

E. Un exemple de dispositif de prévention territorial : ACSODENT



L'association **ACSODENT 49** a été créée en 2009 par des représentants de la profession dentaire et d'associations de personnes en situation de handicap, dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire et l'accessibilité au système de soins des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) ne pouvant pas bénéficier d'une prise en charge en cabinet libéral, en raison de difficultés d'accès à la sphère buccale.

Reconnue pour ses actions par les acteurs locaux et nationaux en 2015, l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire a demandé à ACSODENT 49 de déployer son expertise sur la région des Pays de la Loire, en devenant un Dispositif d'appui régional.

Aujourd'hui, l'association évolue pour mobiliser et accompagner les acteurs des territoires de santé de la Région. En Assemblée Générale Extraordinaire du 30 novembre 2016, l'association a modifié ses statuts et changé de nom. Désormais elle s'appelle « Acsodent Pays de la Loire ».

Son objet est de contribuer au bien-être des personnes en situation de handicap, en assurant la gestion et le suivi d'un Dispositif d'appui régional destiné à promouvoir l'accès aux soins et à la santé bucco-dentaires des personnes en situation de handicap, dans le cadre des actions prévues dans le Code de la santé Publique.

Dans le cadre d'un contrat avec l'ARS, les orientations stratégiques du Dispositif d'appui régional sont :

- Assurer la formation et l'appui aux acteurs de la santé bucco-dentaire pour améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des personnes en situation de handicap
- Accompagner l'organisation et la structuration d'une offre régionale
- Promouvoir l'information et la sensibilisation des personnes et des familles.

Le Dispositif d'appui régional s'adresse aux personnes en situation de handicap (enfants et adultes) ne pouvant pas accéder à une prise en charge de droit commun.

Par ailleurs, les membres de l'association sont désormais des personnes morales, représentées par un titulaire ou son suppléant, qui s'engagent à concourir aux objectifs et aux missions de l'association en adhérant au titre d'un des cinq collèges suivants :

1. Le collège des professionnels de santé
2. Le collège des associations et organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux
3. Le collège des associations non gestionnaires représentant les usagers
4. Le collège des structures sanitaires de soins
5. Le collège des services d'aide à la personne

Un sixième collège, avec voix consultative, est constitué de représentants institutionnels.

Analyse des observations faites dans les établissements

La base de données étudiée provient d'actions de dépistage menées dans la région Pays de la Loire sur deux programmes : 2016/2017 (A1) et 2017/2018 (A2). Certains examens ont été pratiqués en début d'année 2019 (A2).

Du fait de la spécificité de la cible, un certain nombre de fiches sont incomplètes. Chaque tableau fait mention du nombre de fiches renseignées sur lequel porte l'analyse.

La base comprend 2369 fiches : 690 dépistages en année 1 (A1) seule (29%), 1047 dépistages en année 2 (A2) seule (44%) et 632 dépistages (27%) correspondants à 316 sujets examinés les 2 années de l'enquête (A1A2).

Les facteurs cliniques ont été relevés pour 91 % des fiches. À noter, l'absence de caries actives dans 53 % des cas et 28 % des cas indemnes de toute lésion actuelle ou passée (CAO = 0). Le CAO est le nombre de dents Cariées, Absentes et Obturées. Le recours à la prothèse amovible partielle ou totale est globalement faible. Si nous positionnons un curseur à 10 dents absentes, les appareillages partiels sont présents dans 10 % des cas. Le curseur étant positionné à 12 dents absentes,

les appareillages complets sont présents dans 9 % des cas. Dans les 2 cas, il apparaît que les besoins ne sont pas couverts.

Un quart des personnes dépistées nécessite des soins et un tiers nécessitent une prise en charge liée à l'hygiène. 12 % cumulent un besoin de soins et un besoin de détartrage.

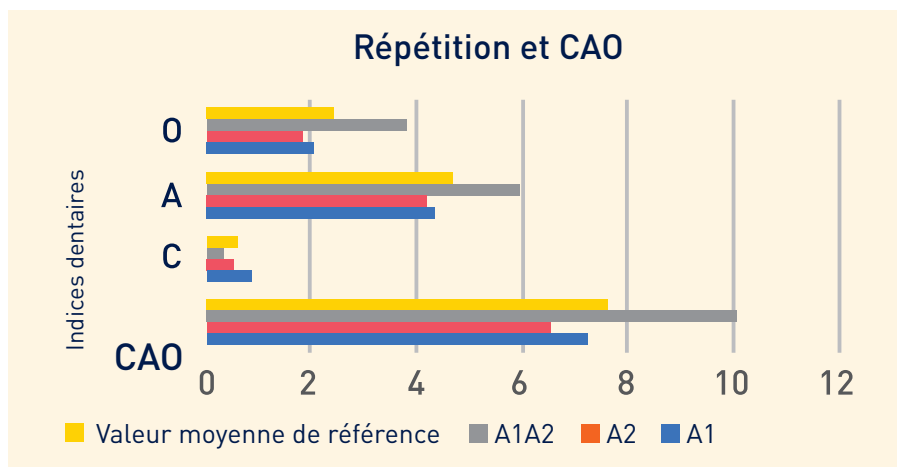
La décision d'orientation est majoritairement tournée vers le soin de ville.

Influence des indices sur l'orientation

Les cas les plus lourds semblent être dirigés vers le MEOPA et/ou l'AG. Ce choix d'orientation doit vraisemblablement être infléchi en fonction de l'offre de plateau technique de proximité.

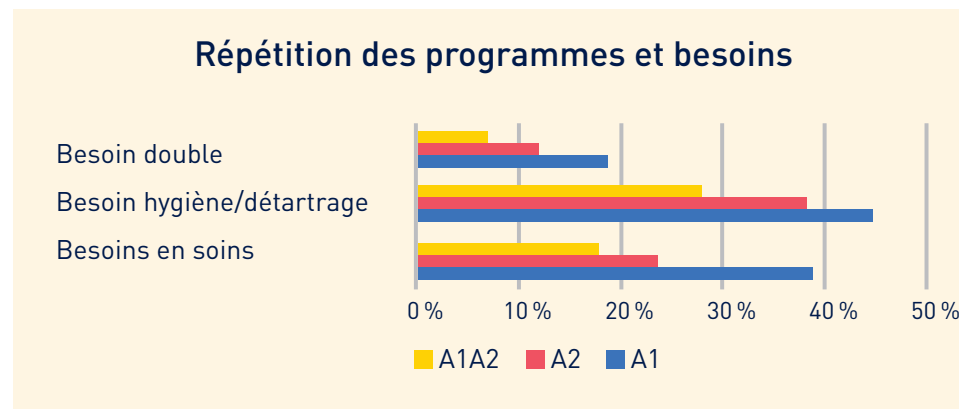
L'indice de risque semble prépondérant dans le choix de l'orientation, plus que les indices cliniques en eux-mêmes.

Influence de la répétition des programmes sur le CAO



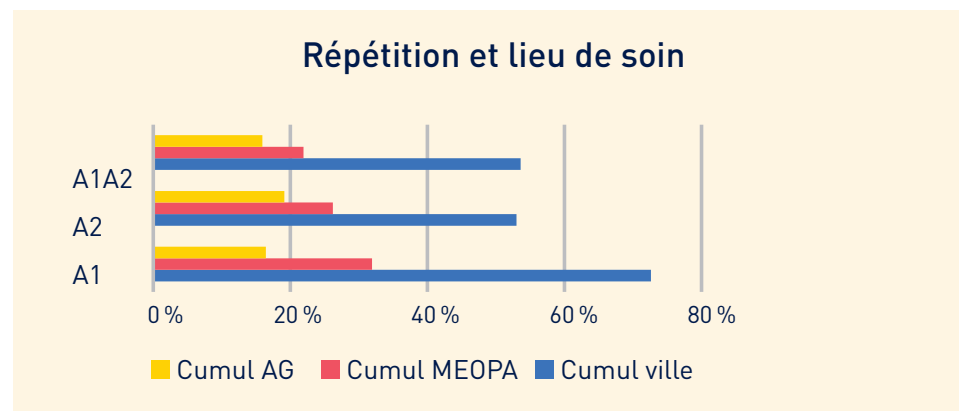
Le CAO (10,08) est significativement plus élevé lorsque la personne a été dépistée sur les 2 programmes. Ce sont les indices liés aux soins qui expliquent cette augmentation : nombre de dents absentes (5,93) et nombre de dents obturées (3,80). L'indice relatant le nombre de dents cariées non soignées (0,34) baisse significativement entre les 2 passages, qu'il y ait répétition ou non, probablement en lien avec l'éducation à l'hygiène dispensée lors des passages en établissement. L'indice de risque est homogène et reste stable entre les 2 passages (mêmes individus dépistés 2 fois) et les 2 années (individus différents les 2 années).

Influence de la répétition des programmes sur les besoins



Les besoins en soins et en hygiène/détartrage baissent significativement entre les 2 passages, et ce, d'autant plus quand une répétition des dépistages est présente pour un même individu. Le besoin couplé soins/hygiène baisse aussi statistiquement entre les 2 années et lorsque le programme touche la même personne deux années consécutives.

Influence de la répétition sur l'orientation



Les besoins étant en baisse, les orientations baissent aussi globalement. L'orientation « ville » reste dominante.

Besoins et indices

Le besoin de soins et le besoin en hygiène sont statistiquement liés

Besoins		Indices dentaires				Indice de risque
		CAO	C	A	O	
Besoin de soins	Oui	7,13	1,79	3,28	2,08	5,46
	Non	7,67	0,13	5,00	2,56	5,59
	Significatif	NS	P<10-3	P<10-3	P = 0,04	NS
Besoin détartrage	Oui	7,21	1,02	3,86	2,34	7,21
	Non	7,57	0,31	4,81	2,48	4,68
	Significatif	NS	P<10-3	NS	NS	P<10-3
Besoin double	Oui	7,61	2,19	3,33	2,10	6,57
	Non	7,37	0,34	4,57	2,48	5,42
	Significatif	P = 0.005	P<10-3	NS	NS	P<10-3
Valeur moyenne de référence		7,61	0,58	4,66	2,46	5,59

L'indice C est plus élevé quand un besoin de soins est identifié, l'indice de risque est plus élevé lorsqu'une prise en charge d'hygiène est identifiée. Rien que de très normal. Cet indice est aussi plus élevé quand une prise en charge de l'hygiène est demandée.

L'indice de risque est statistiquement lié au besoin de détartrage. Quand le besoin est double (soin + hygiène), il est statistiquement lié à un CAO + élevé. Cela n'est plus le cas lorsque le besoin de soins n'est pas lié au besoin d'hygiène.

Indices et prothèse adjointe partielle (Pap) ou prothèse adjointe totale (Pat)

Prothèse		Indices dentaires				Indice de risque
		CAO	C	A	O	
Pap	Aucune	6,94	0,60	4,04	2,32	5,30
	1 prothèse	15,08	0,41	9,27	5,38	4,33
	2 prothèses	15,04	0,60	10,68	3,76	4,48
	Significatif	P<10-3	NS	P<10-3	P<10-3	NS
Pat	Aucune	6,92	0,61	3,93	2,40	5,31
	1 prothèse	21,85	0,28	20,14	1,42	4,14
	2 prothèses	25,25	0,00	25,25	0,00	2,86
	Significatif	P<10-3	NS	P<10-3	P = 0,001	P = 0,004

L'indice C n'est pas statistiquement différent entre le groupe non appareillé et le groupe appareillé. Comme la logique le suggère, c'est l'indice A qui est le plus discriminant. Il augmente logiquement parallèlement au nombre de prothèses.

Données géographiques

Département	Nombre de résidents	%	A1	A2	A1A2
44	614	25,9%	131	357	126
49	1 157	48,8%	76	591	490
53	139	5,9%	105	32	2
72	190	8,0%	190	0	0
85	269	11,4%	188	14	67
TOTAL	2 369	100%	690	1047	632

La contribution des départements à l'enrichissement de la base d'analyse est inégale, une moitié des fiches provenant du seul département 49. Cela est dû au programme Acsodent en place depuis 2009 sur l'ensemble du département. Les autres départements ont commencé une entrée dans le programme en 2017.

Evolution des indicateurs pour les personnes dépistées 2 fois

Indicateur	CAO	C	A	O	Pap	Pat	Indice risque	Besoin soins	Besoin détartrage	Recours ville	Recours MEOPA	Recours AG
Évolution moyenne	+0,24	+0,03	+0,13	+0,07	-0,003	+0,005	-0,40	+0,02	+0,04	+0,02	+0,005	+0,01
Écart type	3,46	1,16	2,56	1,66	0,16	0,10	2,89	0,43	0,50	0,45	0,41	0,39

390 personnes ont été recensées les 2 années de dépistage. Seules 316 présentent des examens annotés. Pour 74 personnes, l'examen n'a apparemment pas été rendu possible ni en année 1 ni en année 2.

La croissance du CAO est la conséquence pour les 2/3 de sa valeur de la croissance des indices A et O.

L'indice de risque régresse assez fortement. Cet indice étant bâti sur les notions d'hygiène et de suivi, cette baisse signe une meilleure approche de la personne au quotidien au sein des établissements.

En termes d'appareillage, les prothèses partielles régressent, les prothèses totales augmentent.

Les besoins aussi augmentent avec un recours accru à la prise en charge de ville et une diminution des orientations vers l'anesthésie générale.

Discussion

L'analyse de ces résultats montre une forte disparité géographique dans les relevés cliniques.

La répétition des programmes semble infléchir positivement les besoins de prise en charge clinique, à indice de risque constant. L'obtention d'une baisse de cet indice pour les personnes ayant été dépistées 2 années de suite est le signe d'une progression de la prise en charge bucco-dentaire dans les établissements visités.

Le recours à la dentisterie de ville reste prédominant. La question qui émerge dès lors est : ce recours est-il la conséquence d'un manque de structures pouvant accueillir ce public pour des soins sous sédation (MEOPA/AG). Et, par conséquent, l'orientation vers les soins est-elle « bridée » par ce manque de structures ?

Analyse complémentaire par type de population

La population a été divisée en 4 groupes :

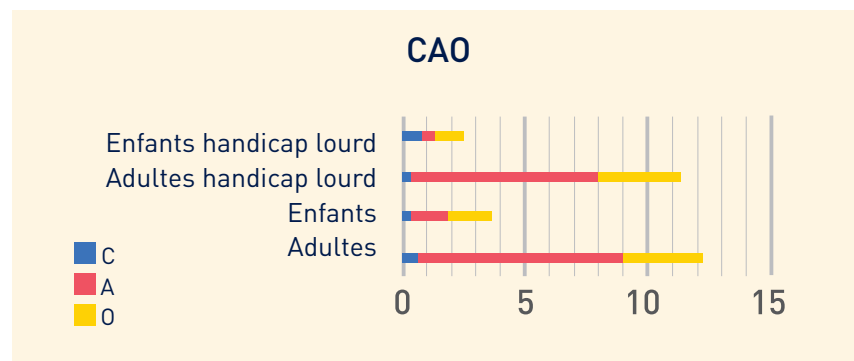
- Les adultes (A)
- Les enfants (E)
- Les adultes avec handicap lourd (HA)
- Les enfants avec handicap lourd (HE)

Répartition par département des types de population (en %)

	A	E	HA	HE	Nombre
44	40,9	3,6	6,2	49,3	614
49	11,1	4,1	51,2	33,5	1157
53	0,0	10,8	0,0	89,2	139
72	27,9	0,0	18,4	53,7	190
85	68,8	0,0	31,2	0,0	269

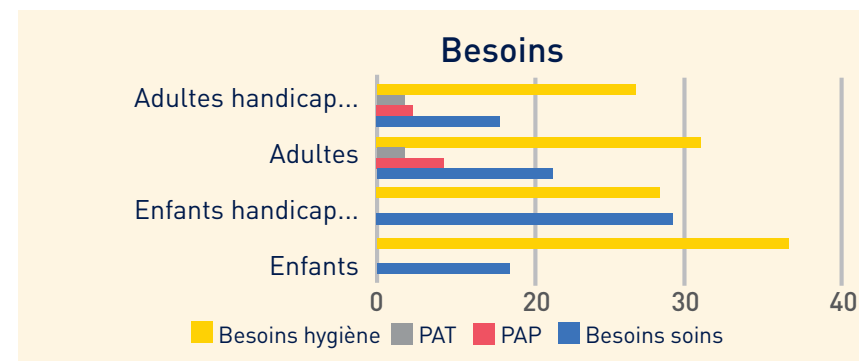
Ce tableau montre une prédominance « enfants » pour le 53 et, dans une moindre mesure, pour le 44. Le 72 présente un équilibre entre les enfants et les adultes. Le 49 et le 85 sont à dominante « adultes ».

Indices cliniques par type de population



Ce graphique confirme bien les différents constats réalisés par les précédentes études à savoir un indice CAO supérieur à l'âge adulte la transition de bascule de cet indicateur se faisant à l'adolescence à l'acquisition de l'autonomie.

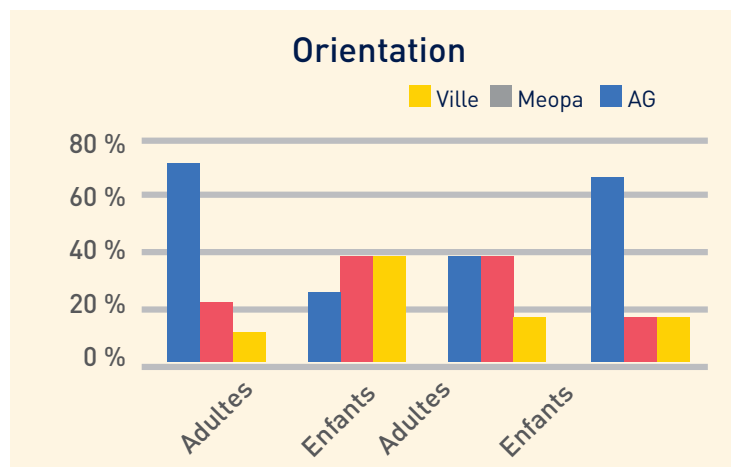
On passe de 3,42 % à 12,19 % donc une multiplication par 4 de cet indice.



Cela devrait s'expliquer aussi en croisant ces résultats avec les besoins en soins d'hygiène bucco-dentaire or ; curieusement, nous obtenons des résultats contradictoires. En effet on affiche un besoin pour les enfants de 53,1 % alors que pour les adultes il est estimé à 41,3 %.

Quelques observations peuvent expliquer ce phénomène :

- Les enfants non autonomes ne bénéficient pas suffisamment d'aide au brossage, soit pour des raisons de formation des aidants soit pour des raisons logistiques (sous-effectif des aidants souvent mis en avant)
 - Les adultes dépistés sont en hébergement 365 jours sur 365. Leur prise en charge est complète en établissement
 - Les enfants sont pour la plupart en semi-internat. Une part de l'hygiène revient aux parents qui, on le sait, sont tellement préoccupés par d'autres problématiques, que parfois le brossage passe après. Par ailleurs, un nombre non négligeable d'enfants relève de familles en grande difficulté sociale et éducative
- Cela ne concerne pas tous les enfants, mais AcoSdent voit le plus souvent les enfants les plus complexes, les plus en difficulté.



Quant à la prise en charge en ville ou en milieu hospitalier, le constat est fait que les enfants moins lourdement handicapés seraient plus orientés vers les structures de prise en charge spécifiques ou dédiées : 38 % vus en AG et 38 % vus sous MÉOPA contre 13 % en AG et 22 % sous MÉOPA pour les adultes du même groupe, la majorité de ces adultes, soit 72 %, bénéficiant de soins de ville classiques. Cela nous interroge sur la difficulté réelle du soin chez les enfants qui peut s'expliquer par un manque de temps en cabinet de ville (consultation blanche nécessaire ou encore un temps de négociation et d'adaptation qui impacte la rentabilité du cabinet de ville ou tout simplement un manque de personnel ou de formation de ce dernier au sein des cabinets de ville). Peut s'ajouter à cela une difficulté de la famille à accéder aux soins par manque de temps, ou par crainte que cela se passe mal, ou encore parce que la famille est déjà en grande difficulté sur le plan social. Chez les enfants, la décision du soin revient à la famille alors que chez les adultes dépistés par Acsodent le soin est organisé par les établissements.

Analyse complémentaire : dépistage des enfants accueillis en IME des départements 44 et 49

Cette sous-population compte 691 enregistrements : 303 issus du 44 et 388 issus du 49.

97 dépistages ont eu lieu la première année seulement, 478 la deuxième année dont 20 dépistages pour le même enfant 2 fois dans l'année et 116 dépistages les 2 années.

DÉPARTEMENT	NOMBRE	%	A1	A1 A2	A2
44	303	43,8%	79	62	162
49	388	56,2%	18	54	316 dont 20 concernant le même enfant 2 fois dans l'année
	691		97	116	478

Les enfants dépistés 2 fois au cours de la même année ou au cours des 2 années sont au nombre de 68.

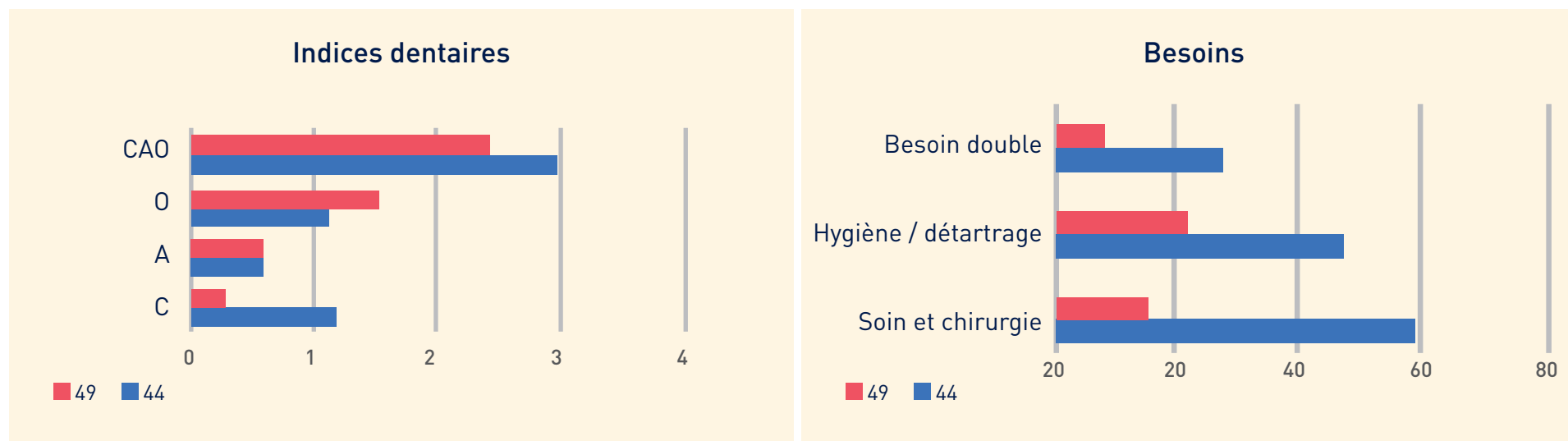
Dans le département du 49, l'association Acsodent s'est constituée autour d'un programme de prévention de la santé bucco-dentaire qui s'est mis en place dans ces établissements depuis quelques années. Les formations du personnel ont été programmées régulièrement et la mise en place de protocoles d'hygiène et de dépistage régulier a permis une prise en charge de qualité.

Dans le département 44, la prévention se fait de manière plus inégale.

Comparons les données cliniques des IME du 44 et du 49

Le CAO est de 2,95 pour le 44 et de 2,4 pour le 49. Le nombre de dents absentes (A) est identique et le nombre de dents obturées (O) passe de 1,13 pour le 44 à 1,52 pour le 49, soit très peu de différence. La différence vient essentiellement du nombre de caries (C). Un C à 1,20 (soit plus d'une carie par enfant) pour le 44 contre 0,30 (moins d'un enfant sur trois à une carie) pour le 49.

La différence se constate également au niveau des besoins. Dans les établissements du 44, les besoins en soins et en chirurgie sont presque 4 fois supérieurs à ceux des établissements du 49 (59 % par rapport à 15 %). Les besoins en hygiène et détartrage sont deux fois inférieurs dans les établissements du 49 (49 % dans le 44 par rapport à 22 % dans le 49). Les enfants ayant besoin de soins et d'hygiène sont presque trois fois moins nombreux dans les établissements du 49 (27 % dans le 44 par rapport à 7,5 % dans le 49).



Les relevés permettent de bien objectiver l'influence du programme de prévention mené dans les établissements du 49. Peu de caries, moins de soins à prévoir, moindre besoin de détartrage sont des indicateurs objectifs d'une hygiène régulière et efficace.