentaires sont rarement transmis, les antécédents bucco-dentaires des résidents sont souvent inconnus et les échanges entre soignants, coordinateurs et dentistes sont fragmentés. Ce cloisonnement nuit au suivi et à l'anticipation des besoins.

Enfin, la santé bucco-dentaire reste insuffisamment intégrée dans les priorités institutionnelles. Trop peu présente dans les projets d'établissement ou les démarches qualité, elle reste sous-représentée dans les politiques gériatriques, malgré son impact sur la nutrition, le confort, la parole et la prévention des infections.

Pour dépasser ces freins, il est indispensable de reconnaître la santé bucco-dentaire comme un volet essentiel du soin en EHPAD. Cela implique de l'inscrire dans les référentiels, d'accroître les financements, de structurer les circuits d'information et de soutenir la coordination territoriale, en valorisant les professionnels qui en sont les moteurs. À ces conditions, la dynamique engagée pourra gagner en cohérence, en efficacité et en légitimité.

5.2.1.5 Méthodologies inégales dans la passation des auto-diagnostics : un impact sur la complétude et les retours

L'analyse des auto-diagnostics initiaux révèle une variabilité importante dans les modalités de passation, selon les pratiques des équipes ESPrévE et le degré d'accompagnement des établissements. Certaines équipes privilégient une passation accompagnée centrée sur une seule thématique, permettant un travail ciblé mais

partiel ; d'autres laissent l'établissement remplir seul le questionnaire, avec un risque de non-retour ou de données incomplètes. Cette hétérogénéité méthodologique fragilise la comparabilité des données entre établissements et territoires.

Elle complique également l'évaluation globale de la démarche, puisque certaines dimensions essentielles comme la traçabilité, le matériel ou la présence de référents peuvent être absentes ou inégalement renseignées. Comme le soulignent Cohen et al. (2006) et Temple (2015), une collecte de données cohérente et partagée est indispensable pour piloter efficacement une action de santé publique. L'instauration de modalités harmonisées, d'un accompagnement renforcé et de critères de complétude communs apparaît donc comme un levier incontournable pour garantir la fiabilité des diagnostics et orienter les actions à venir.

5.2.1.6 Le Bucco-Bus : une innovation à adapter aux réalités de la dépendance

Le Bucco-Bus, dispositif mobile visant à rapprocher les soins des établissements, représente une initiative saluée pour sa portée inclusive. Toutefois, sa mise en œuvre révèle plusieurs limites lorsqu'il s'agit de prendre en charge des personnes âgées très dépendantes. L'accès difficile pour les résidents en fauteuil roulant, l'espace restreint à l'intérieur du véhicule et l'environnement parfois anxiogène pour des personnes désorientées, réduisent fortement son efficacité.

Comme l'ont souligné plusieurs professionnels : « Le Bucco-Bus est une bonne idée, mais pas pour les résidents très dépendants. » Ce constat invite à penser l'innovation non pas uniquement en termes techniques ou de proximité géographique, mais aussi selon les critères d'acceptabilité, de sécurité et d'adaptation aux capacités fonctionnelles et cognitives des résidents.

Face à ces limites, plusieurs pistes d'amélioration se dessinent : repenser l'aménagement du Bucco-Bus pour le rendre plus accessible, renforcer la préparation des résidents avant les soins, ou encore privilégier les consultations sur site, en chambre ou en salle dédiée, par des équipes mobiles formées et équipées. Ces ajustements permettraient d'allier innovation technologique et réponse fine aux besoins spécifiques du grand âge.

5.2.1.7 Des situations critiques révélatrices des limites de la coordination

L'expérimentation a mis en lumière plusieurs situations critiques, révélant les fragilités du dispositif de coordination lorsqu'il n'est ni suffisamment anticipé ni véritablement

structuré. Ces événements ont illustré de manière aiguë les tensions entre la volonté de soigner, les contraintes matérielles et le respect dû à la personne âgée. Bien que rares, ces situations doivent être considérées comme des signaux d'alerte, symptomatiques de dysfonctionnements systémiques.

Un exemple marquant que j'ai vécu sur le terrain, illustre particulièrement bien cette problématique : une résidente très dépendante, jugée "apte" par son établissement, a été transférée sans préparation suffisante vers un cabinet dentaire difficile d'accès. Son état réel (troubles du comportement, mobilité réduite, vêtements souillés) a rendu le trajet pénible, l'accueil difficile et l'intervention stressante. Dans un climat de tension et de malaise, plusieurs personnes ont été mobilisées pour l'installer tandis que la résidente exprimait son inconfort tout au long de la prise en charge.

Ce cas révèle un défaut de coordination en amont, marqué par l'absence d'évaluation clinique partagée, un dossier médical incomplet, un manque de communication entre équipes soignantes et services administratifs et une préparation logistique insuffisante. Il rappelle que la coordination ne peut se réduire à la simple programmation d'un acte médical ou à la présence d'un protocole. Elle repose sur un enchaînement rigoureux et réfléchi d'étapes : évaluation de la situation du résident, anticipation des contraintes, vérification des conditions d'accueil et répartition claire des responsabilités.

Le soin bucco-dentaire en EHPAD, en raison de la fragilité du public concerné, exige ainsi une vigilance éthique constante, une logistique adaptée et une coordination interprofessionnelle solide. Faute de quoi, l'intention de soigner peut, malgré elle, engendrer une forme de maltraitance involontaire.

5.2.1.8 Le rôle clé des aidants face aux limites du consentement

Dans les situations de vulnérabilité cognitive, la question du consentement éclairé devient complexe. Les résidents ne peuvent pas toujours exprimer clairement leur accord, ou leurs réponses sont confuses, fluctuantes, voire absentes. Les professionnels, soucieux de respecter la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients, se trouvent parfois démunis face à cette incertitude éthique.

Dans ce contexte, le rôle des aidants familiaux ou des personnes de confiance est essentiel. Connaissant les habitudes, les repères, les craintes et les préférences de la personne âgée, ils peuvent faciliter l'intervention, aider à interpréter certains comportements et renforcer l'adhésion au soin. Pourtant, leur implication reste inégale,

souvent freinée par un manque d'information ou une absence de reconnaissance dans le parcours bucco-dentaire.

L'analyse des retours recueillis montre un désengagement fréquent des familles sur cette thématique. Beaucoup déclarent ne pas se sentir concernées, pensant que leur proche « n'a plus de dents » ou que « ce n'est pas leur rôle ». Ce désintérêt reflète un déficit de sensibilisation sur les enjeux de santé globale liés à l'hygiène bucco-dentaire. Ce manque d'adhésion affaiblit l'efficacité du projet de soin, démotive les équipes et entretient une forme d'indifférence face à des symptômes pourtant évitables (douleurs, infections, troubles alimentaires).

Plus préoccupant encore, certaines familles, voire certains établissements, ont sollicité le retrait des dents restantes d'un résident afin de « simplifier le quotidien » ou d'« éviter les complications ». Extraire des dents non pathologiques pour éviter un soin revient à renoncer à accompagner et dans certains cas, à commettre une forme de mutilation. Ces actes sont contraires à l'article 16-1 du Code civil, qui stipule que « chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable » . De plus, des décisions judiciaires ont qualifié de telles pratiques de mutilations volontaires, soulignant leur gravité et leur incompatibilité avec l'éthique médicale. Il n'appartient pas au famille ou aux EHPAD de décider du plan de traitement. Le chirurgien-dentiste propose l'extraction si elle est justifiée.

5.2.1.9 Des représentations réductrices qui conditionnent les pratiques

L'expérimentation a mis en lumière le poids des représentations sociales et culturelles dans la manière dont est perçu le soin bucco-dentaire. La bouche, espace intime, peut être vécue comme un « territoire interdit », tant par les soignants que par les résidents. Elle renvoie à des dimensions corporelles, affectives et identitaires, qui peuvent susciter gêne, refus ou évitement. Selon Teynier (2016), la pudeur liée à l'examen de la bouche est un mouvement inconscient de protection, établissant une limite garante du respect de l'intimité. De plus, la bouche est un lieu privilégié de somatisation, intimement liée aux premières expériences de la vie, ce qui lui confère une charge symbolique et émotionnelle forte (Mieux-Être, 2019). Ainsi, la bouche et les dents sont investies d'une haute valeur symbolique, représentant la vitalité, la beauté et la santé et participant grandement à l'image que l'on donne de soi aux autres (Benichou, 2025).

Du côté des professionnels, ces représentations peuvent induire une hiérarchisation implicite des soins, reléguant l'hygiène bucco-dentaire au second plan. Du côté des résidents, le refus de soin peut traduire une perte de repères sensoriels, une incompréhension ou un malaise face à un acte perçu comme intrusif. Au-delà des aspects techniques, la bouche et les dents sont intimement liées à l'image corporelle et à l'estime de soi. Une bouche édentée, douloureuse ou négligée peut être vécue comme un stigmate de déchéance physique et sociale, en particulier chez les personnes âgées dépendantes. Cette symbolique sociale a été tristement illustrée dans le débat public lorsqu'une expression attribuée à l'ancien président François Hollande – « les sans-dents » – a mis en lumière la manière dont l'absence de soins dentaires peut être associée à une forme d'exclusion ou de relégation sociale. Ce type de représentation souligne la nécessité de considérer le soin bucco-dentaire non seulement comme un acte de santé, mais également comme un geste de reconnaissance de la dignité de la personne.

Une idée tenace persiste : « S'il n'y a plus de dents, il n'y a plus besoin de soin ». Cette vision simplifiée, partagée parfois par les familles, les établissements et même certains professionnels, occulte une réalité clinique bien documentée. Une bouche édentée reste sujette à des douleurs, des inflammations, des mycoses, une sécheresse buccale et nécessite un entretien régulier.

Comme le rappellent Favier (2009) et Mangeney et al. (2017), la bouche ne se résume pas aux dents : elle est aussi un lieu d'expression, de relation, d'alimentation et de dignité. Travailler sur ces représentations constitue un levier essentiel pour redonner du sens à ce soin souvent invisibilisé et repositionner l'hygiène bucco-dentaire dans les priorités du soin gériatrique.

5.2.1.10 Des enjeux éthiques et organisationnels à ne pas négliger

Au-delà des représentations, les professionnels témoignent de situations physiquement éprouvantes, en lien avec un manque d'appui logistique ou de coordination. Certains relatent des trajets pénibles, des transferts sans aides techniques, ou des interventions réalisées dans des conditions inadaptées. Un soignant m'a rapporté avoir souffert de douleurs lombaires après avoir poussé un fauteuil sur un chemin gravillonné, soulignant la pénibilité physique que peuvent engendrer certaines situations.

Ces expériences soulèvent une double interrogation éthique et organisationnelle :

- Peut-on demander aux équipes de prendre des risques pour combler des lacunes structurelles ?
- Peut-on envisager des parcours de soin sans intégrer les enjeux d'ergonomie, de sécurité et de santé au travail ?

Pour garantir un soin de qualité, respectueux à la fois des résidents et des professionnels, il est essentiel de penser la coordination dans toutes ses dimensions : médicale, relationnelle, logistique, humaine et éthique. Les soins bucco-dentaires, notamment en dehors des murs, nécessitent des moyens adaptés, une communication fluide et une reconnaissance des contraintes du terrain.

5.2.2 Limites méthodologiques

Cette évaluation a permis de dégager des enseignements précieux sur les conditions de réussite d'un parcours coordonné en santé bucco-dentaire en EHPAD. Toutefois, plusieurs limites méthodologiques doivent être soulignées, invitant à la prudence dans l'interprétation des résultats et à la poursuite des travaux de recherche.

5.2.2.1 *Un échantillon limité et peu représentatif*

L'analyse repose sur un échantillon restreint, avec une surreprésentation des territoires expérimentés (Valenciennois-Quercitain et Boulonnais). Cette configuration limite la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble des EHPAD de la région Hauts-de-France, ou plus largement au niveau national.

5.2.2.2 *Des données principalement auto-déclarées*

Le recueil d'informations s'appuie en grande partie sur des déclarations auto-reportées (questionnaires, auto-diagnostics), sans vérification systématique sur site. Cette méthode, bien qu'indispensable pour recueillir les perceptions des acteurs, peut introduire un biais de subjectivité et affecter la fiabilité des données. Ce biais est d'autant plus marqué lorsque les données sont collectées par les soignants eux-mêmes, au sein de leur établissement. En effet, le lien hiérarchique, la crainte de mal faire, de décevoir ou encore de donner une mauvaise image de la structure peuvent inconsciemment influencer les réponses. Par ailleurs, les résidents, rarement directement sollicités, peuvent ne pas oser exprimer un mal-être ou un défaut de soins, par peur de représailles ou par loyauté envers les professionnels. Ces éléments

invitent à compléter ce type de recueil par des observations externes, des entretiens indépendants ou des audits croisés pour renforcer la robustesse et l'objectivité de l'évaluation.

5.2.2.3 Un recul temporel insuffisant

L'expérimentation étant encore récente, le recul temporel reste limité. Il ne permet pas d'évaluer pleinement les effets cliniques à long terme, tels que la réduction de la douleur, la diminution des hospitalisations évitables, ou encore l'amélioration durable de la qualité de vie des résidents.

5.2.2.4 Une difficulté à recueillir certaines réponses

L'étude a également été confrontée à des difficultés de participation, en particulier dans certains établissements ou auprès de certains professionnels. Le taux de réponse hétérogène aux questionnaires, les relances parfois nécessaires, ainsi que la réticence de certains acteurs à s'exprimer sur un sujet encore peu investi dans les pratiques quotidiennes ont pu limiter la richesse et la diversité des données recueillies. Cette situation reflète à la fois un enjeu d'appropriation du sujet et une charge de travail qui pèse sur les professionnels, réduisant leur disponibilité pour participer à des démarches évaluatives.

5.2.2.5 Une mobilisation nécessaire pour obtenir des réponses

L'obtention des réponses aux questionnaires n'a pas été sans difficulté. Le taux de participation initial étant insuffisant, il a été nécessaire de mobiliser activement les acteurs du terrain. Cela a impliqué des déplacements sur site, des relances téléphoniques, ainsi qu'un travail de sensibilisation par le bouche-à-oreille pour impliquer plusieurs responsables au sein des établissements. Malgré ces efforts, certains acteurs sont restés difficiles à joindre ou peu disponibles, ce qui témoigne d'un intérêt encore inégal pour la thématique, mais aussi de la charge de travail importante qui pèse sur les professionnels et limite leur capacité à participer à ce type de démarche.

L'analyse de l'expérimentation révèle des enseignements précieux pour penser l'amélioration durable de la santé bucco-dentaire en EHPAD. Elle montre que lorsque les établissements sont soutenus, dotés de référents identifiés, outillés et coordonnés, l'hygiène bucco-dentaire peut s'intégrer progressivement dans les pratiques soignantes quotidiennes. L'implication des directions, la montée en compétence des

professionnels et l'inscription du sujet dans les protocoles sont autant de leviers efficaces repérés sur le terrain.

Toutefois, ces dynamiques positives coexistent avec de nombreux freins : disparités territoriales, charges de travail élevées, manque de moyens logistiques, coordination encore fragile, réticences au changement et limites méthodologiques dans l'évaluation. Ces obstacles, qu'ils soient structurels, humains ou symboliques, fragilisent la pérennité des actions engagées.

Ces constats soulignent la nécessité d'un changement d'échelle, à la fois stratégique et opérationnel, pour ancrer durablement l'hygiène bucco-dentaire dans les priorités du grand âge. C'est dans cette perspective que s'inscrivent les recommandations formulées ci-après, en réponse aux freins identifiés et pour consolider les acquis de l'expérimentation.

5.3 Recommandations

5.3.1 La structuration organisationnelle du dispositif

La pérennisation du parcours d'hygiène bucco-dentaire repose sur une organisation solide. Chaque établissement doit inscrire la santé orale dans son projet d'établissement et désigner deux référents avec une lettre de mission formalisée et du temps institutionnel dédié. Ce référent coordonne les soins, assure le lien avec les partenaires extérieurs et accompagne la formation des équipes, stabilisant ainsi les pratiques et facilitant la communication.

L'hygiène bucco-dentaire doit apparaître clairement dans les documents institutionnels (projet d'établissement, actions de prévention, qualité), ce qui renforce sa légitimité et permet une meilleure allocation des ressources.

Des protocoles de soins standardisés, co-construits avec les équipes, doivent encadrer les pratiques : bilans, traçabilité, gestion des urgences, suivi des prothèses. Leur mise à jour régulière, basée sur l'expérience terrain, garantit leur efficacité.

Enfin, une coordination territoriale via des réseaux inter-EHPAD ou des binômes soignant-dentiste permet de mutualiser les ressources, d'échanger les pratiques et d'améliorer l'équité d'accès aux soins, notamment dans les zones sous-dotées. Ce maillage local et régional est essentiel pour ancrer durablement la santé bucco-dentaire dans les pratiques des EHPAD.

5.3.2 Renforcer l'accessibilité aux soins bucco-dentaires pour les résidents dépendants

L'expérimentation a mis en lumière des obstacles persistants à l'accès aux soins bucco-dentaires pour les résidents les plus dépendants ou isolés. Ces freins, qu'ils soient d'ordre physique, logistique ou humain, nécessitent des réponses concrètes pour améliorer l'accessibilité et réduire les inégalités.

Soigner directement en EHPAD est une solution efficace, notamment pour les personnes en perte d'autonomie. Cela évite les déplacements difficiles et favorise un environnement rassurant. Des dispositifs mobiles comme les "Bucco-Bus" ou les chariots portatifs doivent être davantage déployés.

Chaque intervention nécessite une organisation minutieuse : évaluation clinique préalable, préparation du dossier médical et coordination logistique. La désignation d'un référent pour chaque rendez-vous facilite la gestion et renforce le suivi.

La contribution des chirurgiens-dentistes reste indispensable, mais elle est souvent freinée par des contraintes structurelles. Des partenariats formalisés, une meilleure valorisation des actes réalisés en établissement et l'usage de la télémédecine peuvent renforcer leur engagement, en particulier dans les territoires moins bien dotés.

Rapprocher les soins du quotidien, lever les barrières concrètes et mobiliser les acteurs autour d'un objectif commun sont les clés pour assurer une prise en charge équitable et digne pour tous les résidents.

5.3.3 Renforcer la formation initiale et continue des professionnels

L'expérimentation a confirmé que l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD passe par un engagement structuré dans la formation. Les actions ponctuelles ont amorcé une dynamique, mais une stratégie durable de formation initiale et continue est désormais indispensable.

Il est essentiel d'intégrer un module obligatoire sur la santé orale dans les cursus des aides-soignants et infirmiers. Ce module doit combiner savoirs médicaux, gestes techniques adaptés aux personnes âgées dépendantes et approche relationnelle, notamment en cas de refus de soins.

La formation continue doit s'ancrer dans un plan pluriannuel à l'échelle de l'établissement, avec des formats pratiques et inclusifs. Tous les acteurs du quotidien

(soignants, animateurs, psychologues, médecins, etc.) doivent y être associés pour créer une culture commune et favoriser la coopération.

Pour garantir la pérennité, il est nécessaire d'assurer la traçabilité des professionnels formés et de mettre en place des relais internes (formateurs, binômes, supports pédagogiques réutilisables), particulièrement en contexte de turn-over.

Impliquer les cadres et directions est tout aussi crucial pour inscrire durablement l'hygiène bucco-dentaire dans les priorités institutionnelles et lui donner les moyens nécessaires. La formation devient ainsi un socle pour une prise en charge structurée, cohérente et équitable.

5.3.4 Adopter une approche éthique et personnalisée du soin bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire, longtemps marginalisée, soulève des enjeux éthiques profonds liés à la vulnérabilité et à la dignité des personnes âgées. Elle ne se résume pas à un geste technique, mais implique une relation de soin attentive à l'histoire, aux représentations et aux capacités de chacun.

Face aux refus de soins, aux troubles cognitifs ou aux contraintes organisationnelles, il est nécessaire d'adopter une posture éthique centrée sur la personne. Chaque soin devient un acte de reconnaissance de l'individu, à adapter selon ses rythmes et son consentement.

Former les professionnels à cette dimension du soin est fondamental : communication adaptée, gestion des dilemmes éthiques et accompagnement en situation complexe doivent faire partie intégrante de leur parcours. Des repères communs et des espaces de réflexion renforcent leur posture soignante.

Des temps de retour d'expérience réguliers permettent d'ancrer une culture partagée, de prévenir l'épuisement et de renforcer la cohésion des équipes. Parallèlement, des procédures souples mais claires (évaluation, rôles, logistique) doivent encadrer les pratiques tout en respectant la singularité des résidents.

L'enjeu n'est pas uniquement organisationnel : c'est dans l'alliance entre rigueur, adaptabilité et éthique que se construit un soin bucco-dentaire véritablement porteur de sens et de respect.

5.3.5 Impliquer les aidants et agir sur les représentations pour favoriser l'adhésion aux soins

La réussite d'un parcours bucco-dentaire coordonné dépend fortement de l'implication des aidants et de la prise en compte des représentations sociales, culturelles et personnelles autour de la bouche et du soin. Ces dimensions influencent directement l'adhésion et la qualité des interventions.

Les aidants familiaux jouent un rôle clé, notamment pour les résidents atteints de troubles cognitifs. Leur connaissance intime permet d'adapter les soins, mais leur contribution reste trop peu sollicitée. Il est crucial de les informer, de les valoriser et de leur fournir des outils pratiques pour accompagner les gestes du quotidien.

Du côté des professionnels, certaines représentations négatives (dégoût, banalisation, sentiment d'incompétence) freinent l'engagement. Une pédagogie continue, valorisant leur rôle et rendant les soins plus concrets et accessibles, est nécessaire pour dépasser ces freins.

Les croyances des résidents (acceptation de la perte dentaire, absence de plainte = absence de problème) influencent aussi leur comportement face au soin. Une communication respectueuse, axée sur les bénéfices pour la qualité de vie, permet de renforcer leur adhésion.

Construire une alliance thérapeutique autour du soin bucco-dentaire implique une coordination attentive entre équipes, familles et résidents. Écoute, reconnaissance mutuelle et médiation culturelle sont les piliers d'une prise en charge plus humaine et adaptée.

5.3.6 Pérenniser et élargir le dispositif à l'échelle régionale et nationale

L'expérimentation dans le Valenciennois-Quercitain et le Boulonnais a prouvé qu'un parcours coordonné en santé bucco-dentaire en EHPAD est faisable et bénéfique. Pour l'ancrer durablement, il est nécessaire de le généraliser à d'autres territoires via une approche équitable, structurée et adaptable.

Un cahier des charges régional doit définir les étapes clés (diagnostic, référents, partenariats, soins sur site, évaluation), tout en restant souple selon les spécificités locales. Le rôle des infirmiers référents, central dans la dynamique, doit être stabilisé et reconnu comme levier organisationnel.

Les dispositifs mobiles de formation (ESPrévE, HANDIDENT HDF et ETSO) doivent être consolidés, tout comme l'implication des chirurgiens-dentistes, freinée par des difficultés de recouvrement des factures et la faible démographie professionnels. Un circuit de facturation simplifié est indispensable pour élargir leur engagement.

La capitalisation des outils et retours d'expérience permettra de faciliter l'adhésion des nouveaux établissements. Leur diffusion favorisera une homogénéité des pratiques et une montée en compétence collective.

Enfin, cette démarche doit s'inscrire dans une stratégie territoriale intégrée, en lien avec les réseaux de santé existants et soutenue par les autorités publiques. L'objectif est de garantir une prise en charge coordonnée, juste et durable, pleinement intégrée aux politiques gériatriques régionales.

6 Conclusion

Ce mémoire a mis en lumière un enjeu longtemps relégué au second plan dans les établissements pour personnes âgées : la santé bucco-dentaire. Or, celle-ci constitue bien plus qu'un simple geste d'hygiène : elle est un révélateur du respect de la personne, un indicateur de bientraitance, un facteur de confort et de prévention.

L'expérimentation menée dans les territoires du Valenciennois-Quercitain et du Boulonnais a montré que des transformations concrètes sont possibles, dès lors qu'elles reposent sur une dynamique coordonnée et soutenue : désignation de référents, élaboration de protocoles, amélioration de la traçabilité, renforcement de l'accès aux soins, et montée en compétences des équipes. La création d'un parcours structuré, soutenu par l'ARS HDF et les acteurs de terrain, a permis de dépasser une approche fragmentée, pour tendre vers une culture partagée du soin bucco-dentaire en EHPAD.

Néanmoins, cette dynamique reste fragile. Elle repose encore trop souvent sur l'implication individuelle de professionnels moteurs et sur des financements temporaires. L'intégration durable de cette thématique dans les pratiques nécessite un soutien institutionnel affirmé, du temps dédié à la coordination, et une reconnaissance officielle du rôle des référents bucco-dentaires.

Ce mémoire met en évidence un parcours coordonné porteur de résultats, mais aussi de défis structurels. Sa force réside dans l'articulation entre rigueur méthodologique, observation de terrain et écoute des acteurs. Quelques limites subsistent notamment dans la densité de certaines parties de l'analyse mais elles n'altèrent pas la portée globale de cette évaluation. Au-delà de la seule question bucco-dentaire, cette expérimentation interroge notre manière de penser le soin dans sa globalité. Elle montre que la qualité des soins ne dépend pas uniquement des moyens techniques, mais d'un engagement collectif, d'une reconnaissance de la vulnérabilité, et d'une volonté partagée d'améliorer la qualité de vie au grand âge.

Ce travail n'apporte pas un modèle figé, mais une démarche adaptable, transférable, construite avec et pour les professionnels de terrain. Il invite à faire de la coordination non pas un supplément d'âme, mais un levier structurant pour une gériatrie éthique, préventive et humaine.

7 Bibliographie

Sources officielles (format APA)

Benichou, B. (s.d.). *Symbolique et fonction des dents*. Consulté le 2 mai 2025, sur <https://dr-benichou-bernard.chirurgiens-dentistes.fr/informations-patients/symbolique-fonction-dents-paris/>

Mieux-Être. (2019). *Quand les dents se révèlent outil de connaissance de soi*. Consulté le 2 juin 2025, sur <https://www.mieux-etre.org/Quand-les-dents-se-revelent-outil-de-connaissance-de-soi.html>

Teynier, M.-N. (2016). *La pudeur des patients : mythe ou réalité. L'Information Dentaire*. Consulté 4 mars 2025, sur <https://www.information-dentaire.fr/actualites/la-pudeur-des-patients%E2%80%89mythe-ou-realite%E2%80%89/>

MACSF. (s.d.). *Dévitalisations injustifiées et mutilations volontaires*. Consulté le 2 juin 2025, sur <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/analyse-de-decisions/devitalisations-injustifiees-mutilations-volontaires>

HANDIDENT Hauts-de-France. (s.d.). *HANDIDENT Hauts-de-France*. Consulté le 5 avril 2025, sur <https://www.handident-hautsdefrance.com/>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Stratégie de prévention en santé des personnes âgées*. Consulté le 4 mars 2025, sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf sante.gouv.fr+1sante.gouv.fr+1

Organisation mondiale de la santé. (2022). *Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030*. Genève : OMS. Consulté le 9 avril 2025, sur <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484> [who.int](https://www.who.int)

Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (2007). *Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD*. Consulté le 7 février 2025, sur <https://sfgg.org/media/2009/11/guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-ehpad-z5k.pdf> sfgg.org

Université de Sherbrooke. (2023). *Comment surmonter les résistances lors d'un changement organisationnel*. Faculté de médecine et des sciences de la santé. Consulté le 9 mai 2025, sur <https://www.usherbrooke.ca/etudes-medecine/actualites/nouvelles/details/51070>

Documents liés à l'expérimentation (format APA)

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2022). *Cahier des charges régional pour l'expérimentation de l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD*.

ARS Hauts-de-France – Coordination territoriale. (2022–2023). *Comptes rendus des réunions inter-partenariales de suivi de l'expérimentation bucco-dentaire en EHPAD (Valenciennois, Quercitain, Boulonnais)*.

CEMKA. (2020). *Étude sur les besoins en hygiène bucco-dentaire pour les personnes âgées et personnes en situation de handicap*. ARS Hauts-de-France.

UFSBD. (2017). *Guide santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en établissement d'hébergement*. Consulté le 20 février 2025, sur <https://www.ufsbd.fr>

Équipe ETSO – Valenciennois & Boulonnais. (2024). *Compte rendu d'activité – Accompagnement des EHPAD sur l'hygiène bucco-dentaire*.

Équipe ETSO. (2023). *Recueil d'outils pédagogiques utilisés lors des interventions (fiches, posters, vidéos)*.

HANDIDENT Hauts-de-France. (2023–2024). *Compte rendu des réunions de coordination – Expérimentation hygiène bucco-dentaire (2023–2024)*.

HANDIDENT Hauts-de-France. (2023-2024). *Fiches pratiques et protocoles bucco-dentaires diffusés en EHPAD*.

HANDIDENT Hauts-de-France. (2023 - 2024). *Rapport d'activité annuel*.

Références théoriques complémentaires

Boiteau, K., & Baret, C. (2017). La conduite du changement en hôpital psychiatrique : Le rôle des centres de traduction dans la valorisation des innovations lors d'un projet de promotion du bien-être au travail. *Politiques et management public*, 34(3), 231–246. <https://journals.openedition.org/pmp/11034>

Gomez, J.-F. (2004). La dynamique de l'équipe soignante en psychiatrie : Les réunions institutionnelles : Approches systémique et psychanalytique. Toulouse : Érès.

Hachez, I., & Marquis, N. (Dir.). (2024). *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap*. Bruxelles : Presses universitaires de Saint-Louis. <https://books.openedition.org/pusi/29057>

Articles scientifiques et mémoires (format APA)

Cohen, N., Pérès, K., & Bégué, H. (2006). *État bucco-dentaire et qualité de vie chez la personne âgée dépendante en institution*. DREES.

Favier, F. (2009). *Santé orale et vieillissement : état des lieux et perspectives*. *La Revue de Gériatrie*, 34(5), 379–386.

Mangeney, C., Rigaud, A.-S., & Dupuis, V. (2017). *Santé bucco-dentaire des personnes âgées : constats et recommandations*. *Revue de Gériatrie*, 42(1), 25–33.

Mangeney, C., Saliba-Serre, B., & Nicolas, E. (2017). *Prise en charge bucco-dentaire en institution : état des lieux, freins et leviers*. *Revue d'Odonto-Stomatologie*, 46(2), 75–85.

Temple, N. (2015). *Coordination des soins bucco-dentaires en EHPAD : entre injonction institutionnelle et réalités du terrain* (Mémoire de master, EHESP).

Temple, N. (2015). *Santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD : une priorité oubliée ?* Paris : Fondation Médéric Alzheimer.

Ouvrages (format APA)

Blanc, A. (Dir.). (2006). *Les aidants familiaux : enjeux et perspectives*. Toulouse, France : Érès.

Blanc, A. (Dir.). (2011). *Les aidants familiaux*. Paris, France : La Documentation Française.

Boissière-Dubourg, F. (2013). *De la maltraitance à la bientraitance : Pour un accompagnement éthique des personnes âgées*. Toulouse, France : Érès.

Cohen, R., Riche, F., & Enault, M. (2006). *Coordination en santé : Quels enjeux ?* Paris, France : Dunod.

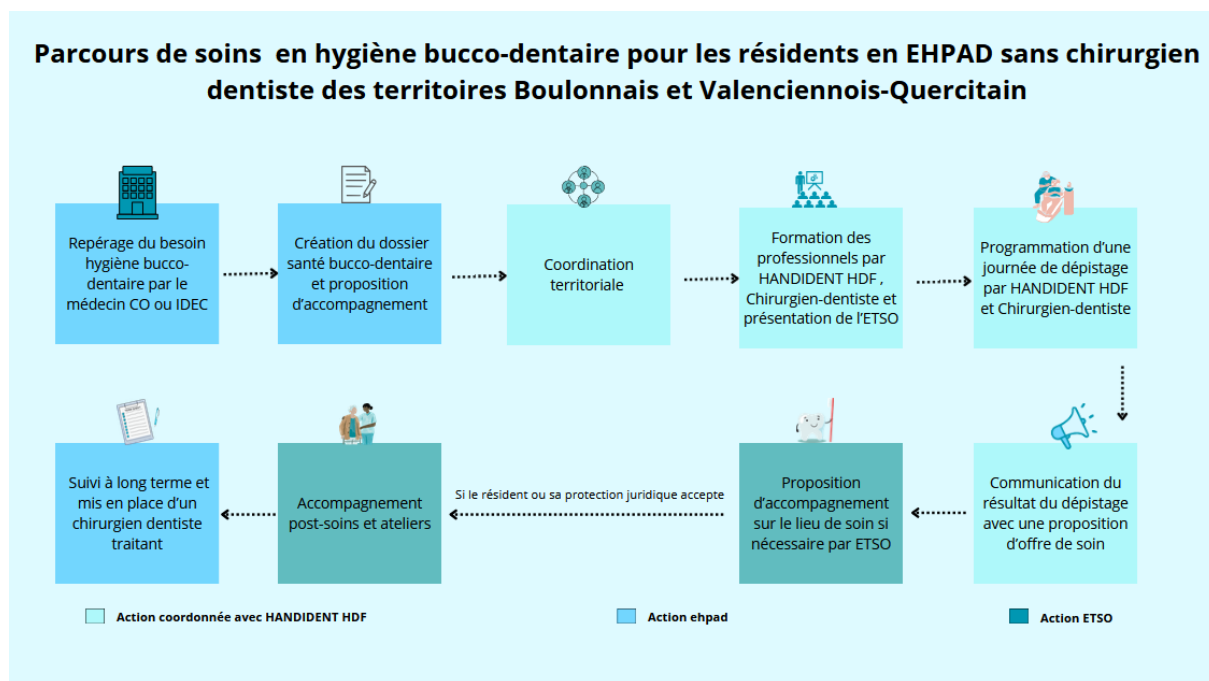
Cuisinier, B. (2005). *Accroître le soin relationnel avec des personnes désignées démentes séniles type Alzheimer : Le travail du vieillir*. Toulouse, France : Érès.

Dupuis, M., Gueibe, R., & Hesbeen, W. (Coord.). (2018). *Soins, éthique et vieillissement : Du souci de la personne aux enjeux pour la pratique*. Toulouse, France : Érès.

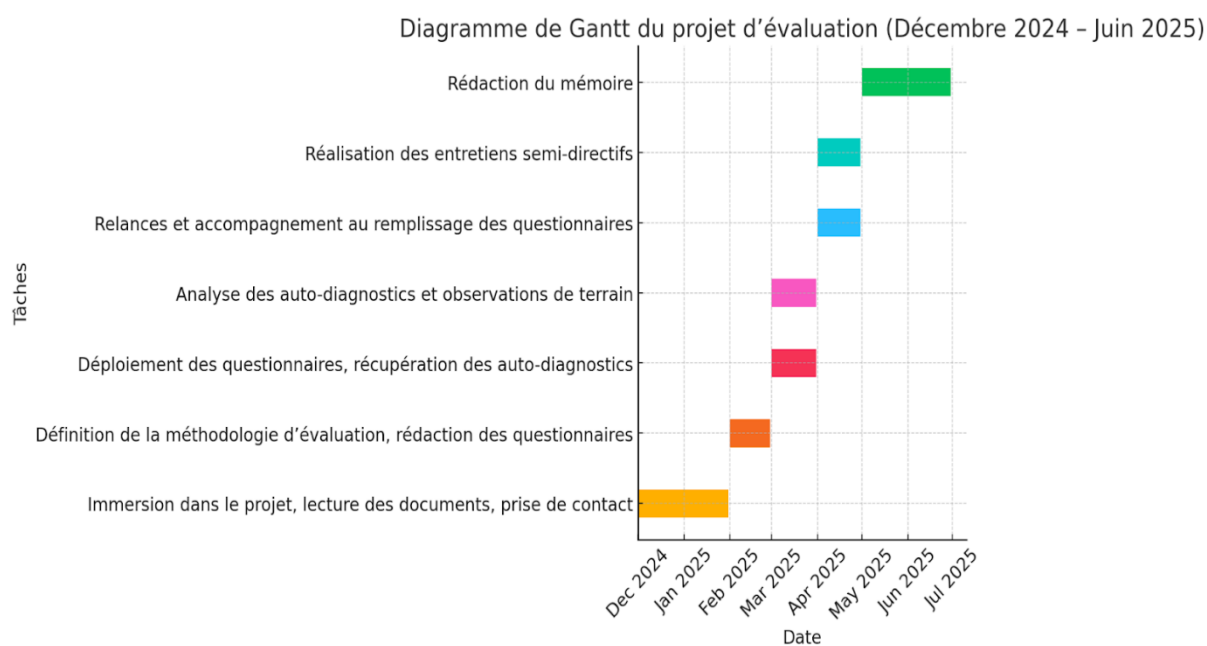
Dupuis, M., Gueibe, R., & Hesbeen, W. (Coord.). (2021). *Soins, éthique et vieillissement*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.

8 Liste des annexes

8.1 Parcours de soins en hygiène bucco-dentaire pour les résidents en EHPAD sans chirurgien-dentiste des territoires Boulonnais et Valenciennois-Quercitain



8.2 Diagramme de Gantt de planification du projet (2023–2024)



8.3 Extrait d'auto-diagnostics version initiale

13) Prévient-on les troubles bucco-dentaires ?			
a. Il existe un référent hygiène buccale dans chaque unité de soins		☐	Non pas de référent
b. Réalisation d'une toilette buccale par jour avec une traçabilité dans le cahier IDE pour les résidents non autonomes sur ce soin		☐	Non
c. Il existe du matériel de base aux soins bucco-dentaires (serviette, gants, gobelet, haricot (si patient alité), protection, source lumineuse		☐	Non
d. Il existe du matériel spécifique :			
▪ Sets de soins de bouche		☐	
▪ Broses à dents souples, à petite tête		☐	
▪ Broses électriques, éventuellement		☐	
▪ Broses à prothèses		☐	
▪ Hydropulseurs		☐	
▪ Boîtes à prothèse		☐	
▪ Appareil à ultrasons		☐	

8.4 Extrait d'auto-diagnostics version révisée



HYGIENE BUCCO DENTAIRE

Pour assurer une bonne santé buccale, il convient de réaliser des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique. Ce sont des soins quotidiens indispensables. Ils consistent à éliminer la plaque bactérienne et les débris alimentaires sur les dents, les muqueuses et les prothèses, et à assurer le confort. Le patient âgé, selon son degré de coopération et ses possibilités doit bénéficier de soins d'hygiène adaptés et éventuellement être assisté par le personnel soignant.

QUESTION		oui en cours non	PRÉCISIONS
1	À propos du protocole d'hygiène bucco-dentaire :		
a	Il existe un protocole dans l'établissement	OUI	Dernière mise à jour :
b	Il est adapté aux pratiques de l'EHPAD	OUI	
c	Il est diffusé dans l'établissement	OUI	Méthode de diffusion :
d	Il est approprié aux professionnels de l'EHPAD	OUI	

Ajouter un pied de page

Ajouter un en-tête

8.5 Guide d'entretien semi-directif utilisé auprès des ETSO

ENTRETIEN GROUPÉ AVEC L'ÉQUIPE TERRITORIALE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

Animateur : Bon, je vais commencer. Donc, pour vous situer un peu, cet entretien entre dans le cadre de mon mémoire, qui porte sur l'expérimentation en santé bucco-dentaire en EHPAD. Vous êtes prêtes ? Alors, pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre rôle en tant qu'infirmière référente en santé bucco-dentaire dans le cadre de cette expérimentation ?

Répondante 1 : Par où commencer... Il y a plusieurs volets dans notre mission :

- La sensibilisation et la formation du personnel,
- Le dépistage,
- La coordination des rendez-vous,
- L'accompagnement aux soins,
- Le lien avec les dentistes et les EHPAD,
- La communication et le suivi,
- Et enfin, la réponse aux urgences bucco-dentaires.

Animateur : D'accord, vous pouvez intervenir librement, comme en réunion. Céline, n'hésite pas à prendre la parole si tu veux compléter. Depuis quand êtes-vous impliquées dans ce projet et dans quelles circonstances avez-vous intégré l'expérimentation ?

Répondante 1 : Moi, ça fait deux ans maintenant, depuis avril. Je n'ai pas commencé tout de suite au lancement.

Répondante 2 (Céline) : Et moi, je suis arrivée en janvier.

Répondante 1 : C'est Monsieur Atoumani qui m'a contactée pour me proposer le poste. J'ai démissionné de mon travail précédent pour rejoindre ce projet.

Animateur : Selon vous, quels sont les objectifs principaux de cette expérimentation ?

Répondante 1 : L'objectif principal, c'est d'améliorer la santé bucco-dentaire des résidents et d'éviter les ruptures de parcours de soins.

Céline : Oui, c'est ça. Il y a aussi une volonté d'améliorer les pratiques professionnelles autour de cette thématique. Moi, je suis plus sur la partie communication, rédaction de projets, tandis que ma collègue gère davantage les parcours de soins et les rendez-vous.

Animateur : Que cherche-t-on à améliorer ou à démontrer avec cette expérimentation, selon vous ?

Répondante 1 : Le but, c'est vraiment d'améliorer la santé bucco-dentaire et l'intégration de cette dimension dans le parcours global de soins. On voit bien que ce n'est pas encore une priorité dans les EHPAD, ni ancré dans les pratiques des soignants.

Animateur : Comment décririez-vous la coordination entre les différents acteurs du projet

8.6 Guide d'entretien semi-directif utilisé auprès des équipes ESPrévE

Animateur : Comment avez-vous intégré les objectifs de l'expérimentation dans votre pratique ?

Intervenante 1 : Pour nous, c'est le cœur de notre métier. On n'a pas eu à les intégrer, on les a portés. C'est dans notre ADN de développer la prévention, les parcours de soins coordonnés, et de s'adapter à chaque territoire. Ce qui est intéressant, c'est que le projet est le même, mais il se décline différemment selon les réalités locales.

Intervenante 2 : On a aussi joué un rôle clé dans la structuration : participation aux comités de pilotage avec l'ARS, accompagnement des équipes mobiles (ESPrévE), formation aux niveaux de soins, création d'outils, intégration des équipes territoriales de santé orale (ETSO)... On a aussi beaucoup travaillé à harmoniser les pratiques sur les territoires.

Animateur : Quelles ont été les principales actions concrètes mises en place dans ce cadre ?

Intervenante 1 : Premièrement, on a renforcé le lien avec l'ARS. Ensuite, on a formé les équipes (ESPrévE) sur les niveaux de soins, les parcours de santé, etc. Quand les ETSO sont arrivées, notamment dans le Boulonnais, on avait déjà initié des actions de dépistage. Il a fallu clarifier les rôles de chacun, car au départ, tout le monde se cherchait un peu.

Puis on est passés à l'action : diagnostic territorial, formation, ateliers, dépistages, visites de structures, mise en place de groupes de travail interterritoriaux... L'idée était de passer de la prévention à un parcours de soins abouti, avec des outils partagés et des protocoles harmonisés.

Animateur : Quels ont été les principaux défis rencontrés ?

Intervenante 2 : La coordination entre les acteurs. Il faut réunir tout le monde autour de la table, et ça prend du temps. Il y a eu des difficultés à planifier les interventions, à s'adapter aux rythmes des structures, et à mobiliser les professionnels.

Intervenante 1 : Le changement de pratiques, aussi. Ce n'est jamais facile d'admettre qu'il faut changer ses habitudes professionnelles. Il faut des référents bien formés dans chaque EHPAD pour relayer le message. Et puis les disparités territoriales sont un vrai enjeu : certaines zones sont mieux dotées en soins, mais pas forcément plus accessibles.

Intervenante 2 : Il y a eu aussi la perte d'une infirmière sur le territoire boulonnais, qui avait pourtant posé toutes les bases. Ça a ralenti les choses.

Animateur : Comment décririez-vous la coordination entre tous les acteurs impliqués ?

Intervenante 1 : Finalement, ça s'est fait assez naturellement. Le recrutement a été bien pensé : des gens motivés, capables de travailler seuls tout en construisant quelque chose de collectif. La clé, ça a été de définir les rôles, de créer des outils ensemble, et de fonctionner en réseau.

8.7 Guide d'entretien semi-directif utilisé auprès des équipes HANDIDENT HDF

25/03/2025

Entretien de groupe - Hygiène bucco-dentaire en EHPAD

Moi : Pour commencer, pourriez-vous, chacun à votre tour, nous décrire un atelier typique de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire ? Comment se déroulent vos interventions concrètement ?

Répondants : En général, nous utilisons un PowerPoint pour introduire la thématique. Peu importe le sujet, nous essayons toujours de combiner une partie théorique avec une partie pratique. Par exemple, nous avons des cartes « vrai ou faux » pour susciter la réflexion, puis nous montrons concrètement le brossage, en utilisant une grande brosse à dents et une mâchoire articulée pour démontrer les gestes corrects.

Moi : Comment faites-vous participer les équipes soignantes ou les résidents pendant vos ateliers ? Quels types d'exercices ou d'activités favorisez-vous pour qu'ils s'approprient les bonnes pratiques ?

Répondants : Oui, c'est ça. On essaie de faire des démonstrations pratiques pour qu'ils s'approprient les gestes essentiels. On va à l'essentiel pour que les participants retiennent au moins les bases.

Moi : Est-ce que vous êtes parfois sollicités par les établissements en réaction à une difficulté ou un événement particulier, par exemple après une inspection ou un incident ?

Répondants : Oui, cela arrive. En général, quand il y a un problème avec un résident ou un contrôle, ils nous contactent pour évaluer la situation et proposer des solutions adaptées.

Moi : Quelles transformations avez-vous pu observer au fil de vos interventions ? Comment les pratiques évoluent-elles concrètement dans les établissements où vous êtes déjà intervenus ?

Répondants : Oui, petit à petit, les équipes soignantes s'approprient les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire. L'objectif est de faire évoluer la culture de soins pour que l'hygiène bucco-dentaire devienne une habitude quotidienne, comme se coiffer ou se laver.

Moi : Quels sont les principaux défis que vous rencontrez lorsque vous intervenez en EHPAD ? Qu'est-ce qui vous semble le plus complexe à gérer ou à mettre en place ?

Répondants : Le manque de temps est un problème majeur, tant pour nous que pour les équipes en EHPAD. Nous intervenons déjà sur plusieurs thématiques, comme les chutes, donc ajouter des sensibilisations régulières demande une organisation importante. De plus, la communication est parfois difficile, notamment avec les établissements où nous n'avons pas encore intervenu.

Moi : Selon vous, quels sont les besoins les plus importants pour renforcer l'efficacité et l'impact de vos interventions ? Quels supports ou dispositifs supplémentaires seraient utiles ?

Répondants : Plus de matériel pédagogique serait utile, comme des brosses à dents géantes ou des mâchoires articulées pour rendre les concepts plus concrets. Il serait également bénéfique d'avoir des rappels visuels dans les établissements, comme des affiches ou des objets pédagogiques visibles au quotidien pour ancrer l'importance de l'hygiène bucco-dentaire.

Moi : Comment percevez-vous l'impact de vos actions sur la durée ? Quels sont les éléments qui vous font dire que les pratiques évoluent ou au contraire stagnent ?

8.8 Questionnaires diffusés aux directions d'EHPAD

Questions Réponses 34 Paramètres



Questionnaire d'évaluation des expérimentations de parcours coordonnés en hygiène bucco-dentaire pour la direction de l'établissement

B *I* U  

Bonjour,

Dans le cadre de l'amélioration continue de l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD, une expérimentation sur les parcours coordonnés en hygiène bucco-dentaire a été mise en place par l'ARS.

Cette initiative, couvrant la période de janvier 2023 à décembre 2024, vise à évaluer l'impact des actions entreprises sur la santé bucco-dentaire des résidents, tout en renforçant la collaboration entre les professionnels de santé.

Ce questionnaire a pour objectif de recueillir vos retours d'expérience sur les dispositifs déployés, d'évaluer leur pertinence et d'identifier les axes d'amélioration possibles. Vos réponses sont précieuses pour mesurer l'efficacité de ces parcours coordonnés et pour orienter les futures actions dans ce domaine.

Nous vous remercions par avance pour votre participation et pour votre contribution à cette démarche essentielle en faveur du bien-être des personnes âgées.

Vous êtes dans quel territoire ?

☐ Boulonnais

☐ Valenciennois-Quercitain

☐ Autre...

8.9 Questionnaires diffusés aux professionnels de santé

Avez-vous participé à la formation sur l'hygiène bucco-dentaire proposée par HANDIDENT ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous participé à la sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire proposée par ESPrevE et/ou IDE référente ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quel est, selon vous, le niveau d'importance de l'hygiène bucco-dentaire dans la santé globale des résidents ?

- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Moyennement important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas important

À votre avis, quels sont les principaux obstacles à une bonne hygiène bucco-dentaire chez les résidents ?

- ☐ Manque de temps du personnel
- ☐ Manque de formation
- ☐ Manque de matériel adapté

8.10 Questionnaires diffusés aux résidents

Depuis combien de temps êtes-vous en EHPAD ? *

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Entre 6 mois et 1 an
- ☐ Plus d'un an

Avant votre entrée en EHPAD, aviez-vous un chirurgien-dentiste qui vous suivait régulièrement ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Depuis votre entrée en EHPAD, êtes-vous suivi par le même chirurgien-dentiste ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Si **Non, quelles en sont les raisons ?**

- ☐ Mon ancien dentiste ne pouvait plus me suivre (distance, disponibilité, etc.)
- ☐ L'EHPAD m'a orienté vers un autre dentiste
- ☐ J'ai eu des difficultés à trouver un nouveau dentiste
- ☐ Je ne pense pas avoir besoin de consulter un dentiste depuis mon entrée en EHPAD
- ☐ Autre...

8.11 Questionnaires diffusés aux aidants familiaux / professionnels

Section 2 : Connaissances et sensibilisation

4. **Avant cette expérimentation, connaissiez-vous l'importance de l'hygiène bucco-dentaire pour la santé globale ?**
- ☐ Oui, très bien
 - ☐ Oui, mais de manière générale
 - ☐ Non
5. **Avez-vous reçu une formation ou des informations spécifiques sur l'hygiène bucco-dentaire dans le cadre de ce programme ?**
- ☐ Oui
 - ☐ Non
6. **Si oui, ces informations ou formations vous ont-elles été utiles ?**
- ☐ Oui, très utiles
 - ☐ Plutôt utiles
 - ☐ Peu utiles
 - ☐ Pas du tout utiles

Section 3 : Pratiques au quotidien

7. **Encouragez-vous ou aidez-vous la personne accompagnée à maintenir une hygiène bucco-dentaire régulière ?**
- ☐ Toujours
 - ☐ Souvent

8.12 Questionnaires diffusés aux chirurgiens-dentistes

Questionnaire pour les chirurgiens-dentistes

Évaluation de l'expérimentation sur l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD

Section 1 : Informations générales

1. Votre fonction :

- ☐ Chirurgien-dentiste libéral
- ☐ Chirurgien-dentiste hospitalier
- ☐ Autre (précisez) : _____

2. Votre zone d'intervention :

- ☐ Boulonnais
- ☐ Valenciennois-Quercitain
- ☐ Autre (précisez) : _____

3. Depuis combien de temps intervenez-vous en EHPAD ?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ 6 mois à 2 ans
- ☐ Plus de 2 ans

Section 2 : Coordination et organisation

4. Avez-vous été sollicité pour participer à l'expérimentation ?

- ☐ Oui

8.13 Extrait de rapport d'activité

Nombre total d'interventions réalisées par l'IDE BD	396
Nombre total d'interventions de l'IDE BD auprès du résident suite à une sollicitation par l'EHPAD	381
Nombre total d'interventions en EHPAD sollicitées par l'IDE BD	15
Nombre total de conventions signées par les EHPAD	0
Nombre de dossiers clôturés	150

Répartition des interventions par demandeur	
IDE C	276
Médecin coordonnateur	0
IDE référent BD	82
Résident lui-même	10
Famille/entourage	13
Autre	

Répartition des orientations suite à la consultation de l'IDE BD	
Chirurgien-dentiste	194
Centre hospitalier	2
Centre de santé bucco-dentaire	0
USOS	62
Hospitalisation avec anesthésie générale	0
Téléexpertise	0
Bucco-bus	123
ESPrévE	0
Autre	

Motifs de prise en charge suite à la consultation de l'IDE BD	
Appareillage	101
Détartrage	106

8.14 Tableau des critères d'inclusion et d'exclusion de l'évaluation

Catégorie	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Établissements (EHPAD)	Situés dans les territoires expérimentaux : Valenciennois-Quercitain et Boulonnais	Situés hors des territoires concernés par l'expérimentation
	Ayant participé au parcours coordonné en hygiène bucco-dentaire	N'ayant engagé aucune action formalisée autour de l'hygiène bucco-dentaire
Résidents	Ayant bénéficié d'au moins une action : dépistage, accompagnement, suivi bucco-dentaire	N'ayant bénéficié d'aucune action spécifique dans le cadre du projet
	Inclus même si en situation de dépendance, dès lors qu'ils ont pu participer à l'évaluation	État de santé incompatible avec la participation à l'évaluation (ex. troubles cognitifs sévères, refus, etc.)
Professionnels de santé	Exerçant dans un établissement ayant participé à l'expérimentation	Exerçant dans des structures non concernées par le dispositif
Aidants (familiaux ou pros)	Ayant répondu au questionnaire dans un établissement participant	N'ayant pas répondu au questionnaire ou rattachés à un établissement non inclus
Chirurgiens-dentistes	Ayant participé à l'expérimentation (dépistage, soins, sensibilisation)	Non impliqués dans le dispositif expérimental
Territoires supplémentaires	Inclus à titre comparatif pour les diagnostics initiaux et révisés	Non concernés par l'analyse comparative ou hors cadre expérimental

8.15 Tableaux comparatifs des auto-diagnostics par territoire (initial vs révisé, expérimentateurs vs non-expérimentateurs)

Territoire	Points forts (Initial)	Points faibles (Initial)	Points forts (Révisé)	Points faibles (Révisé)
Lille-Agglo GHLH	Référent hygiène en place, matériel de base disponible	Absence de traçabilité quotidienne, manque de matériel spécifique	Protocole en place et adapté, surveillance quotidienne bien organisée, traçabilité renforcée	Accès aux cabinets dentaires non assuré, absence de grille d'évaluation bucco-dentaire
Roubaix-Tourcoing-Lys WASQUEHAL	Matériel spécifique présent	Pas de référent hygiène, pas de traçabilité quotidienne	Conformité complète sur tous les critères, protocole structuré, accès garanti aux soins dentaires	Aucun point faible identifié
Lille-Sud-Est & Douaisis SOMAIN	Matériel de base et spécifique disponibles	Aucun référent hygiène, aucune traçabilité	Référent en place, traçabilité renforcée, surveillance bucco-dentaire bien organisée	Accès aux cabinets dentaires limité, absence de grille d'évaluation bucco-dentaire
Valenciennois-Quercitain LE QUESNOY	Aucun point fort identifié	Manque de référent, absence de traçabilité, absence de matériel de base	Référent en place, traçabilité et surveillance bucco-dentaire organisées	Absence de grille d'évaluation, accès aux soins dentaires limité
Amiens-Montdidier ABBEVILLE	Référent en place, matériel de base disponible	Pas de traçabilité quotidienne	Surveillance quotidienne bien organisée, protocole complet	Lacunes sur la traçabilité des visites chirurgicales
Oise-Ouest-Vexin BEAUVAIS	Référent en place	Pas de traçabilité, manque de matériel spécifique	Protocole complet et bien appliqué, surveillance bucco-dentaire quotidienne assurée	Absence de grille d'évaluation bucco-dentaire
Lens-Hénin ARRAS	Référent et matériel de base disponibles	Traçabilité partielle, manque de matériel spécifique	Protocole bien structuré, traçabilité complète, matériel de base renforcé	Coordonnées du chirurgien-dentiste non systématiquement renseignées, absence de grille d'évaluation
Boulonnais-Calais BOULOGNE	Référent et traçabilité en place, matériel de base présent	Manque de matériel spécifique	Surveillance quotidienne bien organisée, référent en place, traçabilité renforcée	Absence de grille d'évaluation bucco-dentaire
Flandres ARMENTIERES	Référent en place, matériel de base présent	Manque de matériel spécifique	Conformité complète, protocole structuré, surveillance quotidienne assurée	Accès aux soins dentaires externes encore limité
Cambrésis-Sambre-Avesnois LE CATEAU	Matériel de base et spécifique en place	Référent hygiène absent, traçabilité partielle	Référent hygiène en place, traçabilité améliorée	Accès aux cabinets dentaires encore limité, absence de grille d'évaluation
Aisne-Centre-Sud SOISSONS	Aucun point fort significatif	Lacunes sur tous les critères, absence de référents et de traçabilité, coordination des soins insuffisante	Référent en place, quelques protocoles initiés	Coordination encore insuffisante, absence de grille d'évaluation

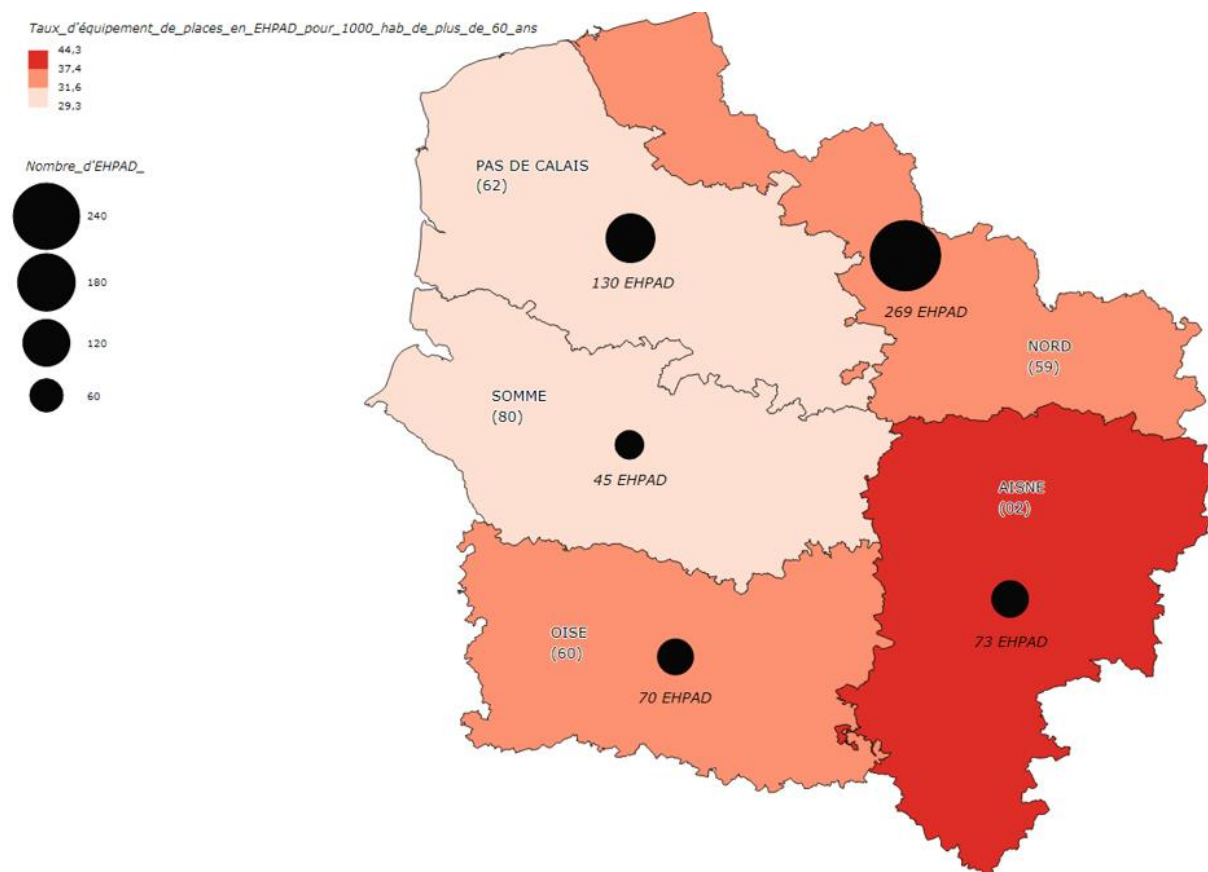
8.16 Synthèse statistique des rapports d'activité HANDIDENT HDF

Thèmes analysés	Chiffres observés (2023–2024)
Personnes âgées examinées (total)	2262
Femmes	1406 (1361 en 2023 + 45 en 2024)
Communication normale	1223 (1197 + 26)
Compréhension normale	942 (920 + 22)
Résidents en fauteuil (manuel + électrique)	796 (789 + 7)
Transport spécialisé	1102 (1092 + 10)
Handicap moteur	1206 (1198 + 8)
Démence sénile	782 (767 + 15)
Pathologies invalidantes (total)	2777 (2718 + 59)
Troubles de déglutition	253
Prothèses blessantes / instables	247 (188 + 59)
Hygiène bucco-dentaire satisfaisante	1182 (1170 + 12)
Sans chirurgien-dentiste traitant	1636 (1577 + 59)
Dernier contrôle > 1 an ou jamais	1681 (1238 + 443)
Soins réalisables au fauteuil	1749
Préconisations vers cabinet libéral	1229
Alimentation mastiquée	1331 (1319 + 12)
Hygiène assurée par un tiers	818 (759 + 59)

8.17 Synthèse statistique des rapports d'activité ETSO

Indicateurs	IDE référente territoriale	IDE coordinatrice en santé BD
Nombre d'EHPAD sollicitant l'IDE	10	29
Nombre total d'interventions	171	396
Nombre de dossiers clôturés	48	150
Interventions en présentiel	59	405
Interventions en distanciel	3	0
Urgences traitées	17	25
Délai moyen de réponse en urgence (jours)	2,1	7

8.18 Cartographie des EHPAD participants (répartition géographique par territoire d'expérimentation)



8.19 Tableau résumé

Catégorie	Points forts	Points faibles	Limites identifiées	Recommandations	Axes d'amélioration
Gouvernance et pilotage local	Engagement de directions motivées – Désignation de référents – Intégration partielle dans les projets d'établissement	Inégalités d'implication selon les établissements – Suivi encore peu formalisé	Forte dépendance à la volonté locale et à l'impulsion des directions	Nommer systématiquement un référent bucco-dentaire – Inclure la thématique dans les projets institutionnels	Suivi par indicateurs – Harmonisation inter-EHPAD – Partage d'expériences
Professionnalisation des équipes	Bonne réception des formations – Motivation des professionnels sur le terrain	Manque de temps – Rotation importante – Difficulté d'intégration dans la charge quotidienne	Pérennité difficile des changements sans ancrage institutionnel durable	Formation initiale et continue renforcée – Intégration dans les temps de soins	Intégration dans les modules obligatoires – Soutien à l'appropriation des outils
Accessibilité et logistique des soins	Augmentation du nombre de dépistages – Orientation vers soins spécialisés – Coopération avec dentistes engagés	Faibles conventions – Refus de soins – Faible équipement (fauteuils, matériel adapté)	Logistique complexe pour soins hors EHPAD – Inégalités d'accès territoriales	Créer des plateformes mobiles – Faciliter les soins sur site – Renforcer les conventions	Dispositifs mobiles – Gestion des refus – Intermediation ville-EHPAD
Coordination et maillage territorial	Présence de binômes ETSO – Partenariat solide avec HANDIDENT HDF et ESPrévE	Disparités entre territoires – Équipes à temps partiel – Zones peu couvertes	Dépendance à des financements expérimentaux – Coordination parfois hétérogène	Pérenniser les équipes ETSO – Structurer les outils de coordination – Mutualiser les	Créer des postes à 100 % – Dispositif régional ou national de coordination
Implication des usagers et des familles	Prises de conscience émergentes – Souhait d'implication plus forte chez certains aidants	Représentations erronées (ex : « pas de dents = pas de soin ») – Mobilisation encore limitée	Faible reconnaissance du rôle des aidants – Manque d'informations ciblées	Mieux informer les familles – Intégrer les aidants dans les démarches de soins	Sensibilisation ciblée – Recueil structuré des observations – Création d'un rôle ressource aidant
Suivi, traçabilité et évaluation	Début de traçabilité – Utilisation de fiches adaptées par les équipes ETSO	Absence de dossier bucco-dentaire dédié – Suivi non systématique	Faiblesse de certaines données – Informations parfois uniquement déclaratives	Intégrer un module bucco-dentaire dans les dossiers informatisés – Créer un tableau de bord dédié	Dématérialisation – Formation à l'observation – Système de remontée des données fiabilisé
Cadre réglementaire et institutionnel	Appui fort de l'ARS – Reconnaissance du portage régional	Dispositif expérimental non généralisé – Manque de cadre législatif clair	Absence d'obligation – Faible lisibilité nationale	Intégrer les soins bucco-dentaires dans les CPOM – Clarifier l'inscription réglementaire	Porter un plaidoyer régional et national – Intégrer dans les référentiels d'évaluation HAS
Éthique et bientraitance dans les soins	Prise en compte de la qualité de vie – Volonté de soins individualisés	Difficile d'assurer systématiquement le consentement – Divers niveaux de	Risque de non-recours aux soins pour les publics les plus vulnérables	Développer une approche éthique – Former à l'expression du consentement et au soin	Créer des repères éthiques partagés – Mobiliser les personnes de confiance comme relais

8.20 Exemples de fiches pratiques et outils diffusés par HANDIDENT HDF (fiche de dépistage)

ETABLISSEMENT :

INITIALES DE LA PERSONNE :

REFERENT HANDIDENT :



FICHE A RENSEIGNER PAR L'ACCOMPAGNANT PROFESSIONNEL OU LE PROCHE AIDANT

DATE		DEPISTAGE	☒	TELEDEPISTAGE	
------	--	-----------	-------------------------------------	---------------	--

PERSONNE EXAMINEE	
AGE	
Enfant	
Adulte	
Personne âgée	
SEXE	
Homme	
Femme	
LIEU DE VIE	
Domicile	
Etablissement	
Mixte	
COMMUNICATION	
Normale	
Assistée	
Impossible	
Outils (synthèse vocale...)	
COMPREHENSION	
Normale	
Limitée	
Impossible	
DEPLACEMENT	
Autonome	
Aide	
Fauteuil	
Fauteuil Electrique	
Lit	
TRAJET VERS LE LIEU DE SOIN	
Autonome	
Véhicule d'un tiers	
Transport spécialisé	
TRANSFERT AU FAUTEUIL	
Autonome	
Petite aide	
Impossible	

SANTE DE LA PERSONNE	
HANDICAP MOTEUR	
Moteur inférieur	
Moteur supérieur	
Déficience liée à l'âge	
HANDICAP SENSORIEL	
Auditive	
Visuelle	
SINGULARITE MENTALE	
Pouvant entraîner un handicap	
Autisme	
Trisomies	
Polyhandicap, pluri handicap	
IMC, IMOC	
Démence sénile	
Autres	
SINGULARITE PSYCHIQUE	
Pouvant entraîner un handicap	
Troubles (personnalité etc.)	
Hypochondries	
Schizophrénie	
Autres	

SANTE DE LA PERSONNE	
PATHOLOGIES INVALIDANTES	
Asthme	
Allergies identifiées	
Alcoolisme	
Alzheimer	
Cancer	
Diabète	
Cardiopathie	
Parkinson	
Epilepsie	
Sclérose en plaque	
Autres maladies	
Endocriniennes	
Toxicomanie	
Autres	
MEDICATIONS	
(Joindre la liste des posologies si consultation post dépistage)	
Oui	Non

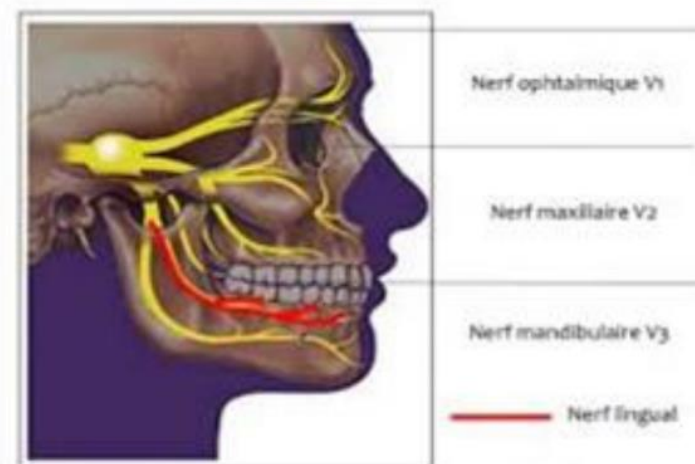
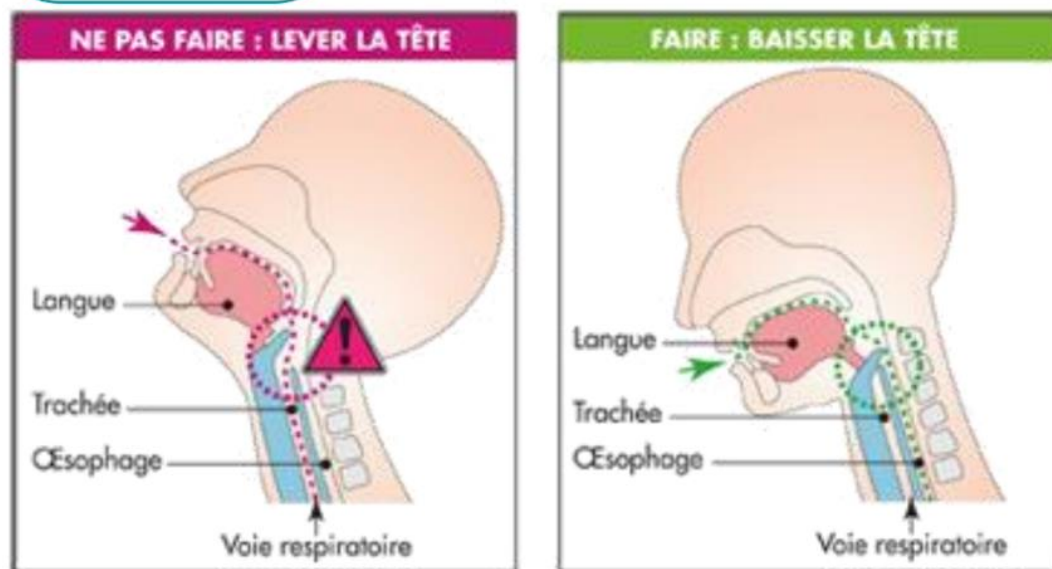
SANTE ORALE	
Bruxisme	
Hypersialorrhée	
Fausse routes	
Macroglossie	
Reflexe nauséeux	
Reflux gastro oesophagien	
Trachéotomie	
Troubles déglutition	
Alignement dentaire	
Xérostomie	
SI PROTHESE ADJOINTE	
Portée sans problème	
Perdue, blessante, instable	
ALIMENTATION	
Mastiquée	
Mixée	
Lissée	
Sonde	

HABITUDES D'HYGIENE	
Autonomie	
Avec Aide	
Par tiers	
OUTIL D'HYGIENE	
Manuel	
Electrique	
Inexistant	
Bâtonnets	
Brossettes interdentaires	
Jet dentaire	
CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT	
Oui	
Non	
DERNIER CONTRÔLE DENTAIRE	
-1 an	
+ 1 an	
Jamais	

Fiche 2 La Sphère buccale

L'hygiène et la santé orale en EHPAD

La déglutition



La bouche est également un ensemble **d'organes très innervés** qui peuvent être à l'origine de douleurs aiguës. Une **lésion** située dans la bouche, par exemple une carie dentaire, **peut engendrer des douleurs migraineuses lancinantes**.

La mastication est suivie de la déglutition. Pour éviter les fausses routes, il faut être attentif au positionnement de la tête. Le rhinologue et le **chirurgien-dentiste** sont les médecins de la bouche.

8.22 Exemples de fiches pratiques et outils diffusés par ESPrÉvE

Atelier A: "Activité Physique Adaptée en EHPAD : outil de prévention"

ESPrévE Aisne Sud-Aisne Centre
Institut Pasteur de Lille

La pratique d'exercices d'activité physique adaptée est un outil de prévention pour permettre de lutter contre les effets de la sédentarité mais également pour maintenir les capacités, le bien-être et l'autonomie des résidents.

Venez découvrir les bienfaits d'une pratique régulière auprès de vos résidents et des exemples de séances mises en place avec l'accompagnement de l'ESPrévE.

Atelier C: "Personnalisation d'un accompagnement sur la thématique de la douleur : de l'autodiagnostic à la pérennisation des actions de prévention"

ESPrévE Lille Agglomération
Céline BUISIERE, une référente douleur,
CCAS de Lille

Retour d'expérience d'un accompagnement de l'ESPrévE Lille Agglo auprès de l'EHPAD du CCAS de Lille (6 résidences) centré sur l'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chez les résidents. Découvrez un plan d'action personnalisé depuis le diagnostic, la nomination de référent « douleur », en passant par la révision et diffusion du protocole jusqu'à la coopération avec les partenaires ressources du territoire.

Comment automatiser l'utilisation d'échelle d'évaluation de la douleur ? Comment homogénéiser les pratiques ? Comment pérenniser les actions en interne ?

Atelier E: "Renforcer la prévention en EHPAD grâce à la collaboration des professionnels : Exemple concret de co-construction d'un projet sur la prévention de la contention"

ESPrévE Lille Versant Nord Est

Cet atelier propose une réflexion collective sur l'intégration des professionnels des EHPAD dans les interventions de prévention d'ESPrévE. Il mettra en avant les pratiques, les enjeux et les avantages de cette collaboration, afin d'améliorer l'efficacité et l'impact des actions de prévention. La présence et le retour d'expérience d'une professionnelle

Atelier B: "La richesse du goûter"

ESPrévE Oise Ouest Vexin

Au sein des ehpad de notre territoire, la thématique de la dénutrition figure par l'une des plus abordée. Il semblerait que l'enrichissement naturel soit peu développé.

Venez découvrir les étapes de réalisation d'une activité mise en œuvre par les ehpad. Au travers de témoignages de cuisinier, vous en saurez davantage sur les techniques utilisées pour enrichir et le secret de leurs recettes. Etes-vous prêts à répondre au quizz ?

Atelier D: "A la poursuite des belles dents"

ESPrévE Lens Arras Béthune Bruay

L'hygiène buccodentaire est une thématique beaucoup demandée par les établissements (sujet peu abordé par les EHPAD en général). De plus, les soignants manquent d'outils concrets et ludiques pour sensibiliser les résidents. Le jeu dispose d'une version pour les soignants et d'une version pour les résidents.

Pour les soignants, l'objectif est de consolider les connaissances sur l'hygiène buccodentaire apportées avec le quizz sous forme ludique. Pour les résidents, le but est de créer un support d'animation sur ce thème qui n'existait pas dans la malle à outils de l'ESPrévE.

Vous voulez tester vos connaissances ? A vous de jouer !

8.23 Extraits du cahier des charges ARS HDF pour la coordination de l'hygiène bucco-dentaire

1) Objectifs généraux :

- Améliorer les bonnes pratiques bucco-dentaires en EHPAD, dont le renforcement de la prévention bucco-dentaire, en intégrant les résidents et leurs aidants aux actions ;
- Limiter les ruptures de parcours en santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD ;
- Intégrer la santé bucco-dentaire dans la prise en charge globale du résident, et ce dès son admission en EHPAD ;
- Favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels et des proches aidants autour de la santé bucco-dentaire.

2) Objectifs spécifiques du projet

- Réaliser un diagnostic des besoins en santé orale des EHPAD du territoire en lien avec l'ESPrévE, et les ressources existantes ;
- Collaborer avec les acteurs de la filière gériatrique et de santé orale participant au projet :
 - Et notamment, le coordonnateur de filière gériatrique, le réseau HANDIDENT HDF, l'ESPrévE du territoire...,
 - Créer du lien avec les dentistes libéraux et les structures de santé orale du territoire,
 - Faire connaître le projet auprès des EHPAD du territoire,
 - Créer des outils de communication.
- Former, sensibiliser les professionnels, les résidents et leurs aidants en :
 - Identifiant les besoins des structures par la réalisation de l'autodiagnostic de l'ESPrévE ;
 - Mettant en place des ateliers ludiques avec les familles et les résidents ;

8.24 Synthèse du rapport CEMKA (principaux indicateurs de départ)



GRANDS CONSTATS CONCERNANT LES EHPAD

	Grands constats / EHPAD	Actions possibles / Axes
Place des soins BD dans l'établissement	44% des EHPAD sans volet organisation des soins bucco-dentaires dans le projet d'établissement 52% sans démarche / organisations des Soins BD. 92% des EHPAD sans bilan bucco-dentaire systématique à l'entrée ni d'examen BD périodique.	- Demander un volet BD dans tous les projets d'établissements - Demander un bilan d'entrée ou périodique.
Partenariats	41% sans contact avec les CD du territoires / Peu de convention de partenariats avec un chirurgien-dentiste (6 EHPAD) 4/5 des EHPAD sans une convention de partenariat avec un CH.	Demander 1 convention avec au moins 1 CD et 1 CH.
Connaissance de l'offre de soins BD du territoire	- Les dispositifs spécialisés sont globalement peu connus des EHPAD et relativement peu y ont recours, à l'exception du dispositif Handident. - Certaines offres ne sont connues d'aucun EHPAD. - Appréciation de l'offre générale de soins bucco-dentaires sur le territoire est de 3,3 sur 10.	- Visibilité de l'offre / des dispositifs existants - Accès aux dispositifs existants
Organisation des soins BD	- Les EHPAD réalisent globalement (97%) les soins bucco-dentaires à l'extérieur de leur établissement. - Le transport est organisé par l'établissement ou la famille du résident : mobilisation du personnels et frais de transport (ambulance)	Aller-vers pour certains services (dépistage-repérage)
Principales difficultés	<u>1^{er} niveau de soins</u> : coopération difficile avec les résidents et difficulté d'accès physique aux cabinets dentaire de ville. <u>2^e niveau de soins</u> : manque d'USOS <u>3^e niveau de soins</u> : délai d'attente trop important pour les rendez-vous	- Accès aux cabinets de ville - USOS sur tous les territoires - Accès à l'hôpital / offre CH
Principales pistes d'actions proposées	- Mise en place de plus d'USOS intervenant dans les établissements - Amélioration du repérage des pathologies bucco-dentaires - Facilitation de la coordination et de la collaboration entre professionnels du dentaire et ESMS	

Quel serait selon vous le système, l'organisation idéale ?
Quelle serait votre place dans l'organisation régionale revue ?
Y'a-t-il des spécificités territoriales à prendre en compte ? Des priorités territoriales ?

10

9 Résumé

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche d'évaluation d'un parcours coordonné en hygiène bucco-dentaire, expérimenté dans les EHPAD des territoires du Valenciennois-Quercitain et du Boulonnais. En partant du constat d'un déficit structurel dans la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées en institution, le projet a visé à structurer un parcours de soins intégrés, en impliquant les professionnels de terrain, les référents internes, les chirurgiens-dentistes et les équipes mobiles telles que HANDIDENT HDF, ESPrévE et ETSO.

L'étude repose sur une méthodologie mixte combinant auto-diagnostics, questionnaires, entretiens et analyses de rapports d'activités. Les résultats montrent des améliorations notables dans la désignation de référents, la traçabilité des soins, l'accessibilité au matériel et l'implication des équipes. Toutefois, des disparités persistent selon les territoires et la pérennité du dispositif dépend encore largement de l'engagement local, des financements expérimentaux et d'un soutien institutionnel.

Ce travail met en évidence le rôle central de la coordination territoriale comme levier de transformation des pratiques en EHPAD, en réaffirmant l'importance de la santé bucco-dentaire comme facteur de bien-être, de dignité et de prévention chez la personne âgée.

10 Abstract

This thesis evaluates a coordinated oral hygiene care pathway implemented in nursing homes (EHPAD) across the Valenciennois-Quercitain and Boulonnais regions in northern France. Addressing a long-standing neglect of oral health in institutional care for the elderly, the project aimed to establish an integrated and structured approach, involving care staff, internal oral hygiene coordinators, dentists, and mobile expert teams such as HANDIDENT, ESPrévE, and ETSO.

The research adopts a mixed-methods approach, combining baseline and revised self-assessments, surveys, interviews, and activity reports. Results reveal significant progress in appointing designated coordinators, documenting oral care practices, improving access to equipment, and increasing staff engagement. However, disparities remain between territories, and the sustainability of the program relies heavily on local initiative, temporary funding, and strong institutional support.

This work highlights territorial coordination as a powerful lever for transforming care practices in nursing homes, positioning oral health as a vital dimension of dignity, comfort, and preventive care for the elderly.