



INAMI

2014

Étude de Faisabilité Soins
bucco-dentaires pour les
personnes à Besoins
Particuliers (PBP)



Contenu

A. Introduction	p. 5
B. Plan Global pour soins bucco-dentaires durables chez les personnes à besoins particuliers	
1. Méthode	p.7
2. Points cruciaux	p.8
3. Plateforme de soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins Particuliers	p.10
4. Réseaux de soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins Particuliers	p.11
4.1. Soins bucco-dentaires quotidiens	p.11
4.2. Soins bucco-dentaires professionnels	p.12
4.3. Le Réseau de soins bucco-dentaires	p.14
4.3.1. Tâches du Réseau de soins bucco-dentaires	p.14
4.3.2. Présentation schématique du Réseau de soins bucco-dentaires	p.16
4.3.3. Composition du Réseau de soins bucco-dentaires	p.17
4.3.4. Quantité de Réseaux de soins bucco-dentaires	p.17
5. Fonctions à créer	p.18
5.1. Personne de Référence en Soins bucco-dentaires	p.18
5.2. Dentiste-conseil Coordinateur	p.19
5.3. L'assistant(e) en soins bucco-dentaires	p.20
5.4. Centre de soins bucco-dentaires professionnels	p.20
6. Accessibilité aux soins bucco-dentaires professionnels	p.23
6.1. Accessibilité physique	p.23
6.1.1. Dans le cabinet dentaire	p.23
6.1.2. Transport du et vers le cabinet dentaire	p.23
6.2. Accessibilité du dentiste	p.24
6.3. Alternatives au cabinet dentaire traditionnel	p.24
7. Sensibilisation	p.27
8. Formation	p.29

9. Incitants financiers	p.31
9.1. Identifier les ayant-droits	p.31
9.2. Incitants pour les soins bucco-dentaires réguliers	p.31
9.3. Incitants pour les soins bucco-dentaires spécifiques	p.32
9.4. Incitants pour les soins bucco-dentaires spécialisés	p.32
9.5. Incitants pour le déplacement de personnes à besoins particuliers	p.32
10. Plan d'action	p.33
C. Phase Pilote	
1. Méthode de travail de la Phase Pilote EFBP	p.34
1.1. Objectif	p.34
1.2. Méthode de travail	p.34
1.2.1. Sensibilisation	p.34
1.2.2. Réseaux de Soins bucco-dentaires	p.35
1.2.2.1. Régions pilotes	p.35
1.2.2.2. Organisation centrale	p.35
1.2.2.3. Scénario	p.36
1.2.2.4. Soins bucco-dentaires réguliers	p.38
1.2.2.5. Soins bucco-dentaires spécifiques	p.38
1.2.2.6. Soins bucco-dentaires spécialisés	p.39
2. Rapport Phase Pilote EFBP	p.40
2.1. Description des organisations de soins participantes	p.40
2.1.1. Profil des organisations de soins participantes	p.40
2.1.2. Soins bucco-dentaires quotidiens au sein des organisations de soins participantes	p.40
2.1.2.1. Qui se charge des soins bucco-dentaires quotidiens?	p.41
2.1.2.2. Utilisation de protocoles de soins bucco-dentaires?	p.41
2.1.2.3. Initiatives pour soins bucco-dentaires quotidiens?	p.42
2.1.2.4. Acquisition de connaissances & d'aptitudes en matière de soins bucco-dentaires	p.42
2.1.3. Soins dentaires des organisations de soins participantes	p.42
2.1.3.1. Qui surveille la santé bucco-dentaire?	p.42
2.1.3.2. Qui constate les problèmes en matière de santé bucco-dentaire?	p.43

2.1.3.3. Qui organise la visite chez le dentiste?	p.43
2.1.3.4. Collaboration avec le dentiste	p.44
2.1.3.5. Organisation du transport aller-retour chez le dispensateur de soins	p.44
2.1.3.6. Communication entre le dentiste et le demandeur de soins en termes de post-traitement	p.45
2.1.4. Résumé de la politique actuelle en matière de soins bucco-dentaires au sein des organisations de soins participantes	p.46
2.2. Mise en œuvre des réseaux de soins bucco-dentaires au sein des organisations de soins	p.47
2.2.1. Sensibilisation	p.47
2.2.1.1. Évaluation de la sensibilisation par les organisations de soins	p.48
2.2.1.2. Compliance des organisations de soins	p.48
2.2.1.3. Évaluation du projet par les organisations de soins Résumé de l'évaluation de la procédure de mise en œuvre par les organisations de soins	p.51
2.2.1.4. Mise en œuvre de structures existantes pour soins dentaires au sein du réseau de soins bucco-dentaires	p.55
2.2.2. Mise en Œuvre de structures existantes pour soins dentaires au sein du réseau de soins bucco-dentaires	p.56
2.3. Soins dentaires au sein des réseaux de soins bucco-dentaires	p.56
2.3.1. Caractéristiques des participants	p.56
2.3.2. Situation sur le plan de la santé bucco-dentaire des personnes examinées	p.58
2.3.2.1. Part de personnes édentées	p.60
2.3.2.2. Prothèses dentaires	p.62
2.3.2.3. Hygiène bucco-dentaire	p.63
2.3.2.4. Sécheresse buccale	p.63
2.3.2.5. Douleurs ou inconfort	p.63
2.3.2.6. Problèmes visibles dans la bouche	p.63
2.3.2.7. Condition parodontale	p.63
2.3.3. Organisation des soins bucco-dentaires	p.64

2.3.3.1. Cellule de coordination	p.64
2.3.3.2. Transfert de la demande de soins	p.64
2.3.3.3. Transport de personnes à besoins particuliers	p.65
2.3.4. Soins dentaires exécutés	p.65
2.3.5. Résumé des soins dentaires exécutés au sein des réseaux de soins bucco-dentaires	p.68
2.4. Centre de soins bucco-dentaires Besoins particuliers	p.69
D. Recommandation pour un développement concret du plan global pour soins bucco-dentaires durables pour personnes à besoins particuliers	p.70
1. Sensibilisation	p.70
2. Réseaux de Soins bucco-dentaires et Plate-forme de Soins bucco-dentaires	p.71
2.1. Plate-forme de Soins bucco-dentaires	p.71
2.2. Nombre de Réseaux de Soins bucco-dentaires	p.71
2.3. Structure du Réseau de Soins bucco-dentaires	p.72
2.4. Financement de la Plate-forme de Soins bucco-dentaires et des Réseaux de Soins bucco-dentaires	p.73
2.5. Indemnité de dentistes pour soins bucco-dentaires réguliers	p.74
2.6. Formes alternatives de fourniture de soins bucco-dentaires	p.74
3. Soins bucco-dentaires spécialisés (Centre de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers)	p.78
3.1. Groupe-cible du Centre de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers et interaction avec d'autres trajets de soins au sein de l'hôpital	p.78
3.2. Nombre de Centres de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers	p.79
3.3. Effectifs en personnel d'un Centre de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers	p.80
3.4. Infrastructure d'un Centre de Soins bucco-dentaires	p.80
3.5. Incentives pour les soins bucco-dentaires spécialisés	p.80
4. Optimisation de l'accessibilité de soins bucco-dentaires réguliers	p.81
E. Observation finale	p.82
F. Remerciements	p.84
G. Annexes	p.85
H. Références	p.86

A. INTRODUCTION

Une bonne prise en charge des soins bucco-dentaires préventifs et curatifs est essentielle pour la santé bucco-dentaire, la santé générale et la qualité de vie de chaque individu. Une bonne santé bucco-dentaire est une condition indispensable au bien-être physique, psychique et social pour chaque personne, également pour les groupes-cibles concernés dans cette étude: les personnes à besoins particuliers comme les personnes limitées et les personnes âgées fragilisées. En Belgique (2012) les 2 groupes-cibles représentent d'après les estimations 565.812 personnes.¹ Une santé bucco-dentaire négligée peut être mise en corrélation avec la sous-alimentation, la perte de poids, les pathologies systémiques comme le diabète, la pneumonie, les affections cardiaques, pulmonaires et cérébro-vasculaires et l'apparition de foyers infectieux. (Nordenram ea., 1994; Strandberg, 2004; Nitschke en Müller, 2004; Ikebe ea., 2006; Ikebe ea., 2007; Kandelman ea., 2008). Les études nationales et internationales mettent en évidence que la santé bucco-dentaire des personnes à besoins particuliers est insuffisante. (Lamy ea., 1999; De Visschere ea., 2006; Hennequin ea., 2008; Anders et Davis, 2010). A côté d'autres études (Gizani ea., 1997, Martens ea., 2000 en Leroy ea., 2012), les résultats du Projet Pilote Soins bucco-dentaires pour Personnes à besoins particuliers confirment cette situation en Belgique. (De Visschere L. et Leroy R. PBN-Rapport 2010). Le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire est difficile pour les 2 groupes à cause de la spécificité du besoin de soins et le degré très bas de dépendance des personnes concernées. Il apparaît dans un rapport OESO (Lafortune en Balestat, 2007) que le degré de besoin de soins des personnes âgées ne va pas cesser d'augmenter dans un avenir proche. Durant la dernière décennie, la prise de conscience des problèmes de santé bucco-dentaire a grandi chez les dispensateurs de soins auprès des personnes âgées fragilisées et les personnes limitées.

Dans le monde dentaire, que ce soit national ou international, les universités et les associations professionnelles se mobilisent pour une meilleure formation et prise en charge des soins bucco-dentaires pour ces groupes-cibles.

¹ Ces données ont été obtenues à la Direction générale personnes avec un handicap SPF Sécurité Sociale. D'après les chiffres du rapport Projet Pilote Besoins Particuliers (PBP) la répartition se fait comme suit: 43% représente le groupe des personnes âgées fragilisées, 50% le groupe des adultes limités et 7% le groupe des moins de 18 ans avec limitation.

Le manque de vision globale et de stratégie à moyen et long terme soutenue par des mesures financières nécessaires font en sorte qu'il y a encore jusqu'à maintenant peu d'avancée structurelle pour prévenir et assumer l'énorme besoin en soins bucco-dentaires. Un impact de changement fut donné par l'étude scientifique réalisée à la demande de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) par l'association néerlandophone des dentistes (VVT vzw) en collaboration avec les universités. Les résultats de cette étude sont repris dans le rapport de l'étude projet pilote soins bucco-dentaires chez les personnes à besoins particuliers et donnent une image très claire de la problématique de la santé bucco-dentaire chez les personnes à besoins particuliers. Le rapport contient des propositions de mesures concrètes et forma la base à l'étude qui suivit "Étude de faisabilité besoins particuliers" (EFBP), réalisée par la VVT à la demande de l'INAMI en collaboration avec les partenaires concernés. Ce rapport comprend 2 parties. La première partie consiste en une proposition d'un plan global de soins bucco-dentaires durables chez les personnes à besoins particuliers qui a entretemps été réalisé en collaboration avec un large forum de différentes organisations concernées. Les mesures proposées par le rapport PBP ont été analysées dans le présent rapport "Plan Global d'action pour soins bucco-dentaires chez les personnes à besoins particuliers ». Le plan global d'action consiste en l'organisation d'une formation en soins bucco-dentaires intégrée dans le programme des cours pour les différents acteurs de soins, la sensibilisation de ces acteurs de soins et l'implantation de protocoles standardisés dans les différentes organisations de soins avec le souci d'intégrer les soins dentaires quotidiens dans le schéma des soins personnels quotidiens. Des réseaux de soins doivent être créés afin d'assurer les soins préventifs et curatifs avec attention à l'accessibilité sur base de l'égalité des chances et avec le respect du libre choix de la personne à besoins particuliers.

Ce rapport formera directement la base pour l'exécution de la 2^e partie de "l'Étude de faisabilité besoins particuliers", la phase pilote dans laquelle des parties importantes du plan global d'action seront testées sur le terrain pour en mesurer concrètement la faisabilité. Une deuxième partie en découlera qui sera ajoutée au présent rapport. Par le biais de ces mesures concrètes, ce rapport final pourra donner la possibilité aux instances concernées de prendre les décisions nécessaires à l'optimisation de la santé bucco-dentaire des personnes à besoins particuliers.

B. PLAN GLOBAL POUR SOINS BUCCO-DENTAIRES DURABLES CHEZ LES PERSONNES A BESOINS PARTICULIERS

1. METHODE

Le Comité des assurances de l'INAMI a confié ce travail de l'étude à l'asbl 'Verbond der Vlaamse Tandartsen' (association des dentistes néerlandophones). Les représentants des organisations de soins, des centres de formation, des associations professionnelles des différents acteurs de soins, les organismes assureurs, les institutions officielles ont été plusieurs fois invitées à participer au projet. La mission a été répartie en 5 modules dans lesquels les activités préparatoires ont été réalisées sous la conduite des responsables de modules. Un 6^e groupe de travail s'occupe de la coordination et de l'élaboration du rapport.

WP1 Stratégie de prévention	Luc De Visschere
WP2 Taches et formation du personnel soignant	Lies Verdonck
WP3 Accessibilité du cabinet dentaire	Diane Van Cleynenbreugel
WP4 Alternatives au cabinet traditionnel	Steven De Mars
WP5 Centres besoins particuliers	Joke Duyck
WP6 Coordination et rapport	Stefaan Hanson

La composition des groupes de travail et la liste alphabétique des membres de la Commission consultative se trouvent dans l'annexe 1A et 1B.

Les groupes de travail se sont réunis entre le 30/11/11 et le 27/06/12 et ont rapporté à la Commission consultative plénière formée par tous les membres des groupes de travail qui se réunissait une fois par mois. Les rapports complets des groupes de travail se retrouvent dans l'annexe 2. Le présent rapport a été élaboré par le groupe de travail de coordination et rapport qui s'est réuni entre juillet et octobre 2012 avec réunion de rapport intermédiaire avec la Commission consultative. Les travaux ont été coordonnés par Stefaan Hanson, directeur exécutif du <<Verbond der Vlaamse Tandartsen>>, et par l'assistante du coordinateur Ellen De Clerck.

Le fait de mettre les différentes parties prenantes autour de la table a permis une approche multidisciplinaire et transdisciplinaire et a mis en évidence un certain nombre de points cruciaux qui n'avaient pas été abordés dans le premier rapport. Un aperçu des points cruciaux se retrouve dans le chapitre suivant.

2. POINTS CRUCIAUX

L'étude pilote "Soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers" a montré qu'il y a peu de mesures de prévention bucco-dentaire chez les personnes à besoins particuliers et qu'il y a un énorme besoin de soins auquel il n'est pas remédié. Les points cruciaux qui en sont la cause sont décrits sommairement ci-dessous: les propositions pour remédier à ces problèmes seront analysées dans les chapitres suivants. (voir annotation entre parenthèses)

Points qui nécessitent des mesures concrètes:

- Insuffisamment de prévention et vision des besoins de soins bucco-dentaires autant chez les personnes à besoins particuliers que chez leurs acteurs de soins. Dans beaucoup de cas, les personnes elles-mêmes, leurs acteurs de soins et leurs accompagnateurs ne sont pas en mesure d'aider à prévenir ou de reconnaître les problèmes bucco-dentaires ou même insuffisamment au courant des possibilités pour résoudre/remédier à ces problèmes (chapitres 7 et 8).
- Insuffisamment de soins bucco-dentaires journaliers (soins des personnes) pour personnes à besoins particuliers par:
 - trop peu de compétences des acteurs de soins concernant la santé bucco-dentaire et les soins bucco-dentaires (chapitre 8);
 - manque d'acteurs de soins ayant comme tâche spécifique la prise en charge et la maintenance des soins bucco-dentaires (chapitre 5.1);
 - manque du suivi et soutien par un dentiste des acteurs de soins qui s'occupent des soins bucco-dentaires quotidiens (chapitre 5.2).
- Trop peu d'accès aux soins bucco-dentaires par:
 - trop peu de clarté où les personnes à besoins particuliers et/ou leurs acteurs de soins peuvent s'adresser pour les soins bucco-dentaires (chapitre 4);
 - trop peu d'accessibilité physique: le transport vers et du cabinet dentaire se déroule difficilement ou pas du tout et l'accès au cabinet est insuffisant (chapitre 6);
 - trop peu d'accessibilité due aux barrières liées au dentiste: la problématique spécifique du groupe-cible (entre autres, l'aspect médical et la communication (chapitre 6) et le manque de rémunération

complémentaire pour les difficultés rencontrées et le temps requis à la réalisation des soins) amènent une réticence auprès des dentistes à soigner les personnes à besoins particuliers;

- trop peu d'accessibilité financière: la rétribution financière pour réaliser les soins bucco-dentaires professionnels est insuffisante (chapitre 9).
- Trop peu de soutien des dentistes au niveau d'apport de connaissance et/ou la possibilité de mettre des infrastructures/mobilité à disposition (chapitre 5).
- Besoin de dispenser des soins bucco-dentaires spécifiques et spécialisés pour lesquels une expertise particulière ou infrastructure est exigée (chapitre 5.4).
- Besoin de coordination de l'interaction entre les soins bucco-dentaires réguliers, spécifiques et spécialisés (chapitre 5.4).

3. PLATEFORME DE SOINS BUCCO-DENTAIRES pour Personnes à Besoins Particuliers

Le rapport «Étude pilote Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers» en est arrivé à la conclusion qu'une approche globale en matière de soins bucco-dentaires s'impose si l'on souhaite remédier au besoin important en soins au sein des groupes-cibles.

Une approche globale implique que tous les points cruciaux soient résolus. Les solutions qui sont proposées ne doivent pas nécessairement être mises en œuvre simultanément, mais bien de manière cohérente et intégrée.

Pour l'exécution durable du plan d'approche global, un organe de politique générale et de direction avec personnalité juridique, est nécessaire, la «Plateforme de Soins bucco-dentaires pour Personnes à besoins particuliers». Toutes les instances politiques doivent être représentées au sein de cette plateforme.

Missions de la Plateforme de Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers:

- fixer des critères en vue d'identifier les groupes-cibles concernés;
- régler le financement des différentes subdivisions du plan global d'action;
- installer et surveiller le fonctionnement des Réseaux de Soins bucco-dentaires (point 4);
- définir le contenu des formations nécessaires;
- mandater en vue de l'exécution de la sensibilisation, entre autres à l'aide de moyens logistiques comme la création et la gestion du site portail qui regroupe notamment les sites internet des Réseaux de soins bucco-dentaires (point 7);
- se concerter avec les différentes instances concernées;
- évaluer et formuler des avis.

Cadre légal en vue de la création de la Plateforme de Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers:

Eu égard à la structure actuelle de l'état belge et du morcellement des compétences qui en découle, il semble indiqué de conclure un accord de collaboration entre l'État, les Communautés et les Régions en vue d'une mise en place commune de la Plateforme de soins bucco-dentaires.

4. RESEAUX DE SOINS BUCCO-DENTAIRES pour Personnes à Besoins Particuliers

Un Réseau de Soins bucco-dentaires offre un cadre au sein duquel les divers acteurs de soins garantissent des soins bucco-dentaires intégraux à des personnes à besoins particuliers.

Outre l'encadrement et la surveillance des soins bucco-dentaires quotidiens (prévention), le Réseau de Soins bucco-dentaires touche également aux soins bucco-dentaires professionnels (prévention et traitement).

4.1. SOINS BUCCO-DENTAIRES QUOTIDIENS (SOINS DE LA PERSONNE)

Les soins bucco-dentaires quotidiens englobent la surveillance de la santé bucco-dentaire au moyen de mesures d'hygiène bucco-dentaire et de conseils alimentaires «evidence based».

Pour les personnes limitées physiquement, au niveau sensoriel et/ou mentalement et pour les personnes âgées fragilisées, il s'avère qu'il est difficile, voire impossible, d'exécuter soi-même des soins bucco-dentaires quotidiens ou qu'ils sont insuffisants. C'est la raison pour laquelle les soins bucco-dentaires de ces personnes à besoins particuliers sont nécessairement surveillés ou exécutés par des acteurs de soins (soignants, aides-soignants, infirmiers, éducateurs,...) qui sont responsables des soins des personnes. Une alimentation conseillée pour la santé bucco-dentaire est une composante importante des soins bucco-dentaires préventifs dans le cas de personnes à besoins particuliers. Il faut y accorder une attention particulière durant la sensibilisation (point 7). Une alimentation adéquate pour la santé bucco-dentaire sera également abordée dans le cadre de la formation des divers acteurs de soins (point 8).

Pour soutenir les acteurs de soins et les encadrer dans le processus de mise en œuvre des soins bucco-dentaires quotidiens, il est proposé de faire appel au Médecin-conseil coordinateur (si présent) et à un Dentiste-conseil coordinateur et/ou à une Personne de Référence en Soins bucco-dentaires (voir point 5, fonctions à créer). Le plan global prévoit une stratégie de sensibilisation, y compris des procédures, des protocoles standardisés et des avis concrets (point 7) afin de mettre en œuvre des soins bucco-dentaires préventifs et curatifs de manière participative dans toute organisation de soins. En outre, dans le chapitre formation (point 8), nous formulons également des propositions visant à développer les

connaissances, les aptitudes et l'attitude d'acteurs de soins pour stimuler aux soins bucco-dentaires.

Durant la procédure de mise en œuvre, les acteurs de soins de l'organisation de soins seront encadrés par la personne de référence en soins bucco-dentaires (point 5.1.) qui, au sein de l'organisation de soins, est responsable de l'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins des personnes. La personne de référence en soins bucco-dentaires sera de préférence encadrée et soutenue par un dentiste-conseil coordinateur (point 5.2.).

4.2. SOINS BUCCO-DENTAIRES PROFESSIONNELS

Pour les soins bucco-dentaires professionnels, on définit 3 niveaux de soins qui remplacent les notions de soins de première, de deuxième et de troisième ligne:

- Les soins bucco-dentaires réguliers sont les soins bucco-dentaires qui sont dispensés par un dentiste généraliste (qu'il s'agisse ou non du dentiste attitré ou du dentiste traitant), un parodontologue, un orthodontiste ou un stomatologue, sans qu'un savoir-faire ou qu'une infrastructure particulière ne soient requis à cet effet.
- Les soins bucco-dentaires spécifiques sont les soins bucco-dentaires pour lesquels un savoir-faire ou une infrastructure particuliers sont requis.
- Les soins bucco-dentaires spécialisés sont les soins bucco-dentaires qui sont exécutés dans un hôpital où un service (une unité) pour soins bucco-dentaires aux personnes à besoins particuliers est prévu. (point 5.4.).

Par conséquent, ces 3 niveaux de soins sont liés aux séances de traitement, à la problématique et à l'état de santé, plutôt qu'exclusivement au dentiste traitant. Un dentiste généraliste peut dispenser des soins spécialisés quand il/elle est encadré(e) par un centre doté d'une infrastructure spécifique de sorte que le traitement de personnes à besoins particuliers peut être exécuté en toute sécurité.

Les soins bucco-dentaires professionnels pour personnes à besoins particuliers doivent être, dans la mesure du possible, prodigués au premier niveau de soins, à savoir les soins bucco-dentaires réguliers, la personne conservant le libre choix du praticien. En cas de renvoi vers des soins bucco-dentaires spécifiques ou spécialisés du fait de la nécessité de disposer d'un

savoir-faire ou d'une infrastructure particuliers, il faut, dans la mesure du possible, renvoyer à nouveau le patient vers le niveau des soins réguliers pour le suivi du traitement. On peut éventuellement appliquer une «politique de tressage» en fonction de laquelle le patient est traité et suivi alternativement par le dentiste traitant régulier ou par un dentiste qui offre des soins spécifiques ou spécialisés, en fonction de la nature du traitement, ou comme de transition vers la reprise complète des soins par le dentiste traitant.

En cas de demande de soins bucco-dentaires professionnels, c'est la personne elle-même ou un soignant concerné qui doit faire le premier pas vers le Réseau de Soins bucco-dentaires. La demande de soins pourrait de préférence être immédiatement assurée par le dentiste attitré (dentiste traitant) de la personne à besoins particuliers concernée. Si le dentiste traitant a, à cet effet, besoin d'un avis ou d'une infrastructure déterminée, il /elle peut contacter le Réseau de soins bucco-dentaires.

Néanmoins, quand une personne à besoins particuliers n'a pas de dentiste traitant, la demande de soins peut être canalisée par le biais du dentiste-conseil coordinateur ou du Réseau de soins bucco-dentaires. Si une personne à besoins particuliers a été admise dans une organisation de soins (institution ou soins à domicile) et n'a pas de dentiste traitant, la première étape consiste à s'adresser au dentiste-conseil coordinateur lié à l'organisation de soins. Ce dentiste-conseil coordinateur peut directement mettre la personne en contact avec les soins bucco-dentaires appropriés ou faire appel à la cellule de coordination. Il peut également être fait directement appel à la cellule de coordination.

Les soins bucco-dentaires professionnels de personnes à besoins particuliers sont souvent insuffisants car il n'est pas facile de trouver des soins optimaux et d'y avoir accès. C'est la raison pour laquelle le réseau de soins bucco-dentaires vise, entre autres, à ce qu'une personne ayant une demande de traitement trouve facilement le dentiste le plus approprié qui soit, qui dispose du savoir-faire et de l'infrastructure nécessaires. L'annexe 3 indique les informations (besoin de conseils, savoir-faire, infrastructure, transport, anesthésie) qui guident le demandeur de soins vers un dentiste approprié par le biais du Réseau de Soins bucco-dentaires. Pour cela, chaque Réseau de Soins bucco-dentaires dispose d'une cellule de coordination.

4.3. LE RESEAU DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

La Plateforme Besoins Particuliers installe et gère plusieurs Réseaux de soins bucco-dentaires. Ces réseaux sont répartis géographiquement sur tout le pays, de préférence en parallèle aux régions de soins existantes.

Un Réseau de Soins bucco-dentaires est formé par les différents acteurs de soins qui interviennent pour l'organisation, la coordination et la réalisation aussi bien des soins bucco-dentaires quotidiens que professionnels.

Chaque réseau dispose d'une cellule de coordination qui canalise la demande de soins dans tout le réseau et qui s'occupe de la logistique.

4.3.1. Tâches du Réseau de Soins bucco-dentaires

- Exécuter la stratégie de sensibilisation déterminée par la Plateforme de Soins bucco-dentaires (point 7).
- Canaliser les demandes d'avis: si un acteur de soins a besoin d'informations complémentaires pour dispenser des soins bucco-dentaires, il/elle peut faire appel à la cellule de coordination pour mettre ces acteurs de soins en contact avec une personne en mesure de donner un avis.
- Fournir des soins bucco-dentaires appropriés par le biais des réseaux de soins bucco-dentaires.

La cellule de coordination a vue sur les soignants professionnels, leur savoir-faire, l'endroit où ils se situent, leur disponibilité, leurs coordonnées, les possibilités, etc. De ce fait, la cellule de coordination peut renvoyer une demande de soins à des soignants en mesure de répondre au besoin spécifique.

Le patient peut être orienté vers des soins réguliers, mais également vers des soins spécifiques ou spécialisés. Au besoin, la cellule de coordination joue également un rôle de soutien dans le cadre des contacts entre les 3 niveaux de soins.

- Coordination du déplacement de personnes à besoins particuliers:
Si un transport spécifique est nécessaire pour la personne à besoins particuliers pour l'amener aux soins professionnels, on peut faire appel à la cellule de coordination. Si

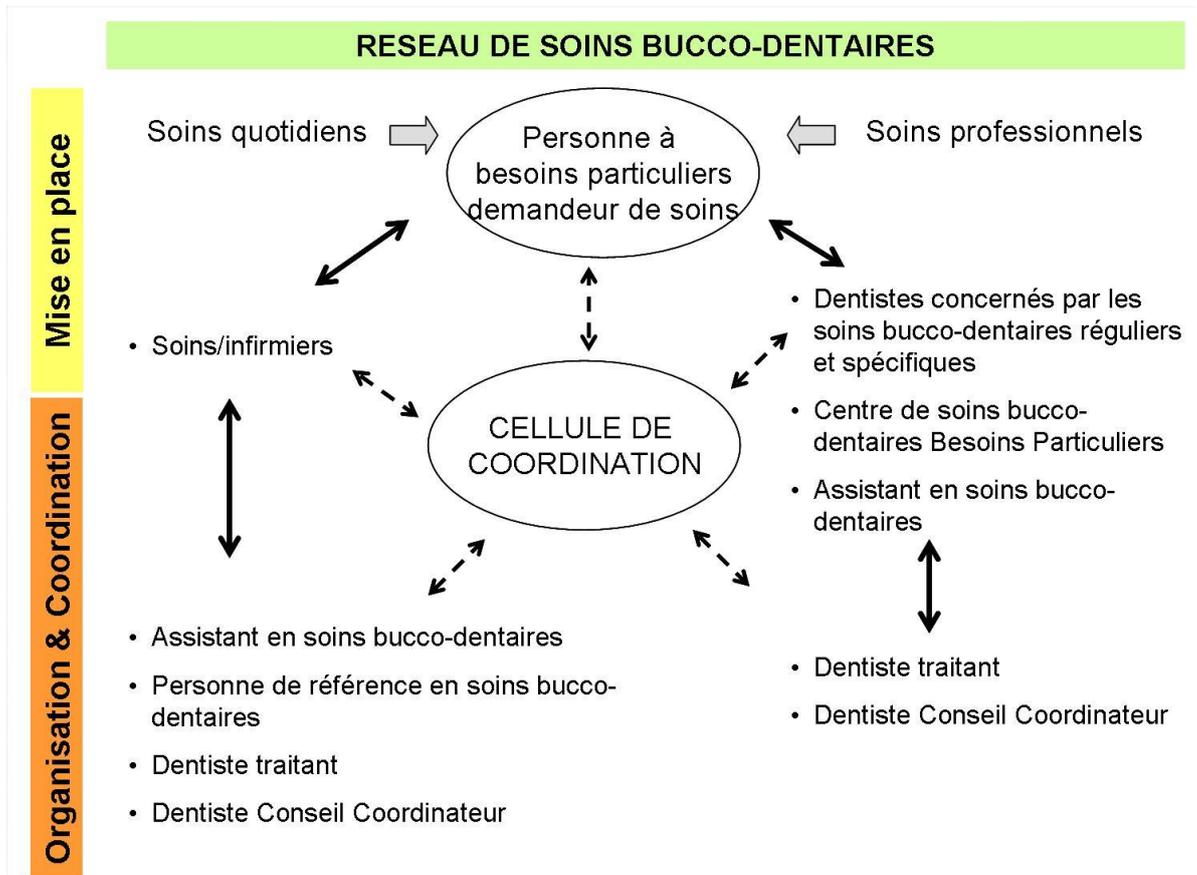
une personne à besoins particuliers ne peut pas être transportée à cause de handicaps physiques, mentaux ou pratiques, il peut être fait appel à des personnes qui se rendent chez la personne avec les appareils requis.

- Coordination des soins à domicile si la personne ne peut pas être transportée peut de faire:

Si une personne à besoins particuliers ne peut pas être transportée à cause de ses limitations physiques, mentales ou pratiques, il peut être fait appel à des personnes qui se rendent chez la personne avec les appareils requis.

- Gestion et organisation logistique des instruments spécifiques, appareillage mobile, unités mobiles, cabinets mobiles, ...
- Assurer la communication entre toutes les personnes concernées dans le Réseau de soins bucco-dentaires en particulier le maintien des interactions entre les 3 niveaux de soins et le demandeur de soins.
- Évaluation et rapport du fonctionnement du Réseau de soins bucco-dentaires à la Plateforme de soins bucco-dentaires.

4.3.2. Présentation schématique du Réseau de soins bucco-dentaires



4.3.3. Composition du Réseau de soins bucco-dentaires

Vu la diversité des tâches du Réseau bucco-dentaires, il aura comme membre de personnel des dentistes conseils de coordination, des assistants en soins bucco-dentaires et du personnel administratif et disposera d'appareillages et d'unités mobiles. Dans la 2^e phase de l'Étude de faisabilité, nous étudierons la quantité de personnel requis ainsi que hiérarchie adéquate entre les membres du personnel en tenant compte de la répartition géographique.

4.3.4. Quantité de Réseaux de soins bucco-dentaires

En Flandre, les Réseaux pourraient correspondre avec les «SEL's.²» (15)

Dans la Fédération Wallonie-Bruxelles, les tâches des Réseaux pourraient correspondre avec les «SISD's»³

² SEL :Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg: = Initiative de collaboration pour les soins de santé de 1^e ligne reconnues par le gouvernement Flamand. Il s'agit d'un lien de collaboration entre les dispensateurs de soins et les représentants des aidants proches ou bénévoles réalisé afin d'optimiser les soins dans un secteur limité géographiquement limité.

³ Services intégrés de soins à domicile.

5. FONCTIONS A CREER

5.1. PERSONNE DE REFERENCE EN SOINS BUCCO-DENTAIRES (voir aussi annexe 2)

La Personne de Référence en Soins bucco-dentaires est une personne qui coopère à l'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins quotidiens de personnes qui ont été accueillies au sein d'une organisation. Cette personne bénéficie d'un savoir-faire complémentaire et dispose de suffisamment de temps pour, au sein de l'organisation de soins, veiller à ce que l'attention et l'implication pour les soins bucco-dentaires de demandeurs de soins à besoins particuliers restent élevées. L'organisation de la formation se fait par les hautes écoles par analogie aux formations existantes de référentes en soins palliatifs, soins des plaies, démence, diabètes. Ces fonctions ne sont pas connues dans le secteur des personnes limitées.

- Tâches :

- coordination et soutien de l'exécution de soins bucco-dentaires quotidiens parmi des personnes à besoins particuliers de l'organisation de soins;
- contacter le dentiste-conseil coordinateur (DCC) en cas de demande de soins professionnels ou de présomption de nécessité de soins d'une personne;
- suivi des initiatives en matière de soins bucco-dentaires au sein de l'organisation en collaboration avec le dentiste-conseil coordinateur;
- établissement de rapports concernant les initiatives et personnes à besoins particuliers. Il peut également s'agir d'un moyen de contrôle au cas où la personne de référence en soins bucco-dentaires reçoit une indemnité supplémentaire pour cette fonction;
- éducation et prévention.

- Profil :

- infirmier
- assistant en soins bucco-dentaires

5.2. DENTISTE-CONSEIL COORDINATEUR (DCC)

Le Dentiste Conseil Coordinateur est un dentiste qui, au sein d'une organisation de soins déterminée, fait partie d'un Réseau de Soins bucco-dentaires et assume la responsabilité concernant la surveillance des soins bucco-dentaires et l'organisation de ces soins pour une personne à besoins particuliers.

Un Dentiste Conseil Coordinateur est toujours lié au(x) médecin(s) qui est(sont) responsable(s) de la politique de santé au sein de l'organisation de soins en accord avec les médecins traitants.

- Tâches :

- soutenir et encadrer les acteurs de soins concernant l'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins quotidiens des personnes;
- suivre la santé bucco-dentaire des personnes de l'organisation de soins. Si les soins bucco-dentaires sont-ils satisfaisants ou s'il y a besoin de soins bucco-dentaires professionnels;
- estimer le besoin en soins chez les personnes à besoins particuliers et l'organisation concrète de ces soins;
- soutenir le médecin responsable pour la mise sur pied d'une politique qualitative de soins bucco-dentaires au sein de l'organisation de soins;
- soutenir le médecin responsable dans le cadre de l'organisation et la réalisation de la formation continue des acteurs de soins en rapport avec les soins bucco-dentaires.

- Profil :

- dentiste généraliste

5.3. L'ASSISTANT(E) EN SANTE BUCCO-DENTAIRES

L'assistant(e) en soins bucco-dentaires pourra réaliser certains soins à la demande du dentiste.

- Tâches:

Pour la description complète des tâches, il faut attendre la législation qui vont les décrire.

- Profil:

BES ou Bachelier professionnel.

5.4. CENTRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES BESOINS PARTICULIERS

Le Centre de Soins bucco-dentaires Besoins Particuliers est une unité séparée au sein d'un hôpital où l'on réalise les soins spécialisés pour les personnes à besoins particuliers.

- Tâches:

- Offre de soins spécialisés:

- soins pour lesquels une expérience particulière est requise;
- soins pour lesquels une infrastructure spécifique est requise (par ex. possibilité d'anesthésie générale);
- possibilité d'hospitalisation.

- Aide aux dentistes actifs pour les soins réguliers et spécifiques:

- mise à disposition d'expérience, d'information de telle sorte que le dentiste puisse lui-même traiter et suivre la personne;
- interaction entre les 3 niveaux (retour du patient chez le dentiste traitant après le soin spécialisé et vice-versa);
- organisation de peer-review et formation continue au sein des Réseaux de soins.

- Nombre:

Partant d'un exemple de Centre de soins bucco-dentaires à l'étranger, nous pensons à 1 centre de soins bucco-dentaires pour 2 millions d'habitants (donc pour environ 100 000 personnes à besoins particuliers) ce qui signifierait 3 centres de soins bucco-dentaires en Flandre, un à Bruxelles et 2 en Wallonie. Le Centre de soins bucco-dentaires repris comme exemple est expliqué en annexe 4 et est utilisé comme exemple du fait du contexte comparable. La partie concrète sera étudiée dans la phase pilote.

- Effectif de personnel:

A nouveau basé sur les « expériences » des Centres de soins bucco-dentaires à l'étranger (annexe 5), il est estimé que l'effectif nécessaire se composerait de 10 dentistes, 10 assistant(e)s dentaires, 5 assistant(e)s en santé bucco-dentaires, 2 équivalents temps plein, 2 infirmier(e)s et 2 anesthésistes. Ceci sera aussi testé dans la phase pilote.

- Infrastructure adaptée au groupe-cible:

- accueil avec secrétariat, salle d'attente et possibilité de parking adapté;
- sanitaires;
- un espace pour les interventions sous anesthésie et sédation et l'appareillage nécessaire (e.a l'aspiration, l'oxygène, le gaz hilarant, possibilité de monitoring des paramètres vitaux), différentes unités dentaires, salle de réveil;
- infrastructure complémentaire indispensable suite à la spécificité du type de patient et du type de soins (ex; appareil RX mobile, lift, douche, local pour un entretien avec la personne et les accompagnants ...);
- locaux pour les fonctions aidantes et administratives , dépôt de matériel, espace de stockage.

Cadre réglementaire pour la formation du centre de soins bucco-dentaires Besoins Particuliers

SPF Santé Publique: Financement, Infrastructure, Personnel

Conseil consultatif: Conseil National pour Institutions hospitalières

Réglementation d'application:

Dans l'Arrêté Royal du 23 octobre 1964 qui détermine les normes à suivre par les hôpitaux et leurs services, les services pour soins bucco-dentaires spécialisés pour les personnes à besoins particuliers doivent être repris avec les détails architectoniques, fonctionnels et organisationnels auxquels les services doivent répondre.

La capacité minimale en lits et le taux d'occupation doivent être fixés dans l'Arrêté Royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers en précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

6. ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES PROFESSIONNELS

Il existe différents critères qui rendent les soins bucco-dentaires chez les personnes à besoins particuliers difficiles. Des propositions pour améliorer l'accessibilité aux soins bucco-dentaires professionnels sont formulées ci-dessous.

6.1. ACCESSIBILITE PHYSIQUE

6.1.1. Dans le cabinet dentaire

Le cabinet dentaire doit être aménagé de telle sorte que l'accès et les soins soient prodigués de manière confortable pour les personnes à besoins particuliers (annexe 6A et 6B).

La législation actuelle (voir annexe 2) concernant l'accessibilité des cabinets dentaires donne simplement des règles pratiques d'aménagement. Afin de rendre les cabinets dentaires facilement accessibles, l'information doit être transmise aux étudiants en dentisterie, aux dentistes et aux architectes des firmes qui installent les équipements dentaires. Les propositions alternatives sont éventuellement:

- Rendre l'accessibilité visible par un logo;
- Prévoir des incitants financiers pour les aménagements;
- Informer par le biais du site internet de la Plateforme de soins bucco-dentaires.

6.1.2 Transport du et vers le cabinet dentaire

Les personnes à besoins particuliers sont pour la plupart à mobilité réduite et difficilement transportable. C'est pour cela qu'il faut faire appel à un transport spécialisé pour le transport des personnes du et vers le cabinet dentaire.

Une analyse des possibilités de transport met en évidence qu'il y a suffisamment d'offre mais que l'information vers les personnes concernées et leurs accompagnants est insuffisante (annexe 2).

Les prix varient fort et créent souvent un obstacle au déplacement.

Propositions :

- Mettre l'information à disposition sur le site de la Plateforme Besoins particuliers;

- Se mettre autour de la table avec tous les partenaires concernés pour le transport des personnes à besoins particuliers;
- Prévoir des incitants financiers.

6.2. ACCESSIBILITE DU DENTISTE

Il existe une réticence à la prise en charge des soins dentaires chez les personnes à besoins particuliers suite à la problématique spécifique de ce groupe-cible. Ceci pourrait être remédié par:

- La formation
 - élargir et approfondir la connaissance des spécificités des personnes à besoins particuliers;
 - améliorer l'attitude vis-à-vis des personnes à besoins particuliers.

Formation complémentaire à prévoir pendant l'année de stage, le cycle d'accréditation, des modules spécifiques de formation, etc..

- Soutien
 - avis de praticiens qui dispensent des soins spécifiques ou spécialisés via la cellule de coordination;
 - politique de retour du patient au cabinet traditionnel après un parcours vers la prise en charge spécifique ou spécialisée.
- Incitants financiers

6.3. ALTERNATIVES AU CABINET DENTAIRE TRADITIONNEL

Quand la personne à besoins particuliers est vraiment dans l'impossibilité de se déplacer dans le cabinet, le dentiste devra, se déplacer chez elle. Ceci peut se faire avec une installation mobile ou en aménageant un cabinet dentaire dans l'institution où ces personnes résident. Le dentiste traitant ou dentiste habituel est l'acteur principal de l'organisation des soins dentaires professionnels chez les personnes à besoins particuliers. Une unité mobile ou espace de soins dans les institutions de soins est un plus là où la dépendance aux soins et la transportabilité peuvent être une base aux critères de sélection pour les personnes.

Aperçu des alternatives possibles

	Soins personnes âgées MRS ⁴	Personnes limitées Interne-externe	Soins à domicile
Unit mobile transportable	R	R	R
Cabinet dentaire complet transportable et à monter sur place	R	R	P
Cabinet dentaire mobile monté dans un camion médical	R	R	P
Cabinet dentaire complet fixe en institution ou MRS	R	R	A
Appareillage de base pour prévention présent dans un local d'hygiène dans l'institution ou MRS	R	R	A
Télédentisterie	R	R	R

Explication des symboles :

R Alternative Réelle

P Alternative Possible

A Aucune Alternative

⁴Maisons de repos et de soins

Les différentes alternatives doivent être complémentaires au soin régulier.

Le tout repose sur le fait de faire le bon choix alternatif à chaque situation de demande de soin en fonction des «A» (annexe 7).

- Availability ou disponibilité
- Accessibility ou accessibilité
- Acceptability ou acceptabilité
- Affordability ou payabilité
- Adequacy ou adaptabilité

Les configurations des alternatives comme proposées en annexe 8, ne sont pas restrictives. Sur base des projets nationaux et internationaux, le matériel nécessaire, le besoin de personnel, le prix de revient, les soins à réaliser, les groupes-cibles, les avantages et les inconvénients seront discutés. Une analyse coût-profit de chaque alternative a été faite en annexe 9. En effet, des paramètres peuvent être ajoutés ou enlevés en fonction afin de déterminer le prix de revient total.

Dans chaque situation, il sera envisagé de former une équipe avec une attention particulière de différencier les tâches avec une mise en œuvre efficiente de personnes et de moyens.

7. SENSIBILISATION

La sensibilisation est une composante de base essentielle du plan global pour des soins bucco-dentaires durables. La stratégie pour l'exécution de la sensibilisation est décrite en long et en large à l'annexe 2.

La sensibilisation est exécutée par les cellules de coordination au sein des réseaux de soins bucco-dentaires, en collaboration avec les organisations (professionnelles) de coordination des acteurs de soins et des aidants proches. A cet effet, il est recommandé d'également faire appel à des organisations professionnelles bénéficiant du savoir-faire requis en matière de promotion de la santé (bucco-dentaire). (annexe 2)

La sensibilisation s'adresse en première instance à tous les acteurs de soins des réseaux de soins bucco-dentaires, comme les orthopédagogues, les éducateurs, les infirmiers, les aides-soignants, les soignants, les membres du personnel paramédical (ergothérapeutes, kinés, logopèdes, diététiciens, animateurs,..), les médecins (gériatres, médecins-conseils coordinateurs, médecins traitants, médecins liés aux organisations de soins), les stomatologues, les chirurgiens maxillaires, les dentistes, les assistants en soins bucco-dentaires, les assistants en dentaires, les référents en soins bucco-dentaires et les aidants proches.

Chaque acteur de soin et tout aidant proche doivent être informés du plan global pour des soins bucco-dentaires durables qui consistent en des soins bucco-dentaires préventifs et curatifs. D'un point de vue du contenu, la sensibilisation est adaptée aux fonctions spécifiques de l'acteur de soins ou de l'aidant proche.

Les aides suivantes sont essentielles pour l'exécution de la sensibilisation:

Un syllabus de soins bucco-dentaires avec description de la procédure de mise en œuvre, protocoles correspondants de soins bucco-dentaires et fiches de travail de soins bucco-dentaires est essentiel pour réaliser la sensibilisation. Les points importants résident dans les mesures de soutien (screening) à titre préventif, les informations de santé et l'éducation (brochures) de même que la surveillance de santé et la protection (conseils de prévention). Le syllabus peut être soutenu par du matériel audiovisuel et éducatif.

Toutes les aides pour la sensibilisation sont accessibles pour tous les acteurs de soins et

aidants proches par le biais du site internet de la plateforme de soins bucco-dentaires (point 3).

Il est souhaitable que les personnes à besoins particuliers mêmes et leurs aidants proches soient sensibilisés à des soins bucco-dentaires de qualité par le biais d'une stratégie distincte.

8. FORMATION

Des soins bucco-dentaires de haute qualité pour les personnes à besoins particuliers requièrent un concept de soins particuliers, à savoir une approche large et multidisciplinaire des groupes-cibles. Dès lors, l'avenir est axé sur une coopération plus étroite entre tous les acteurs de soins concernés afin de pouvoir fournir des soins bucco-dentaires intégraux, ciblés et qualitatifs à ces personnes. Par conséquent, de nouveaux accords de coopération, plus intensifs, devront être établis entre les professionnels de la dentisterie et d'autres professionnels de la chaîne de soins.

les points importants sont:

- avoir certaines compétences générales et spécifiques axées sur la profession et acquérir des compétences complémentaires en fonction des tâches spécifiques dans le domaine des soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers;
- acquérir des connaissances complémentaires concernant la santé bucco-dentaire et les soins bucco-dentaires relatifs à des personnes à besoins particulier;
- prise en charge et communication avec la personne à besoin particulier;
- travailler en respectant le problème des personnes (transfert d'informations, écouter et comprendre, convaincre), organiser (planifier et organiser, harmoniser, prendre ses responsabilités);
- agir avec professionnalisme (agir de manière éthique, fixer des limites, faire preuve d'ouverture face au changement, développer sa propre profession).

La proposition d'une formation ou d'un recyclage complémentaire s'adresse aux formations déjà existantes de stomatologues, dentistes, assistants en dentaires, d'une part, et, d'autre part, aux infirmiers et aides-soignants, soignants, membres du personnel paramédical (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, logopèdes et diététiciens), aux médecins (gériatres et gérontologues, médecins conseils coordinateurs, médecins traitants, médecins liés à des organisations de soins), aux orthopédagogues, aux éducateurs et éducatrices et aux assistants sociaux dans le domaine des soins. A l'avenir, cette proposition s'adressera également aux assistants en soins bucco-dentaires Pour les aidants proches et les

volontaires également, une offre en formation par le biais des canaux appropriés et organisations est recommandée en plus de la sensibilisation.

Les points importants sont:

- acquérir des connaissances scientifiques relatives au traitement des personnes à besoins particuliers;
- acquérir des connaissances dans le domaine d'une autre problématique médicale importante, à savoir la problématique des personnes âgées et autres groupes à besoins particuliers;
- communiquer avec des groupes de soins particuliers dans le domaine des soins bucco-dentaires;
- remplir la fonction dirigeante dans une équipe dirigeante déjà constituée
- connaître différentes formes de collaboration dans le domaine des soins bucco-dentaires;
- possibilités de nouvelle répartition des tâches;
- le renvoi horizontal et vertical en matière de soins bucco-dentaires.

Dans le cadre des formations et recyclages de tous les autres professionnels dans la chaîne de soins et des aidants proches également, le thème santé bucco-dentaire et soins bucco-dentaires doit être plus accentué dans le programme ou la formation et le sujet doit bénéficier d'une attention structurée.

Le but ultime consiste à encore mieux former les professionnels de la dentisterie et autres professionnels de la chaîne de soins afin qu'ils acquièrent ainsi les compétences nécessaires pour exécuter des soins bucco-dentaires de qualité et surveiller la santé bucco-dentaire de personnes à besoins particuliers.

9. INCITANTS FINANCIERS

Pour renforcer l'accessibilité des soins bucco-dentaires, des décisions structurelles doivent être prises afin de réduire les obstacles financiers pour les groupes-cibles et d'améliorer les honoraires des acteurs de soins du domaine dentaire. Ces décisions visent à ce que les soins bucco-dentaires de personnes à besoins particuliers soient surtout organisés au niveau des soins réguliers.

9.1. IDENTIFIER LES AYANT-DROITS

Les critères en vue de l'identification des personnes à besoins particuliers qui entrent en considération pour les incitants financiers doivent être fixés avec le souci d'une uniformité. Il peut s'agir là d'une première mission de la plateforme de soins avec référence au rapport Projet Pilote Besoins particuliers (pages 6-31). Ceci doit être évité le plus possible.

La cellule de coordination organise une concertation avec un médecin de l'organisation de soins et le dentiste conseil afin de vérifier si la personne en question entre en considération pour une intervention majorée pour soins bucco-dentaires. A cet effet, la plateforme de soins établit une procédure d'attribution du droit à une intervention majorée pour soins bucco-dentaires avec le souci d'une uniformité pour l'ensemble des cellules de coordination.

9.2. INCITANTS POUR LES SOINS BUCCO-DENTAIRES REGULIERS

- Propositions d'adaptations de la nomenclature INAMI: ouvrir la nomenclature existante d'application aux traitements d'enfants au groupe-cible des personnes adultes limitées et des personnes âgées fragilisées. En d'autres termes, pas de ticket modérateur pour le patient et de meilleurs honoraires pour la prestation;
- Créer des numéros de nomenclature supplémentaires pour les besoins particuliers: Ces numéros seraient couplés à la nomenclature existante comme par exemple pour la technique adhésive dans le cas d'obturations, avec dans chaque cas, un montant forfaitaire qui peut changer selon la valeur de «K», comme c'est le cas notamment pour les prestations de garde;
- Prévoir des indemnités forfaitaires;
- Paiement en fonction du temps: le temps nécessaire pour soigner un patient à besoins particuliers différera par patient et dépendra du traitement technique qui sera exécuté. (par exemple aux Pays-Bas, -www.nmt.nl vademecum dentisterie);

- Prévoir une indemnité pour la formation et l'engagement comme personne de référence: pour les maisons de repos et de soins, ce forfait peut être intégré dans le forfait INAMI, par analogie à la partie pour soins palliatifs ou démence. Comment octroyer ce forfait dans le secteur des institutions pour personnes handicapées et soins à domicile devra être demandé au secteur concerné;
- Prévoir un forfait pour les tâches additionnelles pour le personnel infirmier et soignant.

9.3. INCITANTS POUR LES SOINS BUCCO-DENTAIRES

- Adapter la consultation à domicile, actuellement elle ne peut se faire que sur demande du médecin traitant;
- Prévoir un forfait additionnel pour le déplacement des dispensateurs de soins;
- Adapter la nomenclature des soins bucco-dentaires sous narcose (anesthésistes et dentistes).

9.4. INCITANTS POUR LES SOINS BUCCO-DENTAIRES SPECIALISES

- Indemniser les consultations pour les patients hospitalisés;
- Prévoir un appui financier pour la formation des centres de soins bucco-dentaires spécialisés;
- Prévoir un appui financier pour le fonctionnement des centres de soins bucco-dentaires spécialisés;
- Les mécanismes de fonctionnement des centres de soins bucco-dentaires spécialisés seront étudiés dans la phase pilote.

9.5. INCITANTS POUR LE DEPLACEMENT DE PERSONNES A BESOINS PARTICULIERS

- Prévoir un forfait additionnel pour les personnes qui accompagnent les personnes à besoins particuliers placées en institution de soins pour leur déplacement et le temps de l'accompagnement.

10. PLAN D'ACTION

L'exécution de ce plan global nécessite une volonté politique et sociale de venir en aide aux besoins de ce groupe-cible digne d'être pris à cœur. Étant qu'il s'agit d'un but primaire de réaliser un plan d'action, il faudra en première instance une concertation entre tous les organes dirigeants concernés (intergouvernemental).

Mise à part la décision intergouvernementale d'exécuter le plan global, quelques actions très concrètes peuvent être réalisées à court terme:

- faire connaître le plan d'action global par tous les acteurs et intéressés;
- optimiser les modifications d'enseignement et formation continue.
Entre autres, une modification des domaines dans la réglementation de l'accréditation des dentistes a été proposée;
- créer des incitants financiers par le biais de modifications de la nomenclature dans l'accord dento-mutualiste 2013/2014;
- commencer une concertation entre toutes les organisations concernées pour coordonner et intégrer les nombreuses initiatives existantes pour les personnes à besoins particuliers;
- définir les critères pour l'identification les ayant-droits des 2 groupes-cibles;
- adapter la nomenclature pour la narcose.

Après décision de principe pour l'exécution du plan global d'action, les étapes ci-dessous pourront être exécutées par phase. L'ordre de cette énumération ne donne aucune notion de priorité d'exécution.

- reconnaître, former, financer les assistant(e)s en soins bucco-dentaires;
- former et rendre la Plateforme pour soins bucco-dentaires opérationnelle;
- former et rendre les Réseaux de soins bucco-dentaires opérationnels;
- former et rendre les Centres spécialisés pour soins bucco-dentaires opérationnels;
- reconnaître, former, financer les référent(e)s en soins bucco-dentaires;
- exécuter les actions de sensibilisation.

1. MÉTHODE DE TRAVAIL DE LA PHASE PILOTE EFBP

1.1. OBJECTIF

Le plan global décrit ci-dessus et qui a été approuvé en tant que rapport intermédiaire par la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) le 14/11/12 prévoit entre autres l'installation d'une Plate-forme de Soins bucco-dentaires, la création de Réseaux de Soins bucco-dentaires, y compris des Centres de Soins bucco-dentaires et la mise en place de Dentistes Conseils Coordinateurs et de Cellules logistiques, répartis géographiquement dans tout le pays. En outre, une place centrale est réservée à la sensibilisation et, outre les soins dentaires dans la pratique dentaire régulière, des alternatives sont proposées pour la fourniture des soins préventifs et curatifs nécessaires, une attention étant accordée au transport des patients et au libre choix du demandeur de soins.

Le but de la phase pilote consistait à tester, sur le terrain, la faisabilité pratique des structures proposées, y compris les effectifs nécessaires en personnel, en vue de formuler d'éventuelles adaptations des propositions et d'établir des propositions de budget pour l'exécution du Plan global destinées aux structures INAMI pertinentes.

1.2. MÉTHODE DE TRAVAIL

1.2.1. Sensibilisation

La méthode de sensibilisation a été décrite en long et en large dans le Plan global de Soins bucco-dentaires (p. 25) et englobe l'information des acteurs de soins concernés et la mise en œuvre de protocoles de soins bucco-dentaires au sein des Réseaux de Soins bucco-dentaires.

D'autre part, l'objectif consiste à développer un site web/une application web performant(e) qui soit accessible pour tous les intéressés et sur lesquels les matériels de sensibilisation et les informations relatives à la planification des soins et à l'organisation du transport de patients soient disponibles.

La mise sur pied d'un site web/d'une application web de ce type requiert des mois d'étude et de programmation et n'était, par conséquent, pas possible, ni d'un point de vue pratique ni financier, durant la brève période de l'étude de faisabilité.

C'est la raison pour laquelle les tests de la mise en œuvre de la sensibilisation ont eu lieu sur la base d'une version pilote du site web qui a été développée au sein des structures ICT existantes de la VVT. Voir annexe 10 pour le contenu du site web qui a été développé dans le cadre de la phase pilote.

1.2.2. Réseaux de Soins bucco-dentaires

1.2.2.1. Régions pilotes

L'installation de Réseaux de Soins bucco-dentaires a été testée dans 5 régions différentes afin de vérifier si la diversité des régions avait un impact sur la nature des organisations de soins et la nature et l'ampleur des soins. Initialement, quatre régions ont été proposées, dont deux en Flandre, une à Bruxelles et une en Wallonie. Grâce à l'engagement du Dr. Lies Verdonck, qui a motivé l'importance de l'étude de faisabilité, la province du Brabant flamand a offert un financement supplémentaire (€ 50.000), de sorte que l'étude pilote a également pu être menée dans le Brabant flamand.

L'étude pilote a été menée en Campine, à Gand et en Flandre occidentale, à Louvain-Zaventem, à Bruxelles et dans le Hainaut (voir annexe 11).

1.2.2.2. Organisation centrale

Christine Van Meir (Campine), Michel De Decker (Gand et Flandre occidentale), Steven De Mars (Louvain-Zaventem), Diane Van Cleynenbreugel (Bruxelles et Hainaut) et Geneviève Delheusy (Bruxelles et Hainaut) ont fait office de dentistes-conseils coordinateurs (DCC) et les autres responsables du projet EFBP (Joke Duyck, Lies Verdonck et Luc De Visschere) ont développé les projets en détail et ont assisté les DCC. La coordination de la phase pilote a été assurée par Stefaan Hanson et la cellule logistique a opéré à partir de la VVT, notamment par l'entremise d'Ellen De Clerck qui a été épaulée par un assistant (voir p.64 point 2.3.3.1.).

Deux assistants dentaires ont été désignés pour l'accompagnement des soins en déplacement. Ils étaient également responsables des véhicules et des appareils dentaires mobiles.

1.2.2.3. Scénario

Dans un premier temps, sur la base des fichiers de données de l'étude PBP (2011), toutes les organisation de soins (232) qui sont concernées par les soins à des personnes à besoins particuliers des 5 régions sélectionnées ont été invitées par courrier à participer aux réseaux de soins bucco-dentaires.

Ensuite, les organisateurs de soins qui avait témoigné un intérêt ont été contactés par téléphone afin de les informer plus en détail et de les interroger concernant les caractéristiques générales de leur organisation de soins (annexe 13).

Comme le nombre d'organisations de soins intéressées n'était pas très élevé, elles ont pu toutes être reprises dans l'étude de faisabilité.

Tous les dentistes dans les 5 régions concernées ont été informés du projet pilote et motivés afin de faire office de dentiste régulier au sein du réseau de soins bucco-dentaires.

En outre, des dentistes qui étaient disposés à participer au projet pilote afin d'exécuter des soins spécifiques au niveau du lieu de séjour des demandeurs de soins ont été recrutés pendant le mois de février 2013 (annexe 14) parmi la population totale de dentistes belges.

Au sein des organisations de soins sélectionnées dans les 5 régions, une action de sensibilisation telle que décrite page 25 et à l'annexe 2 du rapport EFBP a été mise sur pied.

En premier lieu, une concertation a eu lieu avec les responsables des organisations de soins concernées au cours de laquelle le concept et le déroulement de l'étude de faisabilité ont été expliqués succinctement. En outre, des informations détaillées ont été fournies concernant la procédure en vue de la mise en œuvre des protocoles de soins bucco-dentaires au sein de l'organisation dans le but d'intégrer durablement les soins bucco-dentaires dans les soins quotidiens des demandeurs de soins. Sur la base de cette concertation, une décision a été prise au sein de l'organisation concernant la personne qui devait être présente durant les moments de formation.

Durant la formation théorique (4 heures), le Plan global de Soins bucco-dentaires a été explicité tout comme le concept et le déroulement de l'étude de faisabilité. D'autre part, une formation concrète concernant les protocoles de soins bucco-dentaires a également été dispensée. Elle portait sur les soins bucco-dentaires quotidiens et la procédure de mise en œuvre à suivre en fonction du profil des acteurs de soins et des demandeurs de soins.

La description de la procédure de mise en œuvre, les protocoles correspondants de soins bucco-dentaires et des fiches de soins bucco-dentaires ont été mis à disposition. Ces informations pouvaient également être consultées sur le site web www.specialdent.be. Le DCC restait disponible pour d'autres questions et des explications concernant le développement des protocoles.

Au sein des organisations de soins, il a été demandé à toutes les personnes à besoins particuliers de participer à l'étude de faisabilité. Après accord, la santé bucco-dentaire et le besoin éventuel en soins bucco-dentaires de ces personnes ont été analysés par le DCC à l'aide d'un examen bucco-dentaire simple et standardisé (annexe 15).

En cas de demande concrète de soins sur le plan des soins bucco-dentaires, il a été recommandé à la personne concernée de contacter son dentiste traitant. Dans la mesure où le patient n'avait pas de dentiste traitant ou si ce dernier ne disposait pas du savoir-faire ou de l'infrastructure nécessaires, la demande pouvait être transmise au DCC ou à la cellule de coordination. En accord avec le demandeur de soins, l'organisation de soins, le DCC et, éventuellement, l'aidant proche, la solution la plus appropriée a été recherchée afin de répondre au besoin en soins bucco-dentaires, dans le respect du libre choix du demandeur de soins. La figure 1 illustre la façon dont une personne avec une demande de soins pouvait s'adresser au dispensateur de soins le plus approprié. Les notions de 'soins bucco-dentaires réguliers, spécifiques et spécialisés' sont expliquées aux pages 38-39 de ce rapport.

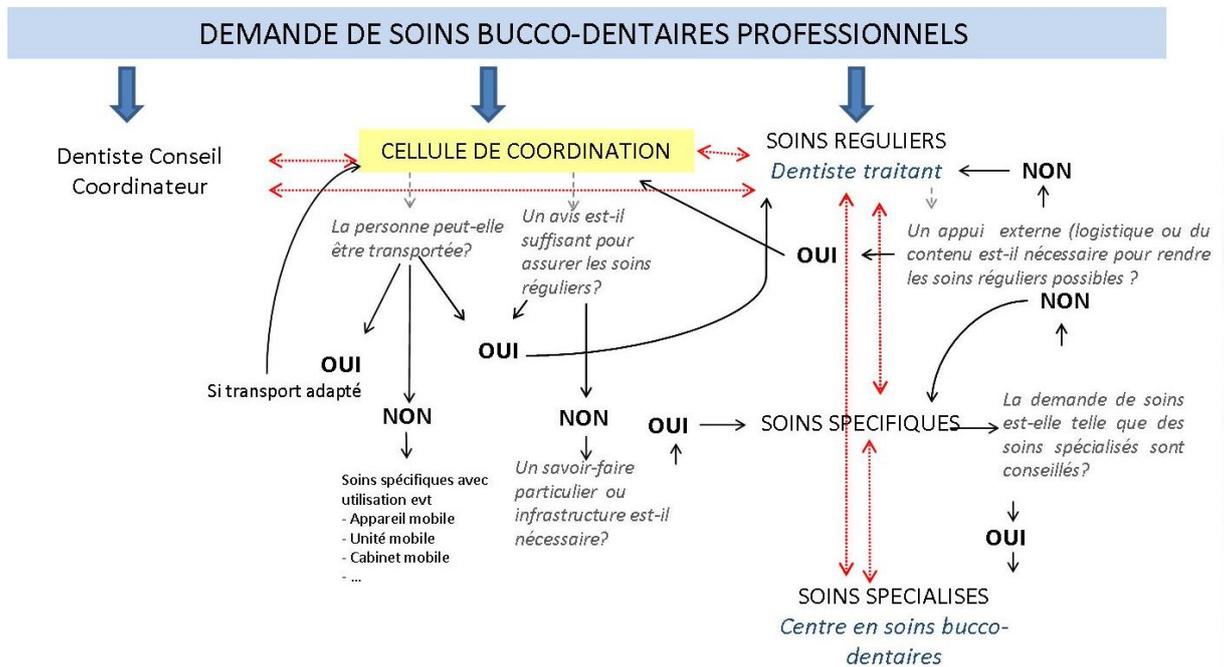


Figure 1

1.2.2.4. Soins bucco-dentaires réguliers

Les soins bucco-dentaires réguliers auprès du dentiste traitant de la personne concernée ont été encouragés, éventuellement moyennant un soutien pour l'organisation du transport chez le dentiste, à l'aller comme au retour. Si des soins réguliers s'avéraient impossibles, les possibilités ont été vérifiées en vue de l'organisation de soins bucco-dentaires spécifiques ou éventuellement spécialisés.

1.2.2.5. Soins bucco-dentaires spécifiques

Dans la mesure où le transport du patient s'avérait impossible, la cellule logistique a recherché une autre solution pour amener les soins bucco-dentaires jusque chez le demandeur de soins, tout en prêtant attention à une efficacité optimale en termes de temps et de coûts.

Bien que les soins soient dispensés de préférence par le dentiste traitant dans la pratique régulière ou sur une chaise de dentiste dans l'institution de soins, cela n'est pas possible dans certains cas du fait de problèmes physiques (problème de mobilité) ou mentaux (p.ex.

confusion des suites de différences sur le plan du schéma quotidien). Dans pareils cas, il est indiqué de dispenser les soins dans l'environnement de vie de la personne.

Dans l'étude de faisabilité, du fait de l'efficacité en termes de coût et, souvent, à la demande des organisations de soins, il a été décidé de dispenser les soins à l'aide d'une « unité mobile ». Cette unité mobile se compose d'un dentiste, d'un assistant dentaire, d'une installation de dentisterie mobile, avec appareils à rayons X et d'un véhicule. L'assistant dentaire faisait office d'accompagnateur fixe de l'unité mobile et était responsable de l'entretien journalier. Un dentiste parmi l'offre en dentistes qui collaboraient était réquisitionné par la cellule logistique en fonction de la disponibilité.

1.2.2.6. Soins bucco-dentaires spécialisés

Les Centres de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers sont des entités au sein d'un hôpital où des soins bucco-dentaires spécialisés sont proposés. Le Plan global de Soins bucco-dentaires prévoit que, en outre, les Centres de Soins bucco-dentaires jouent également un rôle important dans le soutien des dentistes qui travaillent dans le domaine des soins bucco-dentaires réguliers et spécifiques en mettant un savoir-faire à disposition et en organisant des peer reviews ainsi qu'une formation permanente. Cela doit permettre de faciliter une politique de tressage optimale entre les soins bucco-dentaires spécifiques/spécialisés et les soins réguliers.

2. RAPPORT PHASE PILOTE EFBP

2.1. DESCRIPTION DES ORGANISATIONS PARTICIPANTES

232 organisations de soins ont été invitées à participer à l'Étude de Faisabilité Besoins Particuliers. 32 de ces organisations de soins y ont effectivement pris part. Ces 32 organisations de soins étaient responsables des soins de 4.745 personnes à besoins particuliers en tout.

2.1.1. Profil des organisations de soins

Le Tableau 1 présente la diversité de l'offre des différentes formes de soins et de résidence. La population des personnes à besoins particuliers comprenait 65% de personnes âgées, dont 24% de personnes âgées dépendantes de soins. Le rapport de personnes limitées physiquement par rapport aux personnes limitées mentalement est respectivement de 10 et de 25%.

Tableau 1: Situations en termes de résidence de personnes à besoins particuliers (n=32)

	Séjour- de jour	Séjour complet	Service-flat	CHS	Soins à domicile	Autre	Total	%
Personnes limitées physiquement	77	155	0	65	112	7	416	10
Personnes limitées mentalement	20	242	0	319	112	394	1087	25
Maison de repos personnes âgées (MRPA)	25	232	180	1099	63	167	1766	41
Personnes âgées lourdement dépendantes (MRS)	0	197	164	605	60	0	1026	24
Autres	0	7	0	0	0	38	45	1

Le groupe total de personnes étudiées se composait de 1295 (27%) personnes, dont 441 personnes (34%) limitées et 854 personnes âgées fragilisées (66%).

Toutes les données n'ont pas été complétées par différentes organisations, de sorte que la capacité totale de 4.340 personnes diffère par rapport au nombre repris au Tableau 14.

2.1.2. Soins bucco-dentaires quotidiens existants au sein des organisations de soins participantes

Sur la base de questionnaires, spécialement rédigés pour cette étude à orientation pratique, des données ont été rassemblées concernant l'exécution de soins bucco-dentaires parmi des personnes séjournant dans des organisations de soins pour 8 organisations de soins, aucune

donnée n'a été obtenue et, par conséquent, les données ci-dessous sont le résultat de données de 24 des 32 organisations participantes en tout.

Les participants pouvaient indiquer plus d'une option en guise de réponse et les tableaux (section 1.2 et 1.3) reproduisent uniquement les réponses les plus pertinentes.

2.1.2.1. Qui se charge des soins bucco-dentaires quotidiens ?

Dans une seule organisation, les soins bucco-dentaires sont exécutés en toute autonomie par la personne à besoins particuliers elle-même. Dans plus de 8 organisations sur 10, il a été indiqué que les soins bucco-dentaires étaient exécutés quotidiennement par un infirmier/soignant/éducateur/aidant proche. Les résultats en termes d'hygiène bucco-dentaire enregistrés par les examinateurs (voir plus loin) démontrent que, pour 37% des personnes examinées, l'hygiène bucco-dentaire était plutôt mauvaise à très mauvaise.

Tableau 2: Qui se charge des soins bucco-dentaires quotidiens au sein de l'organisation (n=24) ?

La PBP est elle-même responsable et les exécute elle-même [A]	1
La PBP exécute les soins bucco-dentaires quotidiens et est aidée par un infirmier/soignant/aidant proche [B]	3
Il s'agit d'une partie des soins quotidiens qui sont exécutés par un infirmier/soignant/aidant proche [C]	16
[A] + [C]	1
[B] + [C]	1
[A] + [B] + [C]	2

2.1.2.2. Utilise-t-on, au sein de l'organisation, des protocoles relatifs aux soins bucco-dentaires quotidiens (hygiène bucco-dentaire/alimentation)? Si oui, lesquels?

Trois organisations utilisent un protocole établi par l'université de Gand.

Une seule organisation utilise une fiche de soins bucco-dentaires. En outre, quelques organisations utilisent un protocole pour des situations spécifiques, par exemple dans le cas de plaintes (n=1), de patients palliatifs (n=4), de problématique de déglutition (n=2), d'alimentation par sonde (n=1) et de problématique alimentaire (n=1).

Dans une seule organisation, un projet 'Soins bucco-dentaires' a été exécuté par des étudiants de l'université de Gand.

En règle générale, nous pouvons dire que la plupart des organisations n'utilisent aucun protocole général et uniforme pour soins bucco-dentaires.

2.1.2.3. Quelles initiatives sont/ont été prises pour les soins bucco-dentaires quotidiens?

Des réponses, il ressort que les organisations n'exécutent pas les soins bucco-dentaires de manière structurée. Généralement, on s'en tient à des initiatives *ad hoc*.

2.1.2.4. De quelle manière les infirmiers/soignants/éducateurs/aidants proches acquièrent-ils des connaissances et aptitudes pour dispenser des soins bucco-dentaires quotidiens (p.ex. recyclage en interne, recyclage en externe, communication écrite, communication verbale, internet,...)?

Les initiatives suivantes ont été signalées par les organisations de soins:

- organisation d'une formation interne
- participation à un recyclage externe
- formation en soins bucco-dentaires durant la phase palliative
- séance d'information sur les soins bucco-dentaires par un parodontologue, le dentiste itinérant ou un stagiaire qui réalise un travail de fin d'études sur l'hygiène bucco-dentaire
- coaching interne
- communication verbale et écrite ou par e-mail ou à l'aide d'un journal
- consignes diffusées par le biais de l'infirmier en chef ou lors de la discussion concernant les résidents
- intégration des soins bucco-dentaires dans le plan de soins/traitement par résident

2.1.3. Soins dentaires existants au sein des organisations de soins participantes

2.1.3.1. Qui surveille la santé bucco-dentaire des personnes à besoins particuliers?

Dans 82% des organisations de soins (19/23), la santé bucco-dentaire est surveillée par un dispensateur de soins de l'organisation, assisté ou non de la personne elle-même ou de la famille/de l'aidant proche.

Dans 5 organisations, une surveillance complémentaire est effectuée par, entre autres, le service médical, le dentiste ou le médecin liés à l'organisation.

Tableau 3: Qui surveille la santé bucco-dentaire des personnes à besoins particuliers (n = 23)?

La personne à besoins particuliers elle-même [A]	1
La famille/l'aidant proche [B]	2
Un collaborateur de l'organisation [C]	4
Autre	5
[A] + [B]	1
[A] + [C]	1
[B] + [C]	7
[A] + [B] + [C]	7

2.1.3.2. Qui constate généralement un problème de santé bucco-dentaire?

Dans la quasi-totalité des organisations, hormis une, un problème de santé bucco-dentaire est constaté par un collaborateur de l'organisation, assisté ou non de la personne elle-même (2), de l'aidant proche (5) ou des deux (8).

Dans 5 organisations, une surveillance complémentaire est effectuée par, entre autres, le service médical, le dentiste ou le médecin liés à l'organisation.

Tableau 4: Qui constate généralement un problème de santé bucco-dentaire (n=24) ?

La personne à besoins particuliers elle-même [A]	1
La famille/l'aidant proche [B]	0
Un collaborateur de l'organisation [C]	8
Autre	5
[A] + [C]	2
[B] + [C]	5
[A] + [B] + [C]	8

2.1.3.3. Qui organise la visite chez le dentiste?

L'organisation des soins dentaires a lieu, dans 100% des cas, par un collaborateur de l'organisation, assisté ou non de la personne elle-même (1), de la famille/l'aidant proche (2) ou des deux (2).

Dans 1 organisation, ce point fait l'objet d'une surveillance complémentaire par la direction.

Tableau 5: Qui organise la visite chez le dentiste en cas de demande de soins dentaires (n=24)?

La personne à besoins particuliers elle-même [A]	0
La famille/l'aidant proche [B]	0
Un collaborateur de l'organisation [C]	14
Autre	3
[A] + [C]	1
[B] + [C]	6
[A] + [B] + [C]	2

2.1.3.4. Collaboration avec le dentiste

Douze des 32 organisations participantes envoient le patient chez un dentiste avec lequel l'organisation coopère et éventuellement également chez le dentiste traitant de la personne concernée (1), chez le dentiste qui se rend dans l'institution (4) ou chez les deux (3).

Une seule organisation fait uniquement appel à un dentiste à proximité et une seule organisation oriente les patients vers un hôpital où il existe un service pour utilisateurs de fauteuils roulants.

Tableau 6: À qui est-il fait appel en cas de besoins en soins dentaires (n=24)?

Orientation vers le dentiste précédent [A]	5
Dentiste qui se rend dans l'institution [B]	4
Orientation vers le dentiste avec lequel l'organisation collabore [C]	4
Autre	2
[A] + [B]	2
[A] + [C]	1
[B] + [C]	4
[A] + [B] + [C]	3

2.1.3.5. Organisation du transport chez le dispensateur de soins (dentiste), à l'aller comme au retour

Les 2 possibilités les plus fréquemment mentionnées pour l'organisation du transport consistent à faire appel à un collaborateur de l'organisation pour régler le transport (n=15) ou à ce que la personne s'y rende par ses propres moyens et soit à cet effet accompagnée par sa famille/l'aidant proche (n=14).

Les possibilités alternatives ayant été mentionnées sont les suivantes: transport adapté géré par l'organisation, des collaborateurs accompagnent toujours la personne à besoins particuliers et un membre de la famille/l'aidant proche conduit lui-même.

Tableau 7: Si une PBP a un rendez-vous au cabinet d'un dentiste, comment le transport est-il organisé (n=24)?

La personne à besoins particuliers se rend chez le dentiste par ses propres moyens [A]	7
La personne à besoins particuliers s'y rend par ses propres moyens et est accompagnée par un membre de la famille/aidant proche [B]	14
La personne à besoins particuliers se rend chez le dentiste par ses propres moyens et est accompagnée de quelqu'un de l'organisation [C]	9
La personne à besoins particuliers fait appel à une organisation qui règle le transport spécialisé [D]	7
La famille/l'aidant proche fait appel à une organisation qui règle le transport spécialisé [E]	5
Un collaborateur de l'organisation fait appel à une organisation qui règle le transport spécialisé [F]	15

2.1.3.6. Communication entre le dentiste et le demandeur de soins concernant le post-traitement?

Les deux méthodes de communication entre la personne à besoins particulier et le dentiste les plus fréquemment mentionnées sont la communication verbale et écrite avec l'accompagnateur.

D'autres formes de communication sont la fiche de communication électronique, la communication avec l'infirmier (en chef), éventuellement par téléphone ou à l'aide du formulaire de l'organisation.

Tableau 8: Comment se déroule par la suite la communication entre le dentiste et le demandeur de soins concernant le post-traitement?

La communication a lieu avec la La personne à besoins particuliers	6
Un formulaire est remis et doit être rempli par le dentiste traitant	4
La communication verbale a lieu avec l'accompagnateur	12
La communication écrite a lieu avec l'accompagnateur	10
Il n'y a aucune communication	2
Autre	8

2.1.4. Résumé de la politique actuelle en matière de soins bucco-dentaires au sein des organisations participantes

- Le groupe des organisations de soins ayant participé était varié sur le plan des formes de résidence et de soins. Les personnes à besoins particuliers qui séjournaient chez elles étaient fortement sous-représentées.
- Trente-cinq pour cent des personnes à besoins particuliers ayant participé à l'étude de faisabilité se composaient de personnes limitées et de personnes âgées à raison de 65 pour cent.
- À une seule organisation près, toutes les personnes à besoins particuliers dépendaient de tiers pour les soins bucco-dentaires relatifs à l'exécution de l'hygiène bucco-dentaire quotidienne.
- Les résultats sur le plan de l'hygiène bucco-dentaire étaient mauvais ou plutôt mauvais et, dans la plupart des organisations, l'hygiène bucco-dentaire ne se déroule pas de manière structurée. La plupart des organisations de soins n'utilisent pas de protocole de soins bucco-dentaires. Si un protocole est utilisé, cela se fait uniquement dans le cas de patients en phase de soins palliatifs. Généralement, les organisations de soins se faisaient une image trop optimiste des soins bucco-dentaires exécutés.
- Les principales initiatives ayant été prises en matière de soins bucco-dentaires résident dans la communication, l'attention accrue auprès des dispensateurs de soins et la stimulation des personnes à besoins particuliers.
- La formation interne et externe et la communication verbale et écrite sont les façons les plus fréquemment mentionnées de renforcer le niveau des connaissances et des aptitudes des dispensateurs de soins. La santé bucco-dentaire est surveillée par les dispensateurs de soins et également par la famille et l'aidant proche. Ceux-ci constatent les problèmes potentiels et organisent une visite chez le dentiste et le transport. Dans ce cas, il est fait appel à un dentiste avec lequel l'organisation coopère, au dentiste traitant ou au dentiste qui se rend dans l'organisation. La communication avec le dentiste est essentiellement assurée par l'accompagnateur.

2.2. MISE EN ŒUVRE AU SEIN DES ORGANISATIONS DE SOINS DES RÉSEAUX DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

2.2.1. Sensibilisation

Dans ce chapitre, nous traitons de l'évaluation de la mise en œuvre de la sensibilisation par les organisations de soins.

Différents aspects de la procédure de mise en œuvre (sensibilisation et prévention) ont été évalués quantitativement et qualitativement durant l'étude de faisabilité. Le sondage quantitatif a eu lieu à l'aide d'un questionnaire comportant 21 questions et une échelle VAS. Le répondant pouvait faire part d'un commentaire pour chaque question. L'évaluation qualitative était basée sur un entretien de groupe de discussion.

En tout, 43 questionnaires ont été reçus de 32 organisations de soins participantes. Les questionnaires pouvaient être complétés par la voie électronique ou sur papier (durant l'entretien de groupe de discussion). Seules 24 organisations ont entièrement complété le questionnaire. Plusieurs questionnaires ont été complétés par différents acteurs pour 7 organisations. Si plusieurs questionnaires avaient été complétés par une seule organisation, ceux-ci ont été ramenés à un seul questionnaire en calculant un score moyen par question.

L'âge moyen des personnes ayant complété le questionnaire était de 41 ans (SD 10,5), avec 21 ans pour le plus jeune participant et 58 pour l'aîné. La médiane était de 42 ans.

Les participants étaient répartis comme suit selon leur fonction: directeurs (2), chefs de département (1), infirmiers en chef (9), infirmiers (16), infirmiers sociaux (1), infirmiers à domicile (1), accompagnateurs (1) et soignants (2).

Quinze participants étaient membres de l'équipe de soins bucco-dentaires et 16 d'entre eux ne l'étaient pas.

Des données ont également été obtenues par le biais d'un entretien de groupe de discussion (n=13) composé de 1 chef de département, de 4 infirmiers en chef, de 7 infirmiers et de 1 infirmier à domicile. Tous les participants étaient des femmes et l'âge moyen était de 40 ans (plage 21-54). Ces personnes travaillaient dans 6 centres d'hébergement et de soins.

Les résultats ci-après sont basés sur ces sondages quantitatifs et qualitatifs.

2.2.1.1. Évaluation de la sensibilisation par les organisations de soins

Le Tableau 9 reproduit les réponses à des questions concernant la sensibilisation. Celle-ci englobait des explications détaillées concernant le projet, la procédure de mise en œuvre et les protocoles de soins bucco-dentaires par les examinateurs.

Tableau 9: Questions relatives à la sensibilisation et à la procédure de mise en œuvre

Question	Moyenne (SD)	Plage
1. Le Plan global pour soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers a-t-il été expliqué suffisamment clairement par l'initiateur de ce projet ?	7.7 (1.96)	3-10
19. Dans quelle mesure avez-vous consulté le site web (Specialdent) durant le projet ?	3.01 (2.78)	0-7

Les explications du projet par les examinateurs ont été qualifiées de bonnes à très bonnes (8/10). Les explications étaient claires et suffisantes. Dans 2 organisations, il a été indiqué que les informations n'étaient pas transférées aux personnes qui en avaient besoin. Une organisation a estimé que les actions concrètes n'étaient pas réellement claires d'emblée. Dans une autre organisation, une personne a indiqué n'avoir été mise au courant que par le biais de réunions internes et par e-mail.

Le site web comprenant des informations concernant le projet a été peu consulté par bon nombre d'organisations de soins. Les raisons à cela (sans ordre d'importance) étaient les suivantes : site insuffisamment connu, problèmes d'enregistrement, et les dentistes fournissaient suffisamment d'informations.

2.2.1.2. Compliance des organisations de soins

La mesure dans laquelle l'organisation de soins a respecté les protocoles est reproduite au Tableau 10.

Tableau 10: Questions relatives à l'application des protocoles en tant que composants de la procédure de mise en œuvre

Question	Moyenne (SD)	Plage
2. Le Plan global de Soins bucco-dentaires pour Personnes à besoins particuliers a-t-il été suffisamment exécuté dans votre organisation ?	7.4 (1.73)	3-10
6. Toutes les personnes à besoins particuliers auxquelles votre organisation propose des soins ont-elles été impliquées dans ce projet de soins bucco-dentaires ?	60% (28)	10-100%
7. Tous les collaborateurs de l'organisation ont-ils été impliqués dans ce projet ?	62% (33)	10-100%
9. Un dossier de soins bucco-dentaires a-t-il été constitué pour toutes les personnes à besoins particuliers ?	65% (34)	0-100%
13. Lors du renvoi de personnes à besoins particuliers vers le dentiste régulier, un formulaire de référence a-t-il été remis à chacune d'entre elles ?	51% (70)	0-100%
14. Le formulaire de référence a-t-il été remis dans chaque cas par les dentistes réguliers ayant traité des personnes à besoins particuliers après avoir été dûment complété ?	38% (45)	0-100%
11. Toutes les personnes à besoins particuliers disposent-elle du matériel nécessaire pour leur hygiène bucco-dentaire ?	6.86 (3.15)	0-10

Pour la question portant sur la mesure dans laquelle le plan global a été suffisamment exécuté, la moyenne était de 7,4. Cette question était difficile pour certains car ils avaient uniquement une vue du département où ils travaillent. Pour les soins à domicile, une seule personne a participé.

Une partie des participants a indiqué que le plan était suffisamment appliqué et que tous les résidents étaient impliqués. Il a été indiqué qu'une sensibilisation continue (rafraîchissement) serait nécessaire.

D'autres participants ont indiqué que tout démarrait lentement et ne se déroulait pas encore sans heurts, mais les collaborateurs faisaient néanmoins preuve d'ouverture. Dans une seule organisation de soins, le suivi était difficile car aucune unité mobile ne venait sur place et une autre organisation de soins manquait de temps car elle n'avait commencé qu'à la fin de la période d'étude.

Les organisations de soins ont indiqué que 60 pour cent ou plus en moyenne des personnes à besoins particuliers ou des collaborateurs de l'organisation étaient impliqués dans ce projet. Un dossier de soins bucco-dentaires a été constitué pour 65% en moyenne des personnes à besoins particuliers.

Les raisons pour lesquelles cela n'avait pas eu lieu pour certaines personnes à besoins particuliers résidaient dans le refus de la personne ou le fait que la personne effectuait un court séjour ou que cela n'était pas prévu dans le dossier électronique du patient.

Les causes invoquées par les collaborateurs résidaient dans le fait qu'ils avaient été informés tardivement, dans le manque de temps, ou dans une communication erronée ou insuffisante des informations. Dans certaines organisations, seules quelques personnes étaient concernées, par exemple uniquement le directeur, l'infirmier en chef, un infirmier, une personne de référence, uniquement le personnel des groupes de vie participants ou surtout les personnes qui assurent les soins au jour le jour et l'accompagnement. Un répondant a indiqué que l'initiative était bel et bien présente, mais qu'elle était difficile à réaliser.

Un formulaire de référence a été remis dans seulement la moitié des cas lors du renvoi de personnes à besoins particuliers chez le dentiste régulier. Cinq organisations ont indiqué que cela ne s'appliquait pas parce qu'elles coopéraient avec un dentiste qui se rendait dans l'organisation. Différentes organisations ont indiqué que ce formulaire n'était pas disponible ou qu'il existait uniquement un formulaire à compléter par la voie électronique ou qu'elles avaient perdu ce formulaire.

Dans seulement 38% des cas, le formulaire de référence a été remis par le dentiste régulier ayant traité des personnes à besoins particuliers après avoir été dûment complété. Ici également, cette question ne s'appliquait pas à 6 organisations. Dans une seule organisation, on l'ignorait et, dans une autre, cela n'a pas eu lieu parce que le rendez-vous et le suivi étaient organisés par la famille.

Dans quasiment 7 cas sur 10, les personnes à besoins particuliers disposaient du matériel approprié nécessaire pour leur hygiène bucco-dentaire. (p.ex. brosse pour prothèse dentaire ou gratte-langue). Dans certaines organisations de soins, le matériel était absent parce que l'on s'en occupait encore ou parce que ce n'était pas une priorité pour le chef de service coordinateur. Une organisation de soins doutait de l'utilité de ce matériel parce que le niveau mental ne permet pas toujours d'utiliser le matériel approprié.

2.2.1.3. Évaluation du projet par les collaborateurs de l'organisation de soins

Le projet a été évalué par les collaborateurs à l'aide de 9 questions (tableau 11).

Tableau 11: évaluation du projet par les collaborateurs de l'organisation de soins

Question	Moyenne (SD)	Plage
3. La mise en œuvre du Plan global de soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers a-t-elle débouché sur une plus-value pour votre organisation ?	8.1 (1.5)	4.5-10
4. 3. La mise en œuvre du Plan global de soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers a-t-elle débouché sur une plus-value pour les personnes même ?	8.0 (2.17)	1.5-10
5. 3. La mise en œuvre du Plan global de soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers a-t-elle débouché sur une plus-value pour vous-même ?	8.1 (1.62)	4.5-10
15. Comment ressentez-vous la collaboration sur le plan des soins bucco-dentaires de personnes à besoins particuliers avec le dentiste conseil coordinateur ?	8.2 (2.31)	1-10
16. Comment ressentez-vous la collaboration sur le plan des soins bucco-dentaires de personnes à besoins particuliers avec le(s) dentiste (s) qui dispense(nt) des soins dentaires à domicile ?	8.4 (1.89)	4-10
17. Comment ressentez-vous la collaboration sur le plan des soins bucco-dentaires de personnes à besoins particuliers avec le(s) dentiste (s) qui traite(nt) des personnes à besoins particuliers dans son (leur) cabinet ?	6.0 (3.74)	0-10
20. Comment ressentez-vous la collaboration avec la cellule	7.4 (1.73)	4-10

de coordination du projet Plan global de Soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers ?		
8. Dans quelle mesure les soins bucco-dentaires au niveau du département/de la région où vous travaillez se déroulent-ils actuellement mieux que précédemment des suites de la participation à ce projet ?	6.8 (2.8)	0-10
Score global du projet	7.02 (1.57)	4-10

Les organisations de soins ont également pu faire part de leur opinion quant à savoir si le projet débouchait sur une plus-value pour l'organisation, pour les personnes à besoins particuliers elles-mêmes et pour le collaborateur qui complétait le questionnaire ou participait à l'entretien de groupe de discussion. Ici, le score moyen était de 8. Une augmentation de l'attention et de la nécessité d'une hygiène bucco-dentaire était considérée par nombre des participants comme une plus-value du projet. Des traitements ont été exécutés parmi des personnes qui, autrement, n'iraient jamais chez le dentiste. Quelques organisations ont indiqué qu'une politique de soins bucco-dentaires était déjà en place et que ce projet était un rafraîchissement grâce auquel certains points importants étaient mis en évidence.

Les collaborateurs ont indiqué que, en ce qui les concernait personnellement, la phase pilote leur avait permis de mieux prendre conscience de la problématique de la santé bucco-dentaire.

La collaboration avec le dentiste conseil coordinateur et/ou le dentiste (PBP) qui venait traiter au sein de l'organisation a enregistré un score moyen supérieur de 8 par opposition à l'expérience avec le dentiste régulier (moyenne = 6). La collaboration avec la cellule de coordination a enregistré un score moyen de 7,4. Ici, il faut tenir compte du fait que certaines organisations de soins ont fait peu ou pas appel à la cellule de coordination eu égard à la bonne collaboration avec un dentiste régulier.

Les constats positifs concernant les dentistes conseils coordinateurs et les dentistes PBP résidaient dans leur approche compréhensive, le règlement rapide, un excellent soutien, le fait qu'ils rassurent le résident, donnent de bonnes informations, dans leur suivi clair par la suite, la communication de qualité, leur expérience du groupe-cible, l'accompagnement de

qualité des assistants dentaires et la très agréable collaboration. Quelques organisations se sont montrées moins positives : les informations étaient différentes, les traitements se déroulaient rapidement et pas toujours selon un plan à étapes, la communication était limitée, un dentiste était meilleur que l'autre. Les longs temps d'attente entre la constatation du problème bucco-dentaire et l'exécution du traitement ont été mentionnés comme un point d'attention important pour l'avenir.

Le score inférieur concernant la collaboration avec le dentiste régulier était surtout dû à des aspects pratiques tels que le transport, l'accessibilité physique difficile et l'accessibilité en général.

À la question quant à savoir dans quelle mesure les soins bucco-dentaires au niveau du département/de la région où travaille la personne qui a complété le questionnaire étaient meilleurs que précédemment, la moyenne est tout juste inférieure à 7. Le score moyen pour l'évaluation globale du projet était de 7.

Points forts du projet reproduits à l'aide de réactions individuelles:

- Les participants ont trouvé que c'était un excellent projet, très utile, bien organisé, que des explications et informations de qualité avaient été données, que la collaboration s'était bien déroulée, que la communication était bonne et que les personnes étaient motivées;
- Grâce au projet, une attention accrue a été accordée aux problèmes, plus de membres du personnel ont été impliqués dans le projet, le centre d'hébergement et de soins a évolué en ce qui concerne les soins bucco-dentaires. Pour un autre centre d'hébergement et de soins, il s'agissait d'un rafraîchissement du projet et d'un contrôle. Le projet a incité à la réflexion: (sommes-nous sur la bonne voie) ou il s'agit d'une formalisation d'initiatives existantes. Le projet rend les soins bucco-dentaires vivants grâce à des contrôles réguliers;
- Le projet était efficace car de nombreuses personnes ont peut-être vues en une seule journée et qu'une double consultation en déplacement n'a pas dû avoir lieu;
- Ces soins sont faciles pour les résidents, moins stressants, il n'est pas question de difficultés de déplacement pour les personnes elles-mêmes, le traitement a lieu dans l'environnement familial, des traitements ont été effectués sur des résidents qui,

autrement, n'iraient jamais chez le dentiste, les résidents qui avaient urgemment besoin d'aide ont été aidés, c'est bien pour la situation en termes d'alimentation des résidents, le screening fera l'objet d'une suite;

- Les dentistes ayant une certaine expérience des personnes limitées et la collaboration positive avec les dentistes, l'assistant, le coordinateur ont été mentionnés comme une plus-value;
- Une équipe mobile est une solution idéale.

Points faibles :

- Les nombreuses démarches administratives et papiers du screening n'étaient pas suffisamment clairs. Le fait que, outre un consentement informé, un accord en vue du traitement était également nécessaire a été ressenti comme fastidieux;
- Le projet prend beaucoup de temps et le temps manquait de sorte que toute l'administration devait avoir lieu durant les temps libres. Cela fait beaucoup de travail pour la personne de référence en soins bucco-dentaires et le temps fait défaut pour une hygiène bucco-dentaire poussée. Il est impossible pour le personnel d'exécuter parfaitement les soins bucco-dentaires;
- La longue période de temps entre le screening et le traitement a été ressentie comme négative. Dans une organisation, la communication avec le DCC s'est déroulée initialement difficilement à cause des agendas qui changeaient constamment. La méthode de travail des dentistes était très différente. Il régnait une certaine incertitude concernant le déroulement du projet;
- Dans différentes organisations, le matériel de nettoyage n'était toujours pas présent. Une installation mobile n'était pas toujours présente. L'appareillage mobile tombait parfois en panne et il est difficile d'organiser ce type de soins à domicile;
- Certains résidents souffrant de problèmes psycho-gériatriques présentaient un comportement imprévisible de sorte qu'ils étaient difficiles à traiter. D'autres étaient anxieux. Il n'a pas été suffisamment tenu compte des personnes atteintes de

démence. Parfois, on visait surtout à la perfection absolue, ce qui entraînait une très lourde charge pour le résident, les parents de personnes limitées ne suivaient pas les soins bucco-dentaires (situation de centre de jour) et, dans une organisation, trop peu de résidents voulaient participer;

- Au sein de l'organisation de soins, il n'y avait aucun soutien du chef de département ou du chef de service coordinateur, trop peu de disciplines étaient impliquées, les dentistes locaux étaient trop peu intéressés pour se rendre dans un centre d'hébergement et de soins et il n'y avait aucun libre choix de participer;
- Besoin urgent de visites régulières de l'équipe mobile pour contrôler la problématique bucco-dentaire complémentaire. Il est regrettable qu'il s'agisse d'un projet de courte durée et que, par conséquent, il ne puisse pas avoir lieu à long terme.

2.2.1.4. Résumé de l'évaluation de la procédure de mise en œuvre par les organisations de soins

En règle générale, la procédure de sensibilisation a été suffisamment évaluée par les organisations de soins participantes. Le site web qui a été développé pour le projet a été très peu consulté.

La procédure de mise en œuvre a été exécutée de manière acceptable et, en moyenne, environ deux tiers de toutes les personnes à besoins particuliers et dispensateurs de soins y ont été impliqués.

La communication écrite mutuelle avec les dentistes réguliers était insuffisante et le matériel nécessaire pour l'hygiène bucco-dentaire n'était pas toujours présent.

En règle générale, le projet a été évalué comme réussi par les collaborateurs et la collaboration avec les dentistes et assistants en dentisterie du projet a, ici, enregistré le score le plus élevé.

2.2.2. Mise en œuvre de structures existantes pour soins dentaires au sein du réseau de soins bucco-dentaires

Pour 30 pour cent des organisations de soins ayant participé à l'étude pilote, une collaboration structurelle était en place entre l'organisation de soins et un dentiste. L'ampleur de cette collaboration était plutôt limitée et a impliqué, dans seulement 17% des cas, un suivi systématique et un traitement éventuel des résidents. Dans les autres cas, la collaboration était limitée aux soins au sein de l'institution à 1 jour par semaine (4%) (uniquement pour des extractions dentaires et la réalisation de prothèses dentaires amovibles) ou à l'exécution de contrôles semestriels (8%) (en cas de besoins éventuels de soins, le patient a été renvoyé par la suite).

Dans 25 % des organisations de soins, aucune collaboration structurelle avec le dentiste n'était en place, mais un dentiste pouvait néanmoins être contacté en cas de problèmes aigus.

Dans les situations où une collaboration structurelle avec un dentiste était en place, cette collaboration a été conservée au sein du réseau de soins bucco-dentaires. Également si seule une collaboration occasionnelle était en place, les dentistes concernés ont été repris dans le réseau de soins bucco-dentaires dans la mesure où ils le souhaitaient.

2.3. SOINS DENTAIRES AU SEIN DES RÉSEAUX DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

2.3.1. Caractéristiques des participants (tableau 12)

Le groupe total de personnes examinées se composait de 1.295 (27%) personnes, dont 441 personnes (34%) limitées et 854 personnes âgées fragilisées (66%).

L'âge moyen s'élevait à 47,4 (14,6) ans pour les personnes limitées et 84,3 (9,1) pour les personnes âgées fragilisées. Dans le groupe total, la part des personnes de 65 ans ou plus s'élève à 68%. Aucune personne limitée de moins de 20 ans n'appartenait au groupe examiné.

Parmi les personnes limitées, 53% d'entre elles présentaient un degré de soins élevé (B, C ou Cd) et pour les personnes âgées fragilisées, cette part était de 68%.

Tableau 12: Caractéristiques des personnes examinées

	Personnes limitées n = 441	Personnes âgées fragilisées n=854	Total n=1295
Âge (ans)	n = 441	n=827	n=1268
Moyenne (SD)	47.4 (14.6)	84.3 (9.1)	71.4 (20.9)
Médiane	48.0	86.0	80.0
Plage	20-87	31-101	20-101
Échelle z	35.0	80.0	55.3
Percentile 50	48.0	86.0	80.0
Percentile 75	58.0	90.0	88.0
Degré de soins (échelle de Katz)	n = 441	n=854	n=1295
O	28	63	91
A	67	123	190
B	78	199	277
C	74	131	205
Cd	81	251	332

Le tableau 13 reproduit le type d'organisation de soins dans lequel des personnes à besoins particuliers ont séjourné et qui ont reçu des soins dentaires.

Environ 66% des personnes examinées ont séjourné dans un centre d'hébergement et de soins. Dans le domaine des soins à domicile, il a été uniquement possible d'examiner 15 personnes (1%), dont 2 personnes limitées.

Tableau 13: Répartition des personnes examinées en fonction du lieu de résidence

Type de résidence	Nombre	Pourcentage
Personnes limitées		
Atelier protégé	26	2
Centre d'intégration pour personnes handicapées	29	2.2
Centre de jour pour personnes limitées	53	4.1
Internat	16	1.2
Infrastructure résidentielle	53	4.1
Home pour personnes non actives	230	17.8
Institution de soins	4	0.3
Infrastructure résidentielle en affectation de jour	28	2.2
Personnes âgées fragilisées		
Centre d'hébergement, de soins et de réhabilitation	82	6.3
Centre d'hébergement et de soins	759	58.6
Soins à domicile	15	1.2

2.3.2. Situation sur le plan de la santé bucco-dentaire des personnes examinées (Tableau 14)

Parmi la population d'étude totale (N=4.745), 27% (n=1.295) des personnes ont finalement été soumises à un screening. Pour 18% de ce groupe (n=232), un ou plusieurs traitements ont été attestés.

Tableau 14: Vue d'ensemble de la capacité de l'organisation de soins, nombre de personnes screenées et traitées

Numéro de l'organisation	Capacité	Screening	% de screening	Attestation	% d'attestation
1	1000	2	0	2	100
2	80	28	35	0	0
3	120	35	29	3	9
4	38	16	42	5	31
5	20	13	65	0	0
6	37	11	30	0	0
7	189	18	10	2	11
8	37	16	43	0	0
9	204	82	40	18	22
10	81	66	81	13	20
11	49	32	65	0	0
12	30	29	97	5	17
13	50	29	58	2	7
14	489	46	9	20	43
15	110	37	34	21	57
16	41	4	10	0	0
17	105	1	1	0	0
18	288	96	33	12	13
19	253	77	30	23	30
20	76	17	22	8	47
21	170	26	15	15	58
22	213	190	89	0	0
23	385	26	7	0	0
24	90	52	58	12	23
25	170	110	65	12	11
26	22	8	36	0	0
27	85	60	71	14	23
28	12	11	92	0	0
29	73	26	36	5	19
30	73	68	93	23	34
31	115	62	54	16	26
32	40	1	3	1	100
	4745	1295	27	232	18

2.3.2.1. Part de personnes édentées par opposition à des personnes avec dents naturelles

Parmi les 1295 personnes screenées, 635 (49%) d'entre elles possédaient des dents naturelles, 396 (31%) étaient édentées et pour 264 (20%) d'entre elles, cette donnée n'a pas été complétée.

Tableau 15: Nombre de personnes édentées et nombre moyen de dents pour tout le groupe examiné

	Total mâchoire supérieure et mâchoire inférieure	Mâchoire supérieure	Mâchoire inférieure
	n=1017	n=1025	n=1023
Absence de dents	398	431	496
Moyenne (SD)	10.3 (10.8)	5.5 (5.6)	4.8 (5.6)
Médiane	6	4	1
Plage	0-32	0-16	0-16
Percentile 25	0	0	0
Percentile 50	6	4	1
Percentile 75	21	11	10

Pour le groupe total possédant des dents naturelles, le nombre moyen de dents naturelles s'élevait à 16,8 (9,7), avec une moyenne de 9 (4,5) dents au niveau de la mâchoire supérieure et de 8 (5,2) au niveau de la mâchoire inférieure.

Groupe-cible de personnes limitées

Parmi les 441 personnes limitées screenées, 316 (72%) d'entre elles possédaient des dents naturelles, 60 (14%) étaient édentées et pour 65 (14%) d'entre elles, cette donnée n'a pas été complétée.

Tableau 16: Nombre de personnes édentées et nombre moyen de dents pour les personnes limitées

	Total mâchoire supérieure et mâchoire inférieure	Mâchoire supérieure	Mâchoire inférieure
	n=369	n=372	n=373
Absence de dents	60	75	71
Moyenne (SD)	17.8 (10.7)	8.9 (5.6)	8.9 (5.5)
Médiane	22	11	10
Plage	0-32	0-16	0-16
Percentile 25	8	3	3
Percentile 50	22	11	10
Percentile 75	28	14	14

Pour les personnes limitées possédant des dents naturelles, le nombre moyen de dents naturelles s'élevait à 21,3 (8,0), avec une moyenne de 11 (4,3) dents au niveau de la mâchoire supérieure et de 11 (4,3) au niveau de la mâchoire inférieure.

Groupe-cible des personnes âgées fragilisées

Parmi les 854 personnes âgées fragilisées screenées, 319 (37%) d'entre elles possédaient des dents naturelles, 336 (40%) étaient édentées et pour 199 (23%) d'entre elles, cette donnée n'a pas été complétée.

Tableau 17: Nombre de personnes édentées et nombre moyen de dents pour les personnes âgées fragilisées

	Total mâchoire supérieure et mâchoire inférieure	Mâchoire supérieure	Mâchoire inférieure
	n=648	n=653	n=650
Absence de dents	338	356	425
Moyenne (SD)	6.0 (8.2)	3.5 (4.6)	2.5 (4.2)
Médiane	0	0	0

Plage	0-31	0-16	0-16
Percentile 25	0	0	0
Percentile 50	0	0	0
Percentile 75	10	7	4

Dans le groupe des personnes âgées fragilisées avec prothèses dentaires, le nombre moyen de dents naturelles s'élevait à 21,3 (8,0), avec une moyenne de 11 (4,3) dents au niveau de la mâchoire supérieure et de 11 (4,3) au niveau de la mâchoire inférieure.

2.3.2.2. Prothèses dentaires

Pour environ la moitié (49%) des personnes screenées, une prothèse dentaire était présente, compte tenu de 39% de données manquantes. Parmi les personnes limitées, une prothèse dentaire était présente dans 12% des cas et pour les personnes âgées fragilisées, elle l'était dans 88% des cas.

Parmi les personnes limitées édentées, aucune prothèse dentaire n'était présente dans 83% des cas, tandis que cela ne concernait que 13% des personnes âgées fragilisées édentées.

Tableau 18: Présence de prothèses dentaires pour les différents groupes d'étude

Prothèse dentaire (totale ou partielle)	Présente (%)	Non présente (%)
Groupe total	389 (49)	405 (51)
Personnes limitées	32 (12)	245 (88)
Personnes âgées fragilisées	357 (69)	160 (31)
Personnes limitées avec dents naturelles	22 (10)	200 (90)
Personnes limitées édentées	9 (17)	44 (83)
Personnes âgées fragilisées avec dents naturelles	112 (49)	118 (51)
Personnes âgées fragilisées édentées	240 (87)	36 (13)

2.3.2.3. Hygiène bucco-dentaire

L'hygiène bucco-dentaire de 724 personnes (55%) a été évaluée. L'hygiène bucco-dentaire était très bonne à bonne dans 35% des cas, moyenne dans 28% des cas et plutôt mauvaise dans 37% des cas.

Dans le groupe total de personnes examinées, il a été indiqué pour 642 personnes (50%) si de l'aide leur avait été offerte pour l'exécution de l'hygiène bucco-dentaire. Parmi ces personnes, une aide avait été offerte dans seulement 15% des cas.

2.3.2.4. Sécheresse buccale (n=314)

Pour cet item, nous avons obtenu des données pour seulement 314 personnes et un problème de sécheresse buccale a été rapporté pour 74 (24%) d'entre elles, tandis que 240 personnes n'avaient pas éprouvé ce désagrément.

2.3.2.5. Douleurs ou inconfort (n = 582)

Des douleurs ou un inconfort ont été notés pour 124 (21%) des personnes et pas pour 458 d'entre elles. Ici également, un grand nombre de données manquaient, à savoir pour 713 (55%) personnes.

2.3.2.6. Problèmes visibles dans la bouche (n = 402)

Pour 1 personne sur 4 (134/402) pour laquelle cet item a été complété, des problèmes visibles dans la bouche ont été constatés. Des données ont été obtenues pour seulement 42% de l'échantillon.

2.3.2.7. Condition parodontale (n=479)

100 personnes (21%) pour lesquelles cette donnée a été complétée (479) ont enregistré une situation parodontale saine. Dans 105 cas, des saignements lors du sondage ont été constatés. Dans 190 cas, du tartre a été constaté et dans 74 cas, une récession et des poches de plus de 4 mm ont été enregistrées.

2.3.3. Organisation des soins bucco-dentaires

2.3.3.1. Cellule de coordination

Pour l'organisation des soins bucco-dentaires, dans 97% des cas, il a été fait appel à la cellule de coordination à une ou à plusieurs reprises. Le nombre moyen de minutes consacrées par appel par la cellule de coordination s'élevait à 4,1 (4,6) minutes, avec un minimum de 1 minute et un maximum de 59 minutes. Pour 26 personnes, il a été fait appel jusqu'à 4 reprises à la cellule de coordination, avec une moyenne de 7,5 (3,2) minutes (page 3-13). Le Tableau 19 reproduit la répartition du nombre de personnes en fonction du nombre de minutes consacrées par la cellule de coordination.

Tableau 19: Nombre de personnes en fonction du temps consacré par la cellule de coordination

Nombre de minutes	Nombre de personnes (n=1253)	%
1-2	685	55
3-5	294	23
6-10	156	12
11-15	80	6
16-20	27	2
21-59	11	1

2.3.3.2. Transfert de la demande de soins

Dans le cadre de l'étude pilote, les DCC ont screené 1.295 personnes à besoins particuliers. Dans 48 pour cent des cas (n=620), un transfert d'une demande de soins s'est avéré nécessaire. Deux cent cinquante-huit (42%) personnes ont fait appel au niveau de soins réguliers, 242 (39%) à des soins spécifiques et 120 (19%) à des soins spécialisés. Ce transfert a été fructueux dans 56% des cas, mais ne l'a pas été pour 16 personnes (2,6%). Cette donnée n'a pas été complétée pour 255 personnes. Les raisons pour lesquelles le transfert n'a pas réussi résidaient dans le décès de la personne (n=4), le refus (n=8), un déménagement (n=1), le fait que la personne n'était pas en mesure d'ouvrir la bouche (n=1) ou que le traitement n'a pas pu être exécuté à cause de la prise d'un médicament anticoagulant (n=1). Les personnes ou instances qui étaient impliquées dans le transfert de

la demande de soins étaient la cellule de coordination (97,0%, n=1295), la personne de référence en soins bucco-dentaires (91%, n=1018) et le dentiste conseil coordinateur (100 %, n=1295).

2.3.3.3. Transport de personnes à besoins particuliers

Pour 724 personnes (56%), il a été indiqué quel type de transport était possible. Dans 47% des cas, le transport a pu avoir lieu à l'aide d'un taxi ordinaire et dans 316 cas (44%), il a fallu un taxi adapté aux utilisateurs de fauteuils roulants.

Tableau 22: Types de transport

Type	Nombre de personnes (n=724)	Pourcentage
Ambulance	56	8
Taxi	343	47
Taxi pour utilisateurs de fauteuils roulants	316	44
Autre	9	1

Pour l'accompagnement chez le dentiste, il a été fait appel à l'aidant proche, à des volontaires et à un collaborateur des organisations de soins. Aucun accompagnement n'a été nécessaire dans seulement 5% des cas.

2.3.4. Soins dentaires exécutés

En fin de compte, parmi les 616 patients avec demande de soins, 232 (38%) d'entre eux ont été entièrement traités dans le cadre de ce projet. Les raisons importantes pour lesquelles certains patients n'ont pas été traités résidaient dans le refus par le patient lui-même ou sa famille, un décès et la courte durée du projet. Le tableau 20 reproduit le nombre de personnes (n=232) en fonction du nombre de traitements exécutés. Pour quasiment la

moitié de ces personnes, 1 traitement a été exécuté et pour 40% d'entre elles, 2 traitements ou plus l'ont été.

Tableau 20: Nombre de personnes en fonction du nombre de traitements exécutés

Nombre de traitements	Nombre de personnes (n=232)	%
1	109	47
2	32	13.8
3	21	9.1
4	40	17.2
5	11	4.7
6	5	2.2
7	5	2.2
8	4	1.7
9	1	0.4
10	4	1.7

Le nettoyage du tartre est le traitement le plus fréquemment exécuté dans 33, 40 et 51% des cas, respectivement en tant que 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} traitement. Suivent les réparations restauratrices (plombages) et les extractions. Le premier traitement concernait, dans 23% des cas, une consultation et, dans 12% des cas, des soins au niveau de la prothèse dentaire (réparation, rebasage ou décharge de l'ulcère de compression).

Tableau 21: Types de traitements exécutés

Type	Nombre de traitements 1 n=224	%	Nombre de traitements 2 n=127	%	Nombre de traitements 3 n=86	%
	Tartre	74	33,0	50	39,4	44
Consultation	51	22,8	9	7,1	0	0,0
Extraction	31	13,8	22	17,3	12	14,0
Réparation restauratrice	31	13,8	32	25,2	19	22,1
Réparation de la prothèse dentaire	9	4,0	1	0,8	1	1,2
Rebasage	8	3,6	4	3,1	1	1,2
Ulcère de compression	8	3,6	2	1,6	0	0,0
Ajout d'une dent	1	0,4	1	0,8	1	1,2
Autre	11	4,9	6	4,7	8	9,3

2.3.5. Résumé des soins dentaires exécutés au sein des réseaux de soins bucco-dentaires

Conclusion:

Le groupe-cible qui a été examiné sur le plan des soins bucco-dentaires se composait de deux tiers de personnes âgées fragilisées (âge moyen de 84,3 ans (9,1)) et d'un tiers de personnes limitées (âge moyen de 47,4 ans (14,6)). Aucune personne limitée de moins de 18 ans ou moins n'appartenait au groupe d'étude. Soixante-huit pour cent des personnes âgées fragilisées et 53% des personnes limitées présentaient un degré élevé de soins (B, C ou Cd).

Seules 15 personnes à besoins particuliers qui résidaient en situation de domicile ont participé, dont 2 personnes limitées.

Parmi la population d'étude totale (N=4745), 27% (n=1295) des personnes ont finalement été screenées. Pour 18% de ce groupe (n=232), un ou plusieurs traitements ont été attestés.

Les données relatives à la santé bucco-dentaire examinées dans cette étude orientée sur la pratique doivent être interprétées avec la prudence de mise du fait du petit nombre d'enregistrements valables, à savoir 4,9% de la population d'étude.

Parmi les personnes limitées screenées, 72% d'entre elles possédaient des dents naturelles et 14% étaient édentées. Parmi les personnes âgées fragilisées, 37% d'entre elles possédaient des dents naturelles et 40% étaient édentées. Dans 37% des cas, l'hygiène bucco-dentaire a été évaluée comme 'mauvaise'.

Pour quasiment toutes les personnes, il a été fait appel à la cellule de coordination, avec un temps moyen consacré de 4 minutes.

Dans quasiment la moitié des cas, un transfert d'une demande de soins s'est avérée nécessaire. Quarante-deux pour cent des personnes ont fait appel au niveau de soins réguliers, 39% à des soins spécifiques et 120 personnes se sont tournées vers des soins spécialisés. En fin de compte, parmi les 616 patients avec demande de soins, 38% d'entre eux ont été entièrement traités dans le cadre de ce projet.

Le nettoyage du tartre a été le traitement le plus fréquemment exécuté, suivi par une réparation restauratrice (plombages) et des extractions. Le premier traitement concernait, dans 23% des cas, une consultation et des soins de prothèses dentaires dans 12% des cas.

Le transport a pu, dans quasiment la moitié des cas, avoir lieu à l'aide d'un taxi ordinaire et dans 44% des cas, il a fallu un taxi adapté aux utilisateurs de fauteuils roulants. Aucun accompagnement n'a été nécessaire dans seulement 5% des cas. Dans les autres cas, il a été fait appel à l'aidant proche, à des volontaires ou à un collaborateur des organisations de soins pour accompagner la personne chez le dentiste et la reconduire.

2.4. CENTRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES BESOINS PARTICULIERS

Le concept de Centre de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers tel que présenté dans le Plan global d'Approche (voir B.5.4., p. 20) n'a pas été testé dans le cadre de l'étude pilote. Néanmoins, des données ont été rassemblées pour 3 centres de référence (KU/UZ Louvain, UZ Gand, UCL) qui, actuellement, assurent les soins bucco-dentaires de personnes à besoins particuliers. Des centres de soins bucco-dentaires à l'étranger (Danemark, France, Pays-Bas) ont également été évalués. Il a par exemple été vérifié combien de patients présentant un profil déterminé peuvent être soignées par un dentiste durant une unité de temps déterminée, quel soutien logistique (administratif, logistique, infirmier, etc.) est nécessaire à cet effet, quelle capacité nécessaire pour des soins sous sédation ou narcose doit être présente, quels sont les temps d'attente actuels, comment il peut y être remédié, etc.

Ces données ont été étudiées pour se faire une idée des effectifs en personnel et de l'infrastructure nécessaires en vue de soins spécialisés optimaux.

Sur la base de ces données, différentes propositions ont été formulées sous le point D.3. (p. 78) concernant les Centres de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers.

D. RECOMMANDATION EN VUE DU DÉVELOPPEMENT CONCRET DU PLAN GLOBAL POUR DES SOINS BUCCO-DENTAIRES DURABLES POUR PERSONNES À BESOINS PARTICULIERS

1. SENSIBILISATION

Une uniformité dans les messages est essentielle pour les transmettre aux personnes concernées, à leurs accompagnateurs, aux dentistes, aux collaborateurs des organisations de soins, aux organisations de soins et au grand public. Dès lors, la sensibilisation sera de préférence déterminée sur le plan du contenu par la Plate-forme de Soins bucco-dentaires et exécutée par les Réseaux de Soins bucco-dentaires.

La formation de base de tous les accompagnateurs au sein des organisations de soins doit accorder une attention accrue à l'aspect Santé bucco-dentaire en règle générale et, plus spécifiquement, au groupe-cible de personnes à besoins particuliers.

Des informations sur la santé, une surveillance de santé et des mesures préventives doivent être reprises dans les tâches de base des soignants/infirmiers.

À cet effet, une concertation structurelle avec les centres de formation s'impose.

Les organisations de soins veilleront de préférence à prévoir un seul point de contact pour toutes les affaires relatives aux soins bucco-dentaires. À cet effet, il faut prévoir une formation de « personne de référence en soins bucco-dentaires » (formation complémentaire de bachelier infirmier/HBO5/HBO6 sans crédits) et un financement forfaitaire complémentaire par analogie à d'autres personnes de référence.

Les connaissances acquises durant la formation de base doivent rester à jour. À cet effet, à l'initiative de la Plate-forme de Soins bucco-dentaires, une formation permanente est organisée pour tous les accompagnateurs qui assurent les soins bucco-dentaires quotidiens (au moins 4 heures par année).

Un soutien sur le plan du contenu et de la logistique doit être offert par le biais du site portail www.specialdent.be. Ce site portail est exploité par la Plate-forme de Soins bucco-dentaires et reprend des informations générales, tous les documents portant sur le contenu et un site par Réseau de soins bucco-dentaires, avec accès progressif pour le grand public, les accompagnateurs, directions, dentistes, MCC, DCC, etc.

L'expérience acquise durant la phase pilote nous apprend que, outre des informations électroniques, des dépliants sur format papier sont également très utiles pour les accompagnateurs et les groupes-cibles. Estimation budgétaire: 50.000 euros/an.

D'autre part, des mesures doivent être prises afin de sensibiliser durablement tous les acteurs de soins concernés sur le plan des soins pour personnes à besoins particuliers.

La Plate-forme de Soins bucco-dentaires établit des contacts structurels avec les formations de dentiste(s) (traitant(s)), d'assistants en soins bucco-dentaires et d'assistants dentaires afin de réaliser leur formation continue.

2. PLATE-FORME SOINS BUCCO-DENTAIRES/RÉSEAUX DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

2.1 PLATE-FORME DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

Pour l'exécution durable du plan global d'approche, un organe de politique et de gestion dotée d'une personnalité juridique est nécessaire, à savoir la « Plate-forme de Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers » (voir point 3, p.10).

Une mission importante de la Plate-forme de Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers englobe l'installation de Réseaux de Soins bucco-dentaires et la surveillance de leur fonctionnement.

2.2. NOMBRE DE RÉSEAUX DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

L'Étude Pilote Soins bucco-dentaires pour Personnes à besoins particuliers (PBP) a répertorié les groupes-cibles en Belgique: 257.002 personnes âgées fragilisées et 327.687 personnes limitées.

Comme il fallait partir de zéro pour l'étude de faisabilité, beaucoup de temps et d'énergie a été consacré à la création de la structure, aux premiers contacts avec les organisations de soins, au développement ICT, etc. Vu le peu de temps qu'il restait pour le screening et les soins, il n'a pas été possible, sur la base des expériences dans le cadre de l'étude de faisabilité, de rassembler et de traiter suffisamment de données permettant de tirer des conclusions sur une base fondée en ce qui concerne la quantification du nombre de Réseaux

de Soins bucco-dentaires nécessaires pour screener les groupes-cibles dans leur intégralité et de prévoir les soins dentaires indispensables qui s'ensuivent.

Une option réaliste semble être de prévoir trois Réseaux de Soins bucco-dentaires par province et d'évaluer ce nombre après trois années de fonctionnement.

2.3. STRUCTURE DU RÉSEAU DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

Partant du savoir-faire acquis durant l'étude de faisabilité, pour la structure d'un réseau de soins bucco-dentaires, nous proposons une unité de base qui décrit les effectifs humains et l'équipement indispensables au fonctionnement d'un seul Réseau de Soins bucco-dentaires.

- au moins deux DCC ETP. Ces dentistes peuvent travailler à temps plein ou à temps partiel, soit comme salariés ou sous un statut indépendant. Les dentistes qui travaillent sous un statut indépendant ne sont pas rémunérés par acte, mais sur la base d'un tarif-horaire. À l'avenir, on prévoit la création d'une nouvelle profession de bachelier en soins bucco-dentaires (assistant en soins bucco-dentaires). Dès que ce dernier sera actif, le DCC pourra déléguer certaines tâches à l'assistant en soins bucco-dentaires;
- trois assistants dentaires ETP, à temps plein, qui disposent d'un véhicule et peuvent ainsi transporter une unité mobile légère (voir D2.5.);
- un employé logistique & administratif ETP, avec l'infrastructure nécessaire (matériel informatique & logiciels, bureau,...);
- une équipe de dentistes réguliers, salariés ou indépendants qui, à temps plein ou à temps partiel, outre le soutien de la prévention, assurent également la fourniture des soins dentaires nécessaires, soit dans leur propre cabinet (avec transport du patient), soit en déplacement dans une organisation de soins ou au domicile du patient. L'accompagnement logistique du Réseau de Soins bucco-dentaires assure la prise de rendez-vous et, si nécessaire, la mise à disposition d'une unité mobile et d'un assistant dentaire du Réseau de Soins bucco-dentaires.

2.4. FINANCEMENT DE LA PLATE-FORME DE SOINS BUCCO-DENTAIRES ET DES RÉSEAUX DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

Compte tenu du manque de sensibilisation et de prévention, du manque actuel de soins, de la durée supérieure des traitements, des structures à mettre en place, force est généralement de constater que le financement actuel des pouvoirs publics ne suffit pas pour garantir aux groupes-cibles de ce projet les soins bucco-dentaires préventifs et curatifs nécessaires de manière adéquate.

La nouvelle Plate-forme de Soins bucco-dentaires à créer et ses Réseaux de Soins bucco-dentaires peuvent être financés par l'autorité fédérale, les communautés et les provinces.

Pour la Plate-forme de Soins bucco-dentaires, on propose la création d'une structure dotée de la personnalité juridique (par exemple une asbl) qui se compose, d'une part, de représentants de diverses autorités (financiers) et, d'autre part, de représentants de toutes les parties intéressées qui sont concernées par les soins pour les divers groupes-cibles (représentants des organisations de soins, universités, dentistes, les groupes-cibles concernés et leurs accompagnateurs,...).

Vu la complexité des compétences et des mécanismes de financement, et compte tenu également de l'exécution de la sixième réforme de l'État, dans le cadre de cette étude, il est actuellement difficile de formuler des propositions concrètes concernant les instances publiques qui doivent précisément financer quelque chose de déterminé.

Proposition de principe de financement:

- L'infrastructure nécessaire, les salaires des collaborateurs et tous les frais de fonctionnement des Réseaux de Soins bucco-dentaires sont financés par la Plate-forme de Soins bucco-dentaires.
- Les rémunérations des dentistes (salariés ou au tarif-horaire) et tous les biens de consommation sont financés par des honoraires conventionnés pour les prestations au sein de la nomenclature INAMI actuelle, qui sont encaissés par le Réseau de soins bucco-dentaires.
- Le recours à une « personne de référence en soins bucco-dentaires » et l'organisation de la sensibilisation et de la prévention nécessaires requièrent des efforts complémentaires des organisations de soins. C'est la raison pour laquelle

une prime complémentaire « soins bucco-dentaires » doit être prévue par résident pour les organisations de soins qui rejoignent un Réseau de soins bucco-dentaires. Les organisations de soins participantes peuvent annoncer ce service complémentaire à l'aide d'un label de qualité attribué par la Plate-forme de Soins bucco-dentaires.

2.5. RÉMUNÉRATION DE DENTISTES POUR SOINS BUCCO-DENTAIRES RÉGULIERS

2.4.1. Soins dispensés dans un cabinet dentaire indépendant: pour compenser le temps de traitement plus long et le degré de difficulté supérieur des traitements, un supplément PBP doit être prévu en sus de la nomenclature INAMI habituelle. Pour débiter, il serait possible de travailler par analogie aux honoraires majorés dans le cas d'enfants. Au sein de la CNDM, une fiche de besoins a été élaborée à cet effet.

2.4.2. Soins en déplacement par un dentiste régulier pour les traitements qui sont possibles en déplacement sans installation de dentisterie: idem que sous le point 2.4.1. avec, en plus, une indemnité de déplacement par analogie avec les médecins traitants.

2.4.3. Soins dans une organisation de soins: le Réseau de Soins bucco-dentaires prévoit l'installation mobile nécessaire, l'assistant dentaire et les matériels. Le dentiste travaille pour le Réseau de Soins bucco-dentaires sous statut salarié (à temps plein ou partiel) ou indépendant sur la base d'un tarif-horaire. La nomenclature INAMI et le supplément PBP sont attestés pour le compte du Réseau de Soins bucco-dentaires.

2.6. FORMES ALTERNATIVES DE FOURNITURE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

Durant l'étude de faisabilité, les organisations de soins ont manifesté énormément d'intérêt pour les soins des groupes-cibles au sein des organisations de soins. Du projet Gerodent UZ, il ressort que cette demande se ressent très fort au niveau des centres d'hébergement et de soins. Pour chaque personne à besoins particuliers pour laquelle un besoin en soins est constaté, la personne de référence en soins bucco-dentaires, en concertation avec le dentiste traitant, le DCC, l'assistant en soins bucco-dentaires, le médecin conseil

coordinateur, doit évaluer la situation pour voir où la personne en question sera traitée de la manière la plus confortable possible. La capacité de supporter les soins et la charge qu'ils représentent pour la personne sont des éléments importants à ce propos.

La qualité des soins peut uniquement être garantie si un équipement de base fiable est disponible. Le Plan Global PBP fait état de différentes possibilités de fournir des soins bucco-dentaires d'une façon autre que dans le cabinet du dentiste régulier, rapportées par le groupe de travail Alternatives à la pratique dentaire régulière (voir annexes 8 et 9). Certaines de ces alternatives ont été testées dans l'étude de faisabilité.

Dans le cas d'installations mobiles, le poids et la taille de l'équipement ont un impact sur les efforts physiques des collaborateurs, la flexibilité d'utilisation, le transport et le temps de préparation nécessaire. Pour l'étude de faisabilité, nous avons travaillé avec des unités dentaires portables qui ont été transportées à l'aide d'une voiture et qui pouvaient être installées par une seule personne.

Il existe différents modèles de chaises dentaires mobiles qui sont facilement transportables. L'Adec, Porta-Chair qui a été testée dans le cadre de l'étude de faisabilité, d'un poids de 28 kg et d'un prix de revient de 4500 euros, s'est avérée satisfaisante. Plusieurs « unités valises », avec instruments rotatifs (avec ou sans compresseur intégré) et appareil de nettoyage, sont disponibles sur le marché. Dans le cadre de l'étude de faisabilité, nous avons utilisé des unités valises Aseptico (prix de revient d'environ 9.000 euros).

Pour l'exécution de traitements de personnes à domicile (habitation), la préférence va à des unités mobiles légères de ce type. La chaise du patient, la lampe opératoire, la pompe à vide et l'air comprimé sont des éléments qui pourraient être améliorés.

De l'expérience du projet Gerodent, il ressort que la forme légère d'unité mobile n'est pas suffisamment robuste pour être utilisée au moins 6 heures par jour. D'un point de vue ergonomique, il faut veiller à ce que le confort à la fois du demandeur de soins et du dispensateur de soins soit garanti.

Pour optimiser la prévention de même que les conditions de travail durant les soins au sein d'organisations de soins, où plusieurs patients peuvent être planifiés et soignés à un seul endroit, il faut tenir compte du fait que les organisations de soins investissent elles-mêmes

dans du matériel. À cet effet, différentes possibilités sont disponibles et la faisabilité économique et en termes de santé dépend essentiellement de la taille de l'organisation de soins.

Quoi qu'il en soit, durant la présence de l'équipe mobile au sein de l'organisation de soin, il faut un local qui soit conforme aux consignes en matière d'hygiène et qui fasse de préférence 4 mètres sur 4.

Fournir une installation de dentisterie complètement équipée représente non seulement un investissement important, mais requiert également beaucoup d'entretien et une utilisation soignée par le dentiste, l'assistant en soins bucco-dentaires et l'assistant dentaire. Cela est uniquement justifié s'il est question d'une occupation au moins à mi-temps et qu'un collaborateur de l'organisation de soins est toujours présent durant les traitements.

Bon nombre de variantes sont possibles pour un investissement justifié dans des appareils qui peuvent rester en permanence dans l'organisation de soins:

- une mini-unité pour la prévention (appareil de nettoyage et unité d'aspiration; coût de revient d'environ 3500 euros).
- une chaise dentaire pliable garante de la robustesse et du confort requis et qui peut être déplacée par deux personnes (dans le cadre de l'étude de faisabilité, une chaise a été utilisée avec succès. Celle-ci peut être rangée dans un coffre, fait 78 cm de hauteur, 60 cm de largeur et 80 cm de longueur, pèse 50 kg et nécessite une demi-heure de montage (coût de revient d'environ 4500 euros);
- une alternative est le « basculeur de fauteuils roulants », un appareil qui permet de fixer tous les types de fauteuils roulants qui peuvent ensuite être remontés et basculés. (prix de revient à partir de 4000 euros);
- une lampe opératoire robuste, sur pied, qui offre suffisamment de lumière, existe dans différentes versions (prix de revient d'environ 1900 euros);
- les trois appareils mentionnés ci-dessus peuvent également s'utiliser pour la manucure, la pédicure, le coiffeur,...
- une bonne mise à niveau d'une unité valise de dentisterie mobile et légère réside dans une pompe à vide et un compresseur. En effet, ces deux appareils sont lourds et plus difficiles à déplacer.

Dans le cadre du projet Gerodent UZ, on utilise deux cabinets mobiles complètement équipés qui sont transportés à bord d'une camionnette. Tous les matériels individuels sont rangés et transportés dans 2 armoires et à l'aide d'un chariot, tous munis de roues. Ces unités mobiles sont utilisées par deux dentistes et deux assistants dentaires. L'espace de travail est aménagé en moins de 45 minutes.

3. SOINS BUCCO-DENTAIRES SPÉCIALISÉS (Centre de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers)

3.1. GROUPE-CIBLE DU CENTRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES BESOINS PARTICULIERS ET INTERACTION AVEC D'AUTRES TRAJETS DE SOINS AU SEIN D'UNE STRUCTURE HOSPITALIÈRE

Le Plan global de Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers prévoit également la création de quelques Centres de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers qui assureront le screening, le diagnostic et le traitement (éventuellement sous anesthésie générale, sous monitoring ou sous sédation) de personnes à besoins particuliers, de même que la coordination des traitements et l'interaction avec le dentiste régulier (politique de tressage). À cet effet, le Plan global s'axe spécifiquement sur les patients âgés fragilisés et les personnes limitées présentant un besoin de soins (bucco-dentaires) complexe.

Comme indiqué sous le point C2.4. (p.69), durant la phase pilote, une concertation a été organisée entre les centres existants qui soignent actuellement ces groupes-cibles (KULeuven, UGent, UCL) et l'infrastructure et les effectifs en personnel qui sont nécessaires pour pouvoir offrir des soins spécialisés adéquats ont été vérifiés.

Les données chiffrées traitent, outre des données de personnes âgées fragilisées et de personnes limitées, également d'un groupe de 'patients compromis médicalement'. En fait, ce groupe ne relève pas de l'intérêt de cette étude de faisabilité, mais doit, dans des circonstances comparables, être traité à l'instar des personnes âgées fragilisées et des personnes limitées. Un Centre de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers n'est par conséquent pas uniquement adapté aux groupes-cibles de cette étude de faisabilité, mais pourrait, dans un même temps, également être utile pour d'autres trajets de soins.

De la réalité, il ressort qu'un grand nombre de patients issus d'autres trajets de soins font appel au dentiste hospitalier pour un screening et la mise au point de la santé bucco-dentaire et également pour un traitement (parfois urgent, souvent compliqué).

Pour un large éventail de trajets de soins (par exemple hématologie, chirurgie cardiovasculaire, chirurgie transplantatoire, oncologie infantile et adulte, diabète,...), une santé bucco-dentaire optimale du patient est cruciale. À cet effet, il est fait appel à des dentistes (hospitaliers), préalablement à une chirurgie, dans le cas de patients qui sont traités par radiothérapie ou chimiothérapie et pour le suivi sur le plus long terme. Dans les

centres universitaires, il existe une longue tradition de collaboration avec les services concernés, mais ce service est assuré sur une base volontaire et selon une implication volontaire, n'est pas suffisamment soutenu d'un point de vue structure et n'est certainement pas suffisamment développé. Différents services (par exemple l'oncologie) sont très demandeurs en vue d'une intégration systématique du screening des soins bucco-dentaires et du traitement correspondant dans le protocole du trajet de soins. Le manque d'effectifs humains et l'absence de soutien financier représentent, bien évidemment, des obstacles à ce propos. Au vu des tendances démographiques (vieillesse de la population) et des évolutions médicales (prolongation supérieure de la vie malgré un problème de santé (chronique)), la demande pour ce type de soins et leur complexité ne feront que s'accroître à l'avenir. Les connaissances (préliminaires) spécifiques et une bonne interaction avec d'autres acteurs médicaux qui sont requis pour ces groupes de patients démontrent la nécessité d'une coordination à partir de centres hospitaliers. Le concept du fonctionnement des Centres de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers tel que développé dans le Plan global de Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers offre une base structurelle qui peut facilement être extrapolée à d'autres trajets de soins (screening, résolution de problèmes urgents, politique de tressage avec les soins de santé bucco-dentaire auprès du dentiste périphérique, possibilité de feed-back, formation permanente,...). À l'avenir, les services dentaires destinés à toutes ces formes de patients médicalement compromis pourraient parfaitement être coordonnés à partir des Centres de Soins bucco-dentaires. Il va de soi que les étapes nécessaires de reconnaissance et de financement s'imposent.

3.2. NOMBRE DE CENTRES DE SOINS BUCCO-DENTAIRES BESOINS PARTICULIERS

Les propositions formulées dans le Plan global de Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers sont basées sur des exemples issus de l'étranger. Après discussion des données chiffrées fournies par les centres d'expertise existant actuellement, le nombre de centres nécessaires est estimé à un centre pour 2 millions d'habitants (c'est-à-dire pour environ 100.000 personnes à besoins particuliers). Une proposition de répartition, compte tenu de la densité et de la diffusion de la population est de: 3 centres de soins bucco-dentaires en Flandre, 1 à Bruxelles et 2 en Wallonie. Les 100.000 personnes à besoins particuliers sont liées à un centre, mais ne doivent pas forcément toutes être vues dans ce

centre. En effet, bon nombre de dentistes réguliers qui collaborent avec le centre de soins bucco-dentaires peuvent également y être associés.

3.3. EFFECTIFS EN PERSONNEL D'UN CENTRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

Après contrôle de la situation actuelle, la proposition relative aux effectifs en personnel formulée dans le Plan global de Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers peut être considérée comme réaliste. Cette proposition implique que, par centre de soins bucco-dentaires, 10 dentistes, 10 assistants dentaires, 5 assistants en soins bucco-dentaires, 2 personnes chargées de l'administration, 2 infirmiers et 2 anesthésistes sont nécessaires.

3.4. INFRASTRUCTURE D'UN CENTRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

Un Centre de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers devrait, outre l'infrastructure de base (comptoir d'accueil, salle d'attente, etc.) disposer d'une unité opératoire (disponible 5 jours par semaine), de 1 chaise dentaire dans un local distinct pour soins sous sédation et de 6 à 7 chaises dentaires pour soins ambulatoires.

Grâce à cette infrastructure dans les 6 centres de soins bucco-dentaires proposés, on estime que les temps d'attente (actuellement 4 mois en moyenne pour des soins sous sédation ou anesthésie générale) devraient être réduits de moitié.

3.5. INCENTIVES POUR LES SOINS BUCCO-DENTAIRES SPÉCIALISÉS

- dans les centres de soins bucco-dentaires, on soigne à la fois des patients sous le statut 'hospitalisé' et des patients ambulatoires. La nomenclature doit être applicable de manière identique pour les deux situations;
- les honoraires des anesthésistes doivent être adaptés dans le cas d'actes dentaires sous narcose, liés à l'agrément des Centres de Soins bucco-dentaires Besoins particuliers;
- une nomenclature doit être prévue pour la sédation de patients ambulatoires.

4. OPTIMISATION DE L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS BUCCO-DENTAIRES RÉGULIERS

L'accessibilité de cabinets dentaires réguliers pour patients en fauteuil roulant et autres patients aux fonctions limitées doit être analysée et décrite. Le protocole pour l'accessibilité doit être diffusé. Pour faciliter une meilleure accessibilité, des incitations financières doivent être prévus, par exemple une prime (unique ou annuelle, liée à la fréquence du traitement des personnes du groupe-cible).

E. CONSIDÉRATIONS FINALES ET CONCLUSION

Le « Projet Pilote Soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers » (2011) a mis en exergue les nombreux problèmes sur le plan de l'organisation de soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers. Dans le cadre de l'étude de suivi, à savoir l'étude de faisabilité 'Plan global pour Soins bucco-dentaires durables dans le cas de Personnes à Besoins particuliers » ou, en bref, le « Plan global Soins bucco-dentaires », différents goulots d'étranglement ont été mis à jour grâce à une concertation intensive au sein d'un large forum d'acteurs, qui assurent l'organisation des soins pour personnes à besoins particuliers et des propositions concrètes de remédiation sont formulées.

Le Plan global Soins bucco-dentaires décrit des points d'action en vue de l'organisation, à la fois à très court terme et dans un avenir proche, de la prévention et des soins bucco-dentaires pour toutes les personnes à besoins particuliers de manière adéquate. Ce Plan global Soins bucco-dentaires a été testé en 2013 et la principale conclusion de cette étude de faisabilité est que les propositions du Plan global sont réalisables. La durée et l'ampleur de l'étude de faisabilité étaient limitées. En outre, compte tenu de la composition de l'échantillon de cette étude orientée sur la pratique, il n'est provisoirement pas possible de déterminer les besoins financiers pour le déploiement du Plan global dans tout le pays.

La complexité des compétences et les formes de financement de notre structure étatique belge représentent des difficultés supplémentaires pour, sur la base des expériences actuelles, estimer le nombre de Réseaux de Soins bucco-dentaires qui seraient nécessaires pour une application généralisée dans tout le pays.

Il semble cependant particulièrement utile d'organiser un déploiement limité et d'en estimer le prix de revient. À cet effet, il faudrait en premier lieu créer une asbl Plate-forme Besoins particuliers afin, par province, d'installer et de financer entre un et trois centres de soins bucco-dentaires. Ce déploiement limité ne répondrait bien évidemment qu'aux besoins d'une partie des deux groupes-cibles, mais veillerait néanmoins à ce que le savoir-faire présent, l'engagement et l'implication de la part des organisations de soins et des collaborateurs chargés des personnes à besoins particuliers ne se perdent pas. Après trois ans, sur la base de l'impact de ce déploiement limité en matière de soins bucco-dentaires, il serait possible de déterminer les effectifs humains et les moyens financiers qui sont nécessaires pour un déploiement dans tout le pays.

Pour ces trois années, l'asbl Plate-forme de Soins bucco-dentaires et un nombre limité de Centres de Soins bucco-dentaires pourraient être financés par l'INAMI dans le cadre de l'article 56 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. En effet, il s'agit d'une étude et d'une comparaison de modèles déterminés de fourniture de soins et également d'un projet de soins coordonnés. Les communautés devraient être impliquées dans la structure et le financement et, vu que la durée de ce projet est limitée, les Provinces pourraient également contribuer au financement.

Les besoins existants en soins sur le plan des soins bucco-dentaires des deux groupes-cibles dignes d'intérêt sont importants et l'étude de faisabilité du Plan global Soins bucco-dentaires pour Personnes à Besoins particuliers a démontré, sur une échelle limitée, que les propositions du Plan global sont réalistes. Aujourd'hui, il incombe aux autorités compétentes, pour autant qu'elles soient convaincues que ce problème social grave doit être traité, de prendre leurs responsabilités pour l'organisation et le financement d'une Plate-forme de Soins bucco-dentaires en vue de l'accompagnement et de la fourniture de soins bucco-dentaires à des personnes limitées ou à des personnes âgées fragilisées.

À cet effet, il est essentiel de créer une Plate-forme de Soins bucco-dentaires afin de pouvoir mener une politique uniforme sur le plan de l'organisation des réseaux de soins bucco-dentaires, de la sensibilisation et de la formation des acteurs de soins, de l'auto-évaluation, etc.

Les Réseaux de Soins bucco-dentaires jouent en outre un rôle clé dans le Plan global Soins bucco-dentaires car ils misent de manière maximale sur la prévention. Avant tout, les Réseaux de Soins bucco-dentaires facilitent la mise en place de soins bucco-dentaires quotidiens adéquats, ce qui permettra d'éviter des maladies dentaires et buccales. En outre, les Réseaux de Soins bucco-dentaires renforcent l'accessibilité des soins dentaires de sorte que la complexité et l'étendue des soins bucco-dentaires nécessaires diminueront également.

En tirant la carte préventive, la fonctionnalité et la qualité de vie des personnes concernées n'augmenteront pas uniquement, mais des frais de traitement élevés pourront également être évités, ce qui entraînera un gain significatif tant au niveau individuel que social

F. REMERCIEMENTS

Nous adressons nos sincères remerciements à l'INAMI pour le soutien financier apporté à ce projet. Nous adressons également nos remerciements tout particuliers aux responsables des groupes de travail et à tous les membres de la Commission consultative qui, tous, insistent pour que les instances publiques concernées prennent rapidement les décisions nécessaires.

G. ANNEXES

- Annexe 1A: Composition des groupes de travail EFBP
- Annexe 1B: Liste alphabétique des membres de la commission consultative
- Annexe 2: Rapports finaux des différents groupes de travail
- Annexe 3: Flux de la demande en soins professionnels au travers du réseau de soins bucco-dentaires
- Annexe 4: Nombre de Centres de Soins bucco-dentaires sur la base d'expériences issues de l'étranger
- Annexe 5: Effectifs en personnel d'un Centre de soins bucco-dentaires sur la base d'expériences issues de l'étranger
- Annexe 6a: Accessibilité des cabinets dentaires
- Annexe 6b: Accessibilité des cabinets médicaux
- Annexe 7: Critères auxquels des alternatives doivent satisfaire = 5 A
- Annexe 8: Configurations d'alternatives potentielles
- Annexe 9: Analyse coût-bénéfices
- Annexe 10: Contenu du site web
- Annexe 11: Réseaux de Soins bucco-dentaires
- Annexe 12: Invitation de participation adressée aux organisations
- Annexe 13: Sondage des organisations
- Annexe 14: Emplois vacants de dentistes
- Annexe 15: Formulaire de screening
- Annexe 16: Dossier patients complètement
- Annexe 17: Photo et presse

H. Références

- Anders P.L., Davis E.L. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Special Care Dentistry* 2010;30:110-117
- De Visschere L.M., Grooten L., Theuniers G., Vanobbergen J.N.: Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions--a cross-sectional study. *Gerodontology* 2006; 23:195-204.
- [Gizani S., Declerck D., Vinckier F., Martens L., Marks L., Goffin G. Oral Health in Handicapped Children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1997;25:352-7](#)
- Hennequin M., Moysan V., Jourdan D., Dorin M., Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. *PLoS One* 2008;3:e2564.
- Ikebe K., Matsuda K., Morii K., Nokubi T., Ettinger RL. The relationship between oral function and body mass index among independently living older Japanese people. *International Journal of Prosthodontics* 2006;19:539-546.
- Ikebe K., Morii K., Matsuda K., Nokubi T. Discrepancy between satisfaction with mastication, food acceptability, and masticatory performance in older adults. *International Journal of Prosthodontics* 2007;20:161-167.
- Kandelman D., Petersen PE., Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry* 2008;28:224-236.
- Lafortune G., Balestat G. and the Disability Study Expert Group Members. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. *OECD Health Working Papers*, 2007. <http://www.google.com/search?hl=en&q=OECD+HEALTH+WORKING+PAPERS+2007+disability+&btnG=Search.OESO-rapport>
- Lamy M., Mojon P., Kalykakis G., Legrand R., Butz-Jorgensen E. Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *Journal of Dentistry* 1999;27(6):443-448.
- Leroy R., Declerck D., Marks L. The oral health status of special Olympics athletes in Belgium *Community Dental Health* 2012; 29:68-73
- [Martens L., Marks L., Declerck D., Gizani S., Vinckier F., Goffin G. Oral Hygiene versus manual dexterity in 12 year old handicapped in Flanders \(Belgium\) versus the opinion](#)

of parents and caretakers. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2000;28:73-80

- Nitschke I., Müller F. The impact of oral health on the quality of life in the elderly. Oral Health and Preventive Dentistry 2004;2(Suppl 1):271-275.
- Nordenram G., Rönnerberg L., Winblad B. The perceived importance of appearance and oral function, comfort and health for severely demented persons rated by relatives, nursing staff and hospital dentists. Gerodontology 1994;11:18-24.
- PBN-Rapport, Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN). Hanson S., De Visschere L., [Leroy, R. 2010;](#)
<http://www.riziv.be/information/nl/studies/study56/index.htm>
- Strandberg T. Aging as a phenomenon. A Challenge for the Oral Health Care. Congress Helsinki September 2–4, 2004.

Éditeur responsable:

VVT vzw
Stefaan Hanson, coordinateur PBP
Avenue de la Liberté 61, 1081 Bruxelles
www.tandarts.be

© INAMI, 2014.
Institut national d'assurance maladie-invalidité

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou publiée par impression, photocopie, bande sonore, électronique ou de toute autre manière que ce soit sans autorisation écrite de l'éditeur.



2014

Étude de Faisabilité Soins
bucco-dentaires pour les
personnes à Besoins
Particuliers (PBP)
Annexes



Annexe 1A: Composition des groupes de travail

Module	Responsable	Membres	Organisation
1. Stratégie de prévention	Luc De Visschere	Jan Flament	Rusthuizen
	U Gent	Marie José Vanherck	VBZV
		Claudine Baudart	AIIB
		Bernard Munnix	CSD
		Rieneke Berbée	Familiehulp
		Tarsi Windey	Zorgnet Vlaanderen
		Luc Griep	VLOZO
			WGK
		Esmeralda Tobing	ESM/MSHP
		Guido Van Hal	VFG
		Nico Van Gaever	VVT
		Christine Van Meir	Zorgcentrum MtE Klerken
		Stephanie Van Slembrouck	Muylenberg KMSL vzw
		Hilde Van der Flaas	Infor santé MC
Maryse Vanhauzenhaege	Infor santé MC		
France Gerard			
2. Formation et tâches des dispensateurs de soins	Lies Verdonck	Hugo Baert	VBZV
	KH Leuven Preventiedienst Vlaams-Brabant	Roos Leroy	KU Leuven
		Monique Mauroy	AIIB
		Toon Quaghebeur	KH Leuven
		Jean-Paul Michiels	VVT
		Filip Thys	VBT
		Sam Cordyn	WGK
		Luc Van Gorp	WGK

3. Accessibilité du cabinet dentaire	Diane Van Cleynenbreugel ABDP	Ingrid Verbraecken Philippe Vanhoeck Etienne Laurent Frank De Neve Philippe Harmegnies Didier Maloir	VVT WTB LMC VBT Passe Muraille CSD
4. Alternatives au cabinet dentaire traditionnel ou régulier	Steven De Mars VVT	Michel De Decker Jacques Vanobbergen Luc Marks Christian Lamoral Genevieve Delheusy Annemarie Gheeraert Didier Maloir Charles Pilipili John Willems	WTB U Gent U Gent Expert toeleveranciers UCL WGKWV CSD UCL NVSM
5. Centres de soins Besoins particuliers	Joke Duyck KU Leuven	Luc Bensch Antoon De Laat Luc Marks Dominique Declerck Stephanie Theys Guido Lysens Yann Van Hoecke Marie-Astrid Capelle Charles Pilipili Didier Maloir	UZA KU Leuven U Gent KU Leuven UCL VBT VBT UCL UCL CSD
6. Coordination/r apport	Stefaan Hanson VVT	De verantwoordelijken van iedere werkgroep	

		Kris Vandevælde Leden van de werkgroepen afhankelijk van noodzaak/behandeld onderwerp	RIZIV
--	--	--	-------

Explication des abréviations

ABDP: Académie Belge de Dentisterie Pédiatrique

AIIB: Association des Infirmières Indépendantes de Belgique

CSD: Chambre Syndicale Dentaire

ESM: Epidemiology and Social Medecine

VLOZO: Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk

Infor santé MC: Mutualité Chrétienne

LMC: La Mutualité Chrétienne

MSHP: Medical Sociology and Health Policy

Muylenberg KMSL vzw: Instelling voor personen met een verstandelijke handicap

NVSM: Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten

UZA: Universitair Ziekenhuis Antwerpen

VBT: Vlaamse Beroepsvereniging Tandheekunde

VBZV: Vlaamse Beroepsvereniging Zelfstandige Verpleegkundigen

VFG: Vereniging personen met een handicap vzw

VVT: Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw

WGK: Wit Gele Kruis Vlaanderen

WGKWV: Wit Gele Kruis West-Vlaanderen

WTB: Werkgroep tandheekundige zorg voor mensen met Bijzondere Noden

Zorgcentrum MtE Klerken: Zorgcentrum Maria ter Engelen Klerken

Annexe 1B: Liste alphabétique de la Commission consultative

Nom	Organisation
Baert Hugo	VBZV
Baudart Claudine	AIIB
Bensch Luc	UZA
Berbée Rieneke	Familiehulp
Capelle Marie-Astrid	UCL
Cordyn Sam	WGK
De Decker Michel	WTB
De Laat Antoon	KU Leuven
De Mars Steven	VVT
De Neve Frank	VBT
De Visschere Luc	U Gent
Declerck Dominique	KU Leuven
Delheusy Genevieve	UCL
Duyck Joke	KU Leuven
Flament Jan	Rusthuizen
Gerard France	Infor Santé MC
Gheeraert Annemarie	WGKVV
Griep luc	VLOZO
Harmegnies Philippe	Passe Muraille
Lamoral Christian	Expert toeleveranciers
Laurent Etienne	LMC
Leroy Roos	KU Leuven
Lysens Guido	VBT
Maloir Didier	CSD
Marks Luc	U Gent
Mauroy Monique	AIIB
Michiels Jean-Paul	VVT
Mousset Jeanphilippe	INAMI
Munnix Bernard	CSD
Pilipili Charles	UCL
Quaghebeur Toon	KH Leuven
Sarens An	KVG
Theys Stephanie	UCL
Thys Filip	VBT
TobingEsmeralda	WGK
Van Cleynenbreugel Diane	ABDP
Van Gorp Luc	WGK
Van Hal Guido	ESM/MSHP
Vandevelde Kris	INAMI
Van der Flaas Hilde	Muylenberg KMSL vzw
Van Gaever Nico	VFG
VanhauzenhaegeMaryse	Infor Santé MC
Vanherck Marie-Josée	VBZV
Vanhoeck Philippe	VVT
Van HoeckeYann	VBT
Van Meir Christine	VVT

Van Slembrouck Stephanie	Zorgcentrum MtE Klerken
Vandenbroucke Nathalie	VFG
Vanobbergen Jacques	U Gent
Verbraecken Ingrid	VVT
Verdonck Lies	KH Leuven/Preventiedienst Vlaams-Brabant
Vochten Muriel	Familiehulp
WindeyTarsi	Zorgnet Vlaanderen
Willems John	NVSM
Hanson Stefaan	VVT
De Clerck Ellen	VVT

Annexe 2: Rapports des différents groupes de travail

Groupe de travail 1: Stratégie de prévention

Sensibilisation pour les soins bucco-dentaires des personnes à besoins particuliers:
La sensibilisation sera exécutée par les cellules de coordination des Réseaux de soins bucco-dentaires et constituera une tâche de la Plateforme soins bucco-dentaires.

1. Objectif

Le but consiste à sensibiliser tous les soignants de personnes à besoins particuliers à l'exécution de soins bucco-dentaires de qualité et à la surveillance de la santé bucco-dentaire de personnes à besoins particuliers.

La stratégie à suivre sera différente pour les dispensateurs de soins et pour les aidants proches.

Les personnes à besoins particuliers englobent les personnes limitées de 21 ans ou moins, les personnes limitées de plus de 21 ans et les personnes âgées vulnérables. Ces personnes peuvent séjourner chez elles et bénéficier de soins à domicile ou séjourner dans centres d'hébergement (et de soins).

La sensibilisation poursuit les objectifs suivants:

- Renforcer les connaissances relatives aux soins bucco-dentaires concernant les personnes à besoins particuliers;
- Améliorer les aptitudes en matière d'exécution de soins bucco-dentaires auprès de personnes à besoins particuliers;
- Réaliser un changement d'attitude par rapport à l'exécution quotidienne de soins bucco-dentaires auprès de personnes à besoins particuliers;
- Réaliser un changement d'attitude en vue de signaler des problèmes bucco-dentaires potentiels auprès de personnes à besoins particuliers.

2. Groupe-cible de la sensibilisation:

La sensibilisation s'axe en premier lieu sur les soignants professionnels (intermédiaires) et, en deuxième lieu, sur les aidants proches (soignants non professionnels) aux personnes à besoins particuliers.

Les intermédiaires sont approchés par le biais de leurs organisations professionnelles. Il s'agit des acteurs suivants: orthopédagogues, éducateurs et éducatrices, infirmiers et soignants, personnel paramédical (ergothérapeutes, kinésithérapeutes et logopèdes, animateurs,...), médecins (gériatres, MCC, médecins généralistes, médecins liés aux organisations de soins), stomatologues, dentistes, infirmiers en soins bucco-dentaires, assistants en dentisterie, référents en soins bucco-dentaires, aidants,...).

La sensibilisation des intermédiaires se fera par leurs organisations professionnelles respectives.

Les aidants proches sont contactés via l'asbl « Kenniscentrummantelzorg » (www.mantelzorg.be).

(addendum 1: coordonnées des organisations qui peuvent soutenir la sensibilisation.)

Il est aussi souhaitable de sensibiliser les personnes à besoins particuliers ainsi que leurs proches. Etant donné la courte durée de l'étude de faisabilité, il a été décidé par la commission consultative de ne pas exécuter la sensibilisation pour les différents groupes-cibles. Ce manque sera partiellement compensé en donnant des instructions aux dispensateurs de soins pendant leur sensibilisation afin qu'ils puissent eux-mêmes sensibiliser leur groupe-cible aux soins bucco-dentaires.

3. Matériel et méthodes

Matériels

- Livre blanc

C'est un texte concis et qui doit être rédigé. Il donnera un aperçu de la problématique des soins bucco-dentaires chez les personnes à besoins particuliers. Les topiques possibles sont les manques actuels d'installations pour soins bucco-dentaires et les éventuelles solutions en faisant référence au Plan global pour soins bucco-dentaires durables chez les personnes à besoins particuliers.

Table de matière proposée:

- Préambule
- Terminologie
- Résumé
- Introduction: état du problème, l'importance des soins bucco-dentaires, les conséquences de soins dentaires inadéquats, le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale, lien entre santé bucco-dentaire et sous-alimentation, nécessité d'un plan global.
- Nécessité de réaliser les soins bucco-dentaires: résultats des inventaires des différents groupes de travail: étude soutenue, groupes-cibles, initiatives existantes. Manquements au niveau de l'offre actuelle
- Solutions et défis
- Modèle de soins bucco-dentaires
- Recommandations
- Charte
- Conclusion finale

- Procédures de mise en oeuvre

Les procédures de mise en oeuvre sont utilisées comme base pour la sensibilisation. Ces procédures de mise en oeuvre ont été développées conformément au modèle de « Réseau de Soins Besoins Particuliers », utilisé pour intégrer les soins bucco-dentaires dans l'organisation et l'offre de soins.

Matériel de référence:

- Procédure d'implémentation des soins dentaires pour intégrer les soins bucco-dentaires dans une organisation qui s'occupe des soins pour les personnes limitées et/ou les personnes âgées fragilisées : UGent (Luc De Visschere)

- Protocoles de soins bucco-dentaires

Ceux-ci incluent des mesures de soutien (screening) à titre préventif, des informations de santé et une éducation (brochures) de même qu'une surveillance de santé et une protection (conseils de prévention).

Matériel de référence:

- texte de base soins bucco-dentaires: UGent (Luc De Visschere)
- brochures VWGT: hygiène bucco-dentaire, avis fluor et alimentation
- brochures Het Ivoren Kruis: <http://www.ivorenkruis.nl/Folders-lezen.html>
- soins bucco-dentaires pour les personnes limitées mentalement: <http://www.ivorenkruis.nl/index.cfm?t=keyword.cfm&folder=80>
- site webVVT: <http://www.tandarts.be/index.php?ID=33036>
-

- Fiches de travail soins bucco-dentaires

Ces fiches font office de supports d'informations concrètes, avec texte restreint et illustrations claires des différentes actions de base à exécuter.

Ces fiches sont adaptées aux groupes-cibles avec le souci des différents groupes d'âge.

Les thèmes suivants entrent en ligne de compte:

- établissement d'un statut bucco-dentaire
- brossage des dents naturelles
- brossage des prothèses dentaires
- brossage de la langue
- brossage des muqueuses
- gestion de l'alimentation
- trucs et astuces

Le contenu des différentes fiches de travail est en accord avec les protocoles bucco-dentaires. Par fiche de travail, on fait une proposition au point de vue du contenu, disposition, photos et figures.

Toutes les fiches sont faites dans un style reconnaissable avec une figure ou icône reconnaissable sur toutes les fiches de travail. Pour la réalisation, on peut faire appel à l'apport des personnes avec besoins particuliers (le personnel soignant avec les personnes limitées et/ou les personnes âgées fragilisées). Les fiches de travail sont adaptées pour le personnel soignant en fonction du groupe-cible concerné. Le contenu du message est pour tous les dispensateurs de soins quasiment identique. Les fiches de travail sont de préférence plastifiées.

- Matériel audiovisuel

Il faudra développer du matériel pour faire des exposés chez les différents groupes-cibles (e.a. présentation en powerpoint, CD-rom,...).

Matériel de référence:

- Les personnes limitées: matériel video développé par UGent (Prof. Luc Martens) en collaboration avec Michèle Huybrechts, Gierle
- Personnes limitées: matériel video développé par VFG
- Personnes âgées fragilisées: CD-rom développé par UGent (Prof. Vanobbergen – De Visschere) en collaboration avec ZorgAndersTV

Un contact a été pris avec ZorgAndersTV pour voir si le matériel video disponible pourrait éventuellement être utilisé pour développer un CD-rom qui comprendrait tout. Voir addendum 3: projet de film de sensibilisation 20120910.

- Valise éducative

Matériel de référence:

- à Gand, il existe un bureau qui a de l'expérience dans le développement de telles valises. Ces valises seront prêtées et ceux qui louent peuvent faire appel aux subsides de la province.
- valise éducative développée par UGent avec l'Artevelde Hogeschool. Cette valise contient un syllabus, le livre 'la bouche, miroir de la santé, une présentation powerpoint sur CD-rom, un exercice pratique décrit et le matériel nécessaire pour réaliser cet exercice. Cette valise éducative est commercialisée par ACCO et est mise sur le marché en octobre 2012.
- Familiehulp a développé une valise éducative en collaboration avec la Haute Ecole Provinciale du Limbourg et sTimul. Cette valise est réalisée pour certaines limitations et laisse expérimenter aux futurs dispensateurs de soins ce que représente la vie avec des personnes limitées (comme par ex. mauvaise vue, problème d'équilibre, problème de toucher). Le seul lien vers les soins bucco-dentaires est une épreuve qui imite comment recevoir une alimentation non adaptée du personnel soignant.

- Prospectus (éventuellement sur support électronique, par exemple stick USB)

Transfert d'informations aux acteurs concernés, par exemple les aidants, les membres de la famille, les plateformes de patients, associations de parents,...

- Site internet

Il faut développer un portail (site web central) avec un page home simple et très accueillante. Tout le matériel de sensibilisation est mis à disposition online à tous les acteurs concernés. Ce site sera réactualisé régulièrement.

Il faudra également prévoir des liens vers d'autres sites ayant rapport avec les soins.

Ouvrir un compte Facebook avec des informations régulières sur la santé bucco-dentaires.

Un compte Facebook est également faire de la réclame car on touche chaque personne par le réseau.

Méthodes

Approche:

La sensibilisation sera exécutée en fonction de la forme d'habitation des personnes à besoins particuliers:

- Pour les personnes limitées, il s'agit de la sensibilisation de l'équipe de direction et des soignants à une offre étendue en formes d'habitations. (addendum 2: tableau d'aperçu des différentes formes de logement et organisations).
- Une attention particulière sera portée aux personnes limitées qui ont besoins de peu ou pas d'accompagnement. pour les personnes âgées vulnérables, il s'agit de la sensibilisation de l'équipe de direction et des soignants qui assurent les soins de personnes âgées en situation de domicile et résidant dans des centres d'hébergement et de soins, y compris les infirmiers à domicile indépendants.

Les soignants concernés seront, dans la mesure du possible, approchés par le biais de leur organisation de soins et/ou de leurs organisations professionnelles.

La sensibilisation s'axe également sur des acteurs faisant partie de groupes de soutien, par exemple des associations de parents, des conseils de famille, conseils de résidents, plateformes de patients, ... Cette action établit le lien avec les aidants proches. Ce groupe doit être approché d'une toute autre manière (étude de faisabilité).

Le scénario de sensibilisation sera rédigé par le groupe de travail GT1 en collaboration avec ViGeZ. Il faut clairement mentionner que la sensibilisation n'est qu'une partie d'un plan global de soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers en Belgique.

4. Evaluation

Il faut soumettre la sensibilisation à un contrôle de qualité en mesurant les effets et la qualité de la sensibilisation. Pendant la sensibilisation, les effets sont mesurés grâce aux indicateurs pour les soins dentaires et la qualité au moyen d'une SWOT-analyse. La qualité du site web est suivie au moyen d'une évaluation périodique des utilisateurs.

5. Exécution

La sensibilisation se déroule au niveau des communautés, en concertation avec les autorités concernées.

L'exécution devra être assurée par les associations professionnelles de dentisterie, à la demande de l'INAMI, en collaboration avec les Universités et mutualités.

La sensibilisation sera soutenue en permanence par l'offre de modules d'éducation à reprendre dans le cursus de toutes sortes de formations (GT2).

6. Partenaires

Pour le déploiement concret de la sensibilisation, il sera fait appel à ViGeZ et à d'autres instances bénéficiant de compétences spécifiques en matière de promotion (entre autres, des organisations de marketing, des bureaux de graphisme, des développeurs de systèmes ICT, ZorgAndersTV, VWGT,...

- ViGeZ:

Missions potentielles:

- Accorder sa collaboration à l'établissement de la stratégie de sensibilisation. Une première note a d'ores et déjà été commentée par Vigez.
- Encadrement du processus du plan global (y compris l'exécution d'une étude de faisabilité) Vigez rédige une note avec l'aide des membres du groupe de travail. A cet effet, il est souhaitable que Vigez soit représenté au sein du WP-6 (en fonction de l'intensité des réunions, une indemnité doit être payée à cet effet).
- Coordination du projet dans son intégralité: si cette coordination requiert du personnel complémentaire, des fonds devront être prévus à ce propos
- Contrôle qualité: les matériels développés seront évalués sur le plan de la qualité par Vigez.

Si l'output du plan global doit être mesuré (évaluation de l'effet), cette tâche n'incombe pas au Vigez. Cette tâche incombe plutôt aux universités. Dans le cadre du contrôle qualité, l'évaluation de la politique est une mission de Vigez.

- VWGT:

Missions potentielles:

- Réalisation des différents fiches de travail soins bucco-dentaire;
- actualiser les brochures hygiène bucco-dentaire, fluor et alimentation;
- développer des brochures pour les aidants proches;
- développer des brochures pour personnes limitées et leurs proches.

Addendum 1: coordonnées des organisations qui peuvent soutenir la sensibilisation

Algemeen secretariaat KVG-groep:

Arthur Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
post@kvg.be
[Adressen regiosecretariaten.](#)

Adressen van de vzw's en diensten die de KVG-groep vormen:

KVG vzw

Arthur Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
post@kvg.be

KVG Vorming vzw

Arthur Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
vorming@kvg.be
[Adressen regiosecretariaten.](#)

Absoluut vzw

Arthur Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
info@absoluutvzw.be
www.absoluutvzw.be
[Adressen secretariaten](#)

Gezin en Handicap vzw

A. Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
gezinenhandicap@kvg.be
www.gezinenhandicap.be

JKVG vzw

Van Vaerenbergstraat 6
2600 Berchem

tel: 03-609 54 40

fax: 03-609 54 41

Hannibal: www.hannibalvakanties.be

De Werkbank: www.dewerkbank.be

Steunpunt Handicap en Arbeid: www.handicapenarbeid.be

Intro vzw

Ardooisesteeweg 73

8800 Roeselare

tel: 051-24 22 06

fax: 051-20 51 89

info@intro-events.be

www.intro-events.be

[Adressen secretariaten.](#)

Geserbu

A. Goemaerelei 66

2018 Antwerpen

tel: 03-216 29 90

fax: 03-248 14 42

geserbu@kvg.be

[Regionale contactadressen.](#)

KVG Vrije Tijd

Rederijkerslaan 53

3500 Hasselt

tel: 011-23 22 05

fax: 011-23 37 16

paul.droogmans@kvg.be

[Regionale contactadressen.](#)

De Werkbank

Oudstrijderslaan 1

9000 Gent

tel: 09-227 34 41

patrick.vandeweerd@kvg.be

www.dewerkbank.be

[Regionale contactadressen.](#)

KVG-kenniscentrum

A. Goemaerelei 66

2018 Antwerpen

tel: 03-216 29 90

fax: 03-248 14 42

kenniscentrum@kvg.be

Lidoa

Schoolstraat 40
3500 Hasselt
tel.: 011-28 57 40

ookerbij@busmail.net

Verenigingen voor mantelzorgers

1. Steunpunt Thuiszorg, Sint Jansstraat 32-38 - 1000 Brussel, T: 02 515 03 94

E: steunpunt.thuiszorg@socmut.be

www.steunpunt-thuiszorg.be

2. Liever Thuis LM, Livornostraat 25 - 1050 Elsene, T: 02 542 87 09

E: lieverthuis@mut400.be

www.lieverthuis.mut400.be

3. Ziekenzorg van de Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579/40 - 1031 Schaarbeek

T: 02 246 47 81

www.cm.be

4. Ons Zorgnetwerk, Remylaan 4B - 3018 Wijgmaal, T: 016 24 49 49

E: onszorgnetwerk@kvlv.be

www.onszorgnetwerk.be

5. Kenniscentrum Mantelzorg, Steenweg op Brussel 213 - 1780 Wemmel, T: 02 452 63 13

GSM: 0489 78 66 63

E: info@mantelzorg.be; www.mantelzorg.be

Dolf Deridder, Voorzitter van de vzw Kenniscentrum mantelzorg (www.mantelzorg.be)

dolf.de.ridder@vlaanderen.wgk.be, 02.739.35.81 (rechtstreeks nummer)

6. OKRA-ZORGRECHT van OKRA, trefpunt 55+, Bezoekadres: Haachtsesteenweg 579 - 1030

Schaarbeek, Postadres: Postbus 40 - 1031 Brussel, T: 02 246 57 72

E: zorgrecht@okra.be

www.okra.be

Pluralistisch Platform Gehandicaptenzorg

Contact: Wendy Metten, Directeur – 0491/15.50.75 – wendy.metten@ppg.be

Uitgebreide info over de werking en dienstverlening: <http://www.ppg.be>

Guimardstraat 1 - 1040 Brussel

Telefoon: 02 511 44 70 - Fax: 02 513 85 14 - E-mail: post@vlaamswelzijnsverbond.be

Scholen

http://www.ond.vlaanderen.be/wegwijs/agodi/adressen_contactpersonen/adressen.asp?hsrtondnr=0&hbeginschooljaar=2011&hmaandnr

Addendum 2: tableau d'aperçu des différentes formes de logement et des organisations

Woonvorm	Zorgactoren	Doelgroep	Bepertingen	2009	Organisatie
Via anderen					
Persoon met beperkingen					
Thuisbegeleiding	Thuisbegeleidingsdienst	minder- of meerderjarig kind	motorisch, intellectueel, cognitief, autisme	5.337	Thuiszorgorganisatie en zelfstandig wonen
Begeleid wonen	Individuele begeleider	meerderjarigen	alle	2.636	Federatie Begeleid Wonen - Dhr. K. de Maessene - 02 860 0458
Zelfstandig wonen	AGL-centrum	meerderjarigen	psychische beperking	280	Vlaamse Werkloosheidsraad/ Pluraalisch Platform Werkloosheidsbegeleiding Margaretha-Marie Debruyne
Bezoekend wonen	Woonruimte in de nabijheid	meerderjarigen	Wet tot marginale beperking	608	
Geïntegreerd wonen	Woonruimte in de nabijheid		specifieke zorgbehoefte	80	
Internaten	School voor buitengewoon onderwijs	minderjarigen	alle	4.384	http://www.cnd.vlaanderen.be/cnd/erw/jaarblad/informatie/derk.htm
Semi-Internaten schoolzaken	School voor buitengewoon onderwijs	minderjarigen	alle	3.437	
Semi-Internaten niet-schoolzaken		minderjarigen	alle	522	
Observatie- en behandelingscentra		minderjarigen	niet duidelijk	365	
Pflegezorg	Pflegezorg	minderjarigen			Federatie Diensten Begeleid Wonen
Wonen obv particulier	Particulier	meerderjarigen		189	
Kortverblijf	Woonruimte	minderjarigen		1.216	
Zorgcentra	Woonruimte	meerderjarigen	alle	4.678	
Begeleid wonen				502	
Tehuuswerkenden		meerderjarigen	psychische of cognitieve	1.102	
Tehuus niet-werkenden, bezigheid		meerderjarigen		4.571	
Tehuus niet-werkenden, rustig		meerderjarigen	meerderjarige	4.645	
Kwetsbare ouderen					
2007					
Thuiswonen met ondersteuning	Verpleegkundigen/ verzorgenden	ouderen	Zorgbehoefte: toet, A, B, C	136.832	Familiehulp/Familiezorg/Organisatie voor Thuisverpleegkundigen
Woonzorgcentra	Verpleegkundigen/ verzorgenden	ouderen	Zorgbehoefte: G, A, B, C, CD	130.170	Zorgnet Vlaanderen, RGS, WSG
Psychiatrisch verzorgingshuis	Verpleegkundigen	ouderen		1.800	
Andere		ouderen	Zorgbehoefte	258.802	?

Addendum 3: Proposition de film de sensibilisation.

Cliquez 2 fois sur l'icone et le document s'ouvre.



Groupe de travail 2: Formation et tâches des dispensateurs de soins

Stratégie:

1. Inventorier les différents groupes cibles pour lesquels des modules d'éducation doivent être mis à disposition: personnel infirmier, personnel soignant, médecins, dentistes, diététiciens, kinésithérapeutes, assistants en soins bucco-dentaires, logopèdes, ergothérapeutes, éducateurs, assistants sociaux, entourage proche qui apporte son aide, parents et associations de parents,...

2. Radiographier les profils professionnels et le profil de formation existants et les professions de soin indiquées sous le point 1 **et** inventorier les modules de formation/ recyclages qui existent déjà.

Pour tous ces groupes cibles, les profils professionnels et le profil de formation existants ont été énumérés et les programmes de formation ont été radiographiés en fonction des modules existants et des sujets traités concernant les soins bucco-dentaires.

Conclusion: hormis pour les formations en dentisterie, seuls des contenus extrêmement sommaires en matière de soins bucco-dentaires ont été retrouvés.

3. Développer le contenu d'un module de formation/recyclage en fonction des compétences à atteindre à différents niveaux de soins et pour différentes professions dans le domaine des soins (en concertation avec le paquet de travail 1) et esquisser une stratégie en vue de la dissémination du(de) produit(s) fini(s).

Proposition:

Une proposition provisoire en termes de contenu de module de « soins bucco-dentaires » a été développée. Elle pourra être proposée pour l'ensemble des groupes cibles, à l'exception des médecins et infirmiers (voir ci-dessous).

Un cours le plus complet possible devrait être mis sur pied et devrait éventuellement (faisabilité?) être complété d'ateliers.

Les compétences et objectifs d'apprentissage doivent encore être explicités.

3.1. Pour les infirmiers, on propose d'organiser une "journée de formation en soins bucco-dentaires" dans les différentes régions, les principaux sujets étant les suivants: Fonction de signal – promotion de la santé bucco-dentaire et prévention – alimentation et soins bucco-dentaires à titre préventif et curatif – flux d'information et fourniture jusqu'aux soins bucco-dentaires.

3.2. Pour les dentistes, on propose d'organiser des recyclages par le biais de centres de connaissance en collaboration avec les associations professionnelles.

4. Contacts avec les différents formateurs et informations concernant le contenu du projet, le concept et l'étude de faisabilité au sein du trajet existant de formation et de travail.

5. Énumérer les rubriques pertinentes (rémunération/honoraires du personnel soignant/infirmier, coûts représentés par les incentives destinés à stimuler les soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers, appareillage, moyens de fonctionnement,...) qui doivent être budgétés afin que le groupe de travail puisse effectuer une analyse coûts/bénéfices.

6. Esquisser un plan de contrôle de la qualité (PDCA) en vue de garantir l'optimisation des soins bucco-dentaires.

7. Fournir des informations au groupe de travail 6 concernant les structures proposées afin que le groupe de travail 6 puisse les intégrer dans une proposition axée sur une structure globale pour le réseau de soins.

Module de soins bucco-dentaires pour soignants chargés de groupes vulnérables (personnes âgées, handicapés,...)

Remarque: En fonction du public cible, le module prendra des accents spécifiques, qui seront approfondis et élargis et certains sujets seront moins abordés ou pas du tout.

1. Proposition de contenu d'un module étendu pour lequel un paquet développé doit être mis en place

Chapitre 1: Soins bucco-dentaires pour groupes vulnérables

- Introduction sur le plan du contenu: introduction – objectif - épidémiologie

Chapitre 2: La cavité buccale

- Développement normal et anatomie de la bouche et des dents; le processus de vieillissement de la bouche
- Salive

Chapitre 3: Anomalies et affections

- Troubles de développement (e.a. habitudes buccales divergentes)
- Caries (étiologie, pathogénèse, microbiologie, facteurs de risque, épidémiologie, traitement)
- Affections parodontales (gingivite, parodontite, facteurs de risque, épidémiologie, traitement)
- Erosion et usure des dents (étiologie, pathogénèse, facteurs de risque, épidémiologie, traitement)
- Traumatismes (types, conséquence, premiers secours)
- Hyper- et hyposialie
- Relation entre la santé générale et la santé bucco-dentaire / entre la médication & la santé bucco-dentaire
- Remplacement des dents absentes au moyen de prothèses fixes et/ou amovibles et/ou d'implants

Chapitre 4: Prévention

- Hygiène bucco-dentaire (motivation, fréquence, élimination mécanique de la plaque dentaire, élimination chimique de la plaque dentaire)
- Alimentation (alimentation saine pour la bouche, consignes pratiques)
- Fluorure (pouvoir de prévention des caries du fluorure, formes d'application, conseils en matière de fluorure, toxicité)
- Aide en matière d'hygiène bucco-dentaires dans le cas de personnes dépendantes de soins
- Soins préventifs dans le cabinet du dentiste (nettoyage professionnel, application de fluorure, résines de scellement)

Chapitre 5: Organisation des soins bucco-dentaires pour groupes vulnérables

- Collaboration des différentes disciplines
- Orientation et communication
- Dentisterie et sécurité sociale

Chapitre 6: Groupes d'attention particuliers.

- Personnes limitées
- Personnes âgées vulnérables
- Patients oncologiques
- Patients en soins palliatifs

2. Journée de formation pour infirmiers

On choisit de ne pas proposer un module complet pour les infirmiers vu le nombre de compétences qui ont déjà été acquises dans le cadre de la formation pratique de baccalauréat.

On propose aux centres de formation de demander:

- qu'ils intègrent cette problématique de manière durable dans le programme;
- qu'ils organisent, en collaboration avec l'association professionnelle, des moments de formation au sein de l'offre de LLL.

Sur la base du module de formation complet, le contenu suivant est proposé:

A. Programme de l'avant-midi

1. Introduction sur le plan du contenu: introduction – objectif - épidémiologie
2. Anomalies et affections:
 - Seules les principales propriétés des différents sujets sont soulignées
3. Prévention: avec attention particulière accordée à l'hygiène bucco-dentaire dans le cas de personnes dépendantes de soins
4. Organisation des soins bucco-dentaires pour groupes vulnérables: avec attention particulière accordée à l'orientation

B. Programme de l'après-midi

On propose d'organiser des sessions parallèles avec casuistique.

La nécessité s'impose d'évoluer dans le temps vers un protocole type pour les soignants concernant la santé bucco-dentaire générale (mesures hygiéniques générales), avec extension vers les groupes cibles particuliers, dont les groupes vulnérables.

3. Journée de formation (demi-journée?) pour dentistes

On choisit de ne pas proposer un module complet pour les dentistes vu le nombre important de compétences qui ont déjà été acquises dans le cadre de la formation pratique de baccalauréat et de master.

On propose aux centres de formation de demander:

- qu'ils intègrent cette problématique de manière durable dans le programme;
- qu'ils organisent, en collaboration avec les associations professionnelles, des moments de formation au sein de l'offre de LLL.

Sur la base du module de formation complet, le contenu suivant est proposé:

A. Programme de l'avant-midi

1. Introduction sur le plan du contenu: introduction – objectif - épidémiologie
2. La cavité buccale avec attention pour le processus de vieillissement
3. Anomalies et affections (maximum 1 heure)
 - Seules les principales propriétés des différents sujets sont soulignées
 - Attention accordée à l'hygiène bucco-dentaire et à la consommation de médicaments, à l'hyper- et hyposiallorrhée et aux traumatismes.
4. Prévention générale avec une attention particulière accordée à l'aide en matière d'hygiène bucco-dentaire, y compris
 - technique et ergonomie
 - délégation à l'assistant en soins bucco-dentaires
5. Organisation des soins bucco-dentaires pour groupes vulnérables
 - avec attention particulière accordée à l'orientation

Groupe de travail 3: Accessibilité du cabinet

1. Introduction

L'accessibilité des cabinets dentaires a été analysée à différents niveaux.

Pas seulement l'accessibilité du cabinet dentaire (comment y aller) mais aussi la circulation et les déplacements dans le cabinet-même (y entrer et sortir facilement, s'asseoir confortablement), ce sont les notions de l'accessibilité physique.

D'autres facteurs émotionnels et financiers sont des éléments qui peuvent influencer et limiter également l'accessibilité du cabinet. Nous devrions arriver à une accessibilité intégrale c'est-à-dire la même pour tous qu'ils soient à besoins particuliers ou non.

2. Physique

2.1. Accessibilité : De la maison ou l'institution au cabinet = Transport

2.1.1. Inventaire des possibilités de transport.

Il existe différentes possibilités de transport dans tout le pays. Différentes initiatives existent: des institutions, mutuelles, CPAS, communes, province, organisations locales, organisations privées, entreprises de transport public, bénévoles et aides soignants informels. Il n'est pas possible de faire un inventaire complet tant les possibilités diffèrent de communes en communes.

2.1.1.1. En Flandre

- De MMC = Mindermobielen centrale travaillent avec un réseau de bénévoles.

L'utilisation des MMC est réservée aux personnes avec un salaire maximum du double du minimum vital. De plus il ne peut exister une autre possibilité de transport public si ce n'est qu'il ne soit pas accessible à la personne concernée. L'utilisateur payera une cotisation annuelle de **10 euros** ou **15 euro par couple ou famille**, dans laquelle est comprise l'assurance responsabilité civile.

www.taxistop.be

www.mindermobielencentrale.be

- Le service des ambulances peut toujours être appelé pour un transport de malades mais aux frais du malade.
- Le belbus (De Lijn)

Le belbus s'arrête à chaque arrêt prévu pour le belbus dans la région desservie. Ce bus ne roule que selon un trajet bien précis et s'arrête qu'aux arrêts demandés à l'avance. Il faut donc obligatoirement réserver à l'avance, quoi que le belbus n'est pas un taxi qui fait du porte à porte, il est possible de se déplacer dans le réseau du belbus. Les tarifs sont les mêmes que pour le réseau de Lijn. Il existe actuellement 120 réseaux belbus en Flandre.

<http://www.delijn.be/over/aanbod/belbus>

- La Croix-Rouge

- Il y a une étude en cours sur les différents systèmes de transport en Flandre. Cette étude est réalisée par Enter vzw (Centre flamand d'expertise d'accessibilité) (annexe 1).

2.1.1.2. Bruxelles

- MIVB –STIB: Les minibus doivent être réservés à l'avance (au moins 2 jours). Un voyage coûte € 1.70.

www.mobielbrussel.irisnet.be

- Taxi avec un tarif spécial: chèques de €5. Conditions pour qu'ils soient gratuits: Habiter Bruxelles, handicap ou plus 75 ans avec statu omnio (annexe 2).

www.mobielbrussel.irisnet.be/articles/taxi/taxis-pbm

- Privé comme Contre-Pied: un forfait commence à € 19 + les kilomètres. Les titres-services peuvent être utilisés (annexe 3).

www.contrepied.be

- o Mutualités: les mutualités organisent aussi le transport pour leurs membres. Une participation au kilomètre est payée au bénévole.
- o Mutualités chrétiennes: www.alteo-asbl.be/-Accompagnement-et-transport-

2.1.1.3. Wallonie

- TEC (Bon pied bon oeil): le même principe que le belbus en Flandre. Le réseau est nettement moins développé en Wallonie.
- 70% des bus de la TEC ont un dispositif pour charger des personnes en fauteuil roulant mais les chauffeurs ne veulent pas les utiliser (annexe 4). Pour 2016, 100% des bus seront équipés de ce dispositif de chargement. Le CAWaB (Collectif Accessibilité Wallonie Bruxelles) lance une action High TEC afin d'améliorer la mobilité pour tous. www.cawab.be

Taxistop: Centrale des Moins Mobiles est le pendant francophone des MMC.

www.taxistop.be

- Mutualités: les mutualités organisent elles-mêmes le transport pour leurs membres. Une participation est payée au bénévole.

- Mutualités chrétiennes: <http://www.alteo-asbl.be/-Accompagnement-et-transport->

Autres mutuelles: seulement une intervention du transport vers l'hôpital.

www.cass-cssa.be

Ce que nous remarquons, c'est qu'il existe de nombreuses possibilités mais que les personnes concernées ne savent pas que cela existe. Il y a une grande quantité d'information sur internet mais ces personnes n'ont pas les moyens de l'utiliser.

Il serait intéressant d'avoir un site par région pour faciliter les recherches. (Enter est occupé à organiser un système de transport homogène qui couvre tout le réseau pour la Flandre).

2.2. Architecture

2.2.1. La législation

Le **2 juillet 2008**, une **nouvelle proposition de directive** a été adoptée par la Commission européenne. Celle-ci vise la mise en oeuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de religion ou de convictions, de handicap, d'âge ou d'orientation sexuelle dans l'ensemble des biens et services. Cette proposition doit encore être adoptée par le Conseil des Etats membres de l'Union européenne avant de pouvoir entrer en application dans chacun des pays concernés.

L'Organisation des Nations Unies a adopté, le 13 décembre 2006, la **Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées**. En son article 2, la Convention définit les aménagements raisonnables. La Belgique a ratifié la Convention, qui est entrée en vigueur le 1er août 2009.

En raison de la complexité du modèle institutionnel belge, il était indispensable d'adopter une définition commune de la notion d'aménagement raisonnable. Lors de la Conférence interministérielle du 11 octobre 2006, l'Etat fédéral, les Régions et les Communautés ont approuvé un **Protocole relatif au concept d'aménagements raisonnables**, publié au Moniteur le 20 septembre 2007.

Fin novembre 2010, Enter vzw a renouvelé la publication de ses brochures.

Ces brochures donnent des conseils pour améliorer l'accessibilité des cabinets médicaux et des autres bâtiments publics.

(www.entervzw.be/index.php?id=7#wenkenbladen (annexe5).

Pour la Wallonie nous retrouvons également des "brochures pour un aménagement raisonnable" www.diversite.be (annexe6).

2.2.2. Exemples à l'intérieur du pays et à l'étranger

En Allemagne, seules les nouvelles constructions doivent être accessibles.

En France, il existe une obligation de rendre tous les cabinets dentaires accessibles avant 2015. Il y a évidemment des exceptions. www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Aux Pays-Bas, il n'y a pas de réglementation bien précises.

2.2.3. Propositions d'alternatives

Nous ne pouvons que conseiller de rendre les cabinets les plus accessibles possibles à tous afin de créer une accessibilité intégrale.

L'information doit être diffusée auprès des étudiants qui vont s'installer.

La même chose est à faire pour toutes les firmes qui vendent du gros matériel dentaire et les bureaux d'architectes. nous avons questionné ces firmes: il n'est pas tenu compte des normes d'accessibilité. Il y a un grand besoins de sensibilisation.

Une proposition est de mettre un logo, une sorte de label aux cabinets accessibles à tous.



Nous avons interrogé les dentistes: chez les dentistes flamands les cabinets sont accessibles chez 390 sur 503 (77%) et pour les dentistes francophones 91 sur 160 (56 %).

En ce qui concerne les autres limitations le rapport est de 101/160 pour les francophones et de 465 sur 503 pour le dentiste flamand.

3. relationnelle–émotionnelle

3.1. Inventaire des dentistes de 1^e ligne

Pour savoir combien de dentistes soignent les personnes à besoins particuliers, nous avons placé une enquête online avec l'aide des organisations professionnelle. (VVT, VBT et SMD) (annexe 7).

Les dentistes francophones:

- 67.5 % soignent les personnes à besoins particuliers
- 38 % soignent les patients venant d'une institution
- 10 % vont dans une institution
- 24 % vont dans les MRS

Les dentistes néerlandophones:

- 79% soignent les personnes à besoins particuliers
- 61% les patients venant d'une institution
- 31% vont dans une institution
- 36% vont dans les MRS

Seulement 23% des dentistes francophones réfèrent leur patients vers un centre de soins dentaires spécialisés alors que ce sont 33% des dentistes néerlandophones qui le font.

Parmi le groupe des dentistes qui ont participé à l'enquête, nous avons comparé le nombre d'années de pratique. Il est étonnant de remarquer que plus 80% de francophones et 70% de néerlandophones ont déjà plus de 20 ans de pratique.

Parmi ces dentistes qui ont déjà plus de 20 ans de pratique, 57% de francophones et 71% de néerlandophones soignent les personnes à besoins particuliers dans leur cabinet.

Cela signifie que très peu de jeunes dentistes soignent ces patients en 1^e ligne. Il faut aussi tenir compte que le nombre de dentistes qui ont répondu à l'enquête ne représentent qu'un échantillon de praticiens. Malgré tout, il faut être vigilant et un travail de motivation et de formation des jeunes praticiens est absolument nécessaire et doit représenter une des priorités. La non connaissance des personnes à besoins particuliers est déjà un facteur qui limite leur prise en charge par le dentiste seul au cabinet. Les centres de soins spécifiques pour ces personnes sont.

Comment les patients concernés peuvent-ils retrouver les dentistes qui sont prêts à les prendre en charge. Et comment faire connaître aux praticiens les dentistes où ils peuvent référer et ainsi aussi dégorger tous les centres de soins spécifiques qui existent. Il est important de que le maximum de soins préventifs et curatifs se fassent en 1^e ligne. Il n'existe

actuellement pas de liste des dentistes où les patients peuvent être pris en charge. Un site web existe en France par exemple (www.Handident.com). Ce pourrait être une solution qui sera envisagée au point 5 « communication ».

3.2. Formation des 6es années

Il serait intéressant qu'une des journées de formation traite plus particulièrement de la prise en charge des patients à besoins particuliers. De même inclure un stage pratique pendant la formation universitaire des étudiants.

3.3. Formation continue des dentistes (voir GT2)

Le groupe de travail 2 a décrit un programme de formation continue pour les dentistes.

- De plus il est important de transmettre aux dentistes toutes les possibilités qui existent pour améliorer la communication avec le patient: l'éclairage et de grandes lettres pour les malvoyants, les boucles d'inductions, communication par SMS et mails pour les sourds et malentendants, utiliser un vocabulaire simple pour tous.
- De même élaborer une brochure expliquant le matériel qui peut faciliter l'organisation des soins tels des lifts pour aider à les mettre dans le fauteuil, des coussins à vide pour mieux les positionner par exemple.

Groupe de travail 4: Alternatives au cabinet dentaire traditionnel ou régulier

1. Unité dentaire portable = équipement de base

- *Configuration minimale*

Unité mobile équipée de 1 électromoteur, avec compresseur interne
Appareil de nettoyage
Aspiration suffisamment puissante
Instruments : rotor à air, seringue, instruments manuels
Eclairage : lampe de tête
Petit matériel, y compris lampe de polymérisation et agitateur
Matériel informatique et logiciel
Moyen de transport : véhicule de type camionnette
PAS d'appareil à RX

- *Personnel* : dentiste + assistant en dentisterie
AVENIR : assistant en soins bucco-dentaires
- *Prix de revient total* : = transport
+ installation
+ utilisation et entretien des biens d'équipement
+ personnel
+ assurance transport, installation, biens d'équipement,
personnel, ..
+ traitement des déchets avec autorisation
+ rétribution AFCN avec contrôle radiologie
+ technique dentaire
+ stérilisation
+ amortissement plus rapide = dommage
+ produits
- *Quels traitements* : soins de base
- *Quel groupe cible* : soins à domicile dans le cas de patients difficiles à déplacer
- *Avantages et inconvénients* : + : à domicile = flexibilité

- : nombre limité de traitements
Ergonomie du dentiste
Hygiène
Prix de revient
3 à 4 patients par demi-journée

2 . Cabinet dentaire mobile complètement équipé et déchargeable

- *Configuration* : équipement de base AVEC appareil de traitement portable
Chaises de dentiste
Eclairage sur pied
Appareil RX avec capteur CCD

le moyen de transport doit toutefois être plus spacieux
- *Personnel* : dentiste + assistant dentiste + assistant en soins bucco-dentaires
- *Prix de revient total* = transport
+ installation
+ utilisation et entretien des biens d'équipement
+ personnel
+ assurance transport, installation, biens d'équipement, personnel, ...
+ traitement des déchets avec autorisation
+ rétribution AFCN avec contrôle radiologie
+ technique dentaire
+ stérilisation
+ amortissement plus rapide = dommage
+ produits
- *Quels traitements* : tous les traitements dentaires
PAS d'orthodontie
PAS de prothèses fixes
PAS d'implants
PAS de blanchiment
- *Avantages et inconvénients*
- *Organisation* : le cabinet est aménagé sur site par semaine
Stérilisation centrale

3. Cabinet dentaire mobile et complètement équipé de manière fixe

A. Permis de conduire B – poids total max. 3.500 kg

- *Configuration* : idem point 2 AVEC hayon élévateur
chaise de traitement déplaçable

Moyen de transport de type Fiat Ducato

- *Prix de revient total* : = transport
+ installation

- + utilisation et entretien des biens d'équipement
- + personnel
- + assurance transport, installation, biens d'équipement, personnel, ...
- + traitement des déchets avec autorisation
- + rétribution AFCN avec contrôle radiologie
- + technique dentaire
- + stérilisation
- + amortissement plus rapide = dommage
- + produits

- *Quels traitements* : tous les traitements dentaires
 - PAS d'orthodontie
 - PAS de prothèses fixes
 - PAS d'implants
 - PAS de blanchiment

- *Avantages et inconvénients* : + : Bon équipement de dentisterie
 - Il est possible de traiter des patients tous les jours à un autre endroit
 - Hygiène

- : Prix de revient à l'achat
 - Espace limité
 - Les patients doivent être amenés à l'extérieur
 - Parking

B. Permis de conduire C

- *Configuration* : idem point 2 AVEC hayon élévateur
 - chaise de traitement déplaçable
 - Moyen de transport : camion ou semi-remorque

- *Personnel*

- *Prix de revient total* : = transport
 - + installation
 - + utilisation et entretien des biens d'équipement
 - + personnel
 - + assurance transport, installation, biens d'équipement, personnel, ...
 - + traitement des déchets avec autorisation
 - + rétribution AFCN avec contrôle radiologie
 - + technique dentaire
 - + stérilisation
 - + amortissement plus rapide = dommage
 - + produits

- *Quels traitements* : tous les traitements dentaires
 - PAS d'orthodontie

PAS de prothèses fixes
PAS d'implants
PAS de blanchiment

- *Avantages et inconvénients* : + : Bon équipement de dentisterie
Il est possible de traiter des patients tous les jours à un autre endroit
Hygiène
Espace à profusion

- : Un permis de conduire C est nécessaire = chauffeur de camion
Prix de revient à l'achat
Les patients doivent être amenés à l'extérieur
Parking

4. Cabinet dentaire complètement équipé dans maison de repos ou institution

- *Configuration*
- *Personnel*
- *Prix de revient total*
- *Quels traitements*
- *Avantages et inconvénients* : combien de patients faut-il pour que le cabinet soit rentable ?

5. Appareillage de base, uniquement destiné à la prévention, présent dans une maison de repos ou une institution installation dans un local hygiénique

- *Configuration*
- *Personnel*
- *Prix de revient total*
- *Quels traitements*
- *Avantages et inconvénients*

6. Télédentisterie

- *En quoi cela consiste-t-il ?*

La télédentisterie est une évolution relativement récente. Grâce à l'utilisation de l'internet, l'accessibilité à des soins dentaires peut être renforcée. Elle permet au dentiste de poser un diagnostic, de recommander des options de traitement et d'éventuellement orienter le patient. Un projet en la matière a été mis sur pied à l'université d'Arizona et les résultats ont été publiés en 2009 sous le titre 'Teledentistry in Arizona'. Entre-temps, la technologie n'a fait qu'évoluer.

- *Configuration : cf. tableau 3*

L'utilisation d'un smartphone (minimum 5 millions de mégapixels), d'un ouvre-bouche, d'une source de lumière et d'un miroir buccal peut suffire pour fournir des informations extrêmement appréciables. Une photo est réalisée à l'aide du smartphone et est ensuite envoyée par e-mail.

- *Personnel*

Fait office de moyen de communication entre les soignants. Pas en guise de moyen de diagnostic, mais à des fins de tri. Il est possible de demander un avis au dentiste conseil, au dentiste traitant et/ou à la cellule de coordination.

- *Prix de revient total : cf. tableau 3*
- *Avantages et inconvénients : Qu'en est-il de l'intimité ? Qu'en est-il du respect de la vie privée ?
Qui peut envoyer quoi ?*

B. Effectifs en personnel

Le principe de la répartition des tâches implique que les procédures doivent être déléguées aux personnes au niveau de formation le plus bas et les moins payées qui sont en mesure d'exécuter les mêmes activités avec autant d'efficacité et de compétence et le même niveau de qualité.

- **Dentiste conseil**

Description des tâches :

1. Interaction et avis DCC et référent en soins bucco-dentaires dans un centre d'hébergement et de soins/une institution pour handicapés/dans le cadre d'une structure de soins à domicile et soins courants/spécifiques
2. Coordination de plusieurs centres d'hébergement et de soins/institutions pour handicapés
3. Soigner lui-même des patients
4. Assurer la formation de soignants

5. Sélection et planification des soins des patients

Rémunération : forfait à l'heure
= tarif-horaire en fonction du temps pour l'accompagnement de patients difficiles à traiter
= tarif-horaire pour soins bucco-dentaires à des groupes de soins particuliers
Ou salaire
Ou capitation
Ou par prestation (avec numéros de nomenclature adaptés)
Ou forfait à l'heure et par prestation

- **Dentiste traitant**

Description des tâches : soins spécifiques

Rémunération : forfait à l'heure
= tarif-horaire pour l'accompagnement de patients difficiles à traiter
= tarif-horaire pour soins bucco-dentaires à des groupes de soins particuliers
Ou salaire
Ou capitation
Ou par prestation (avec numéros de nomenclature adaptés)
Ou forfait à l'heure et par prestation

- **Référent en soins bucco-dentaires au niveau de l'institution**

Description des tâches : il est responsable :

1. de l'administration et de la coordination au sein du centre d'hébergement et de soins/de l'institution
2. du démarrage du dossier de soins bucco-dentaires et de l'établissement d'un plan individuel de soins bucco-dentaires lors de l'admission des résidents
3. du suivi de l'hygiène bucco-dentaire quotidienne

Rémunération : par analogie à la personne de référence démence, soins de blessures, diabète,...

- **Assistant en soins bucco-dentaires**

Description des tâches :
1. screening
2. prévention primaire
3. détartrage des dents sans anesthésie

Rémunération : Par prestation

Salaire mensuel 38 heures semaine : salaire brut minimum de 2.000,00 euros à multiplier par un coefficient de 1,85
= pécule de vacances, indemnité pour maladie, formation à temps partiel

- **Assistant dentaire**

- Description des tâches :
1. Gestion, organisation et administration du cabinet
 2. Gestion des dossiers des patients et rendez-vous
 3. Relations orientées sur le patient
 4. TGVO (ISDE) informations sur la santé dentaire et éducation
 5. Entretien et utilisation de l'infrastructure
 6. Gestion et utilisation de grands et petits instruments et mise en œuvre des matières
 7. Assistance au niveau de la chaise lors des traitements
 8. Traitement des radios et protection
 9. Technique dentaire
 10. Respect de la réglementation légale et application dans le cabinet

Rémunération : Salaire mensuel 38 heures semaine : salaire brut minimum de 1500,00 euros à multiplier par un coefficient de 1,85 à temps partiel

- **Technique d'entretien/chauffeur**

C. CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Registre de qualité par analogie aux Pays-Bas/au Danemark (Copenhague).
Charte signée par le dentiste par analogie à la France.

D. CONCLUSION FINALE

Dans le domaine des soins bucco-dentaires professionnels de personnes à besoins particuliers, le dentiste traitant ou régulier joue un rôle central. À cet effet, un cabinet mobile est un complément pour lequel des critères tels que la dépendance de soins et la transportabilité peuvent être une base pour la sélection de patients.

Il n'existe aucune alternative miracle. Ce n'est pas une histoire de « ou-ou », mais bien de « ET-ET », comme l'indiquent des projets déployés à l'étranger. En d'autres termes, les alternatives doivent être complémentaires aux soins réguliers.

Le défi consiste, dans une situation de besoin en soins, à utiliser l'option de traitement la plus efficace qui soit, compte tenu des 5 A, ce qui fera partie de l'ensemble des tâches dévolues à la cellule de coordination.

Que faire en cas d'urgences ? Existe-t-il service de garde ?

Les configurations telles que proposées pour chaque alternative ne sont pas restrictives. Elles représentent le minimum en matériel dont on a besoin, en fonction de ses propres expériences et d'autres projets. Il est possible, à l'aide du tableau 3, d'ajouter ou de remplacer certains matériels à sa propre appréciation.

Le prix de revient total au tableau 3 est indicatif. Certains paramètres doivent être déterminés individuellement en fonction de l'organisation, par exemple le coût de l'immobilier.

En outre, à l'avenir, la façon dont les effectifs en personnel sont pourvus changera également. Des suites de la création de la fonction d'assistant en soins bucco-dentaires, l'ensemble des tâches devra être redéfini.

Vous pouvez consulter certains de nos documents de travail, sources et photos sur www.dropbox.com.

Vous devez préalablement installer Dropbox® sur votre ordinateur.

Ensuite, vous envoyez une demande à demars.steven@me.com

Vous recevrez ainsi une invitation qui vous permettra d'avoir l'accès au cloud.

Bonne lecture !

Groupe de travail 5: Centres de soins Besoins particuliers

1. Evaluation des centres /cabinets indiqués par les dentistes flamands

Tous les dentistes flamands ayant été renseignés par leurs collègues comme dentistes de référence ont été contactés. Ces dentistes de référence ont été priés de fournir de plus amples explications concernant l'organisation des soins qu'ils dispensent en faveur de personnes à besoins particuliers. Leurs réponses ont été regroupées dans un fichier Excel.

Les étudiants de la Ecole Supérieure Catholique de Louvain contactent actuellement les dentistes de référence wallons.

Des réponses, il ressort que l'organisation des soins diffère considérablement (profil des patients, suivi après traitement, système de rémunération, ...). Ils indiquent qu'une assistance dans le cadre des soins bucco-dentaires quotidiens (assistant en soins bucco-dentaires), un meilleur système de rémunération, une meilleure formation et un soutien accru s'imposent.

2. proposition de réseau de soins

La proposition portant sur une **structure de réseau de soins** a été adaptée après concertation au sein du groupe de travail 5. Voir les documents « voorstel structuur zorgnet 01.06.2012.ppt » (proposition de réseau de structure de réseau de soins) + « toelichting bij zorgnet voorstel 01.06.2012. document » (explications relatives à la proposition de réseau de soins).

Les explications relatives à la proposition de réseau de soins traitent également des nouvelles fonctions, des incitants présentés et de critères déterminés.

- Dentiste conseiller

La fonction potentielle de DCC (dentiste coordinateur et conseiller) a été, entre autres, abordée au sein du groupe de travail 5. Un médecin coordinateur et conseiller ou MCC est un médecin attaché à une institution de soins pour personnes âgées dépendantes de soins. Le projet d'avis relatif à la fonction de MCC dans des institutions de repos et de soins (émanant du SPF santé publique, direction générale organisation des établissements de soins et du conseil national des établissements hospitaliers) décrit les tâches d'un MCC. Une partie de ses tâches consiste à

collaborer à l'organisation d'activités de perfectionnement pour le personnel de maisons de repos et de soins et pour les médecins concernés.

En outre, des tâches associées aux soins lui sont également imposées, notamment l'établissement d'une politique en matière de soins bucco-dentaires.

Comme la coordination de la politique en matière de soins bucco-dentaires relève des tâches d'un MCC, il ne semble pas indiqué de créer une fonction de DCC (dentiste coordinateur et conseiller) qui existerait en parallèle. Néanmoins, il est proposé de désigner un **dentiste conseiller (DC)** auquel le MCC pourrait faire appel à la fois pour un soutien en matière de tâches de soins associées à la politique et pour l'organisation de soins bucco-dentaires concrets de résidents de l'institution.

Le dentiste conseiller est, par conséquent, investi des tâches suivantes :

- Estimation des besoins en soins des résidents individuels et organisation de soins concrets
- Soutien du MCC pour l'établissement d'une politique qualitative en matière de soins bucco-dentaires au sein de l'institution
- Soutien du MCC dans le cadre de l'organisation et de la réalisation de la formation du personnel soignant / infirmier concernant les soins bucco-dentaires quotidiens (hygiène buccale, alimentation, ...)
- Soutien du personnel soignant / infirmier sur le plan des soins bucco-dentaires quotidiens

Un DC est, par conséquent, lié à un médecin au sein de l'institution (MCC en cas d'institution de repos et de soins pour personnes âgées ou un médecin attaché à une institution pour personnes limitées) ou à un médecin au sein de l'organisation de soins à domicile.

La rémunération pourrait être payée par personne dont il a la garde.

- Critères en matière de transportabilité

Les critères en matière de transportabilité sont difficiles à fixer concrètement. Il s'agit de personnes qui, pour des raisons physiques, psychologiques ou pratiques, ne peuvent pas être transportées. La décision relative à la transportabilité devrait être motivée par le médecin concerné de l'institution, en accord avec le DC. La motivation

à la base de cette décision devrait être notée sur un formulaire de demande officiel de remboursement des prestations au moyen d'une infrastructure mobile.

Critères relatifs à l'octroi de la possibilité de remboursement de suppléments concernant des prestations en faveur de personnes à besoins particuliers. Les critères en vue d'autoriser un supplément dans le cas de prestations déterminés seraient de préférence basés sur des échelles de soins accordées. Pour les personnes qui ne sont pas reprises sur ces échelles, un dentiste conseiller peut introduire une demande auprès des instances compétentes pour quand même pouvoir facturer un supplément pour soins bucco-dentaires.

- Il est proposé de prévoir un numéro de nomenclature pour l'établissement d'un plan de traitement (par le biais d'un formulaire type sur la base duquel l'attestation pourra être établie).

3. Analyse de l'étude de mise en œuvre (try-out)

Comme étude pilote, il est proposé de tester une mini-version de la structure de réseau de soins. La meilleure solution consisterait à sélectionner, par exemple, une province et à mettre un réseau en place pour un groupe déterminé de patients (par exemple des personnes limitées).

4. Visite de centres étrangers

La proposition relative à la structure de réseau de soins sera évaluée par rapport à des centres modèles étrangers. Différents centres sont actuellement envisagés.

EXPLICATIONS CONCERNANT LA PROPOSITION DE RÉSEAUX DE SOINS

Ce réseau de soins vise à offrir une plate-forme permettant l'organisation de soins bucco-dentaires quotidiens et professionnels en faveur de personnes à besoins particuliers. Les soins bucco-dentaires quotidiens englobent la surveillance journalière de la santé bucco-dentaire à l'aide de mesures d'hygiène bucco-dentaire et en respectant des consignes alimentaires. Différents dispensateurs de soins^a sont concernés par ces soins bucco-dentaires quotidiens.

Dès qu'un besoin en soins bucco-dentaires professionnels est établi par la personne en question ou un dispensateur de soins^b concerné, il doit être traduit en une demande de soins concrète.

Les soins bucco-dentaires professionnels pour personnes à besoins particuliers doivent, dans la mesure du possible, être portés par les soins bucco-dentaires réguliers. Quand un patient est orienté vers des soins bucco-dentaires spécifiques ou spécialisés parce qu'un savoir-faire ou une infrastructure particuliers s'imposent, il sera néanmoins, dans la mesure du possible, réorienté vers des soins réguliers par la suite. Une « politique de tressage » peut éventuellement être appliquée (faire traiter/suivre un patient en alternance par un dentiste traitant/un centre, en fonction de la nature du traitement ou comme transition vers la reprise complète par le dentiste traitant).

Lorsque la personne à besoins particuliers a son propre dentiste traitant, le dentiste traitant sera contacté en première instance pour dispenser des soins bucco-dentaires professionnels. Si le dentiste traitant dispose du savoir-faire suffisant et de l'infrastructure appropriée, il reprendra les soins et les suivra. Si tel n'est pas le cas, le dentiste traitant peut contacter la cellule de coordination.

Si la personne à besoins particuliers séjourne dans une institution, le dentiste conseil est responsable du transfert de la demande de soins. Le dentiste conseil oriente le patient vers un dentiste traitant qui peut se charger des soins ou vers des soins spécifiques ou spécialisés si un savoir-faire ou une infrastructure particuliers sont requis.

Rôle des acteurs essentiels au sein du réseau de soins :

DENTISTE TRAITANT

Le dentiste traitant joue un rôle crucial au sein du réseau de soins. Les soins doivent être dispensés autant que possible par le dentiste traitant. Celui-ci exerce dès lors une fonction de coordination dans ce sens où il/elle est responsable de la communication avec les dispensateurs de soins qui assurent les soins quotidiens de même que du suivi scrupuleux du patient.

DENTISTE CONSEIL (DC)

Le DC est un dentiste qui, au sein d'une institution pour personnes à besoins particuliers, est associé à un DCC (dentiste conseil coordinateur). Le DCC est responsable de la politique relative aux soins bucco-dentaires au niveau d'une institution.

Les fonctions du DC sont les suivantes :

- Soutien du personnel soignant/infirmier concernant les soins bucco-dentaires quotidiens
- Suivi de la santé bucco-dentaire des résidents de l'institution. *Comment se déroulent les soins bucco-dentaires quotidiens ? Besoin en soins bucco-dentaires professionnels ?*
- Estimer le besoin en soins d'un résident individuel et organisation de soins concrets
- Soutien du DCC/médecin de l'institution/médecin responsable pour l'établissement d'une politique qualitative en matière de soins bucco-dentaires au sein de l'institution
- Soutien du DCC/médecin de l'institution/médecin responsable auprès de l'organisation et réalisation d'une formation du personnel soignant/infirmier concernant les soins bucco-dentaires quotidiens (hygiène bucco-dentaire, alimentation,...)

Fonctions de la CELLULE DE COORDINATION

- Proposition de dispensateurs de soins appropriés
La cellule de coordination a vue sur les dispensateurs de soins professionnels, leur savoir-faire, l'endroit où ils se situent, leur disponibilité, les coordonnées de contact, etc. La cellule de coordination peut ainsi orienter les gens éprouvant une demande de soins vers des dispensateurs de soins en mesure de répondre à un besoin spécifique.
Cette orientation peut porter sur des soins non seulement réguliers, mais également spécifiques et spécialisés. Au besoin, la cellule de coordination joue également un rôle de soutien dans le cadre des contacts entre les soins réguliers, spécifiques et spécialisés.
- Remise d'un avis
Si un dentiste peut uniquement dispenser les soins bucco-dentaires requis s'il/si elle dispose d'informations complémentaires, il incombe à la cellule de coordination de mettre ce dentiste en contact avec une personne apte à formuler l'avis.
- coordination du transport de personnes à besoins particuliers

Si une personne à besoins particuliers ne peut pas être transportée du fait de restrictions physiques, mentales ou pratiques, il peut être fait appel à des personnes et à un appareil qui se déplacent jusque chez le patient. La cellule de coordination est responsable de la gestion et de l'organisation logistique d'instruments spécifiques, d'appareillages mobiles, d'unités mobiles, de cabinets mobiles (camion),...

- Canaliser la communication entre toutes les personnes qui sont impliquées dans le réseau de soins, plus particulièrement le soutien de l'interaction entre les soins réguliers, spécifiques et spécialisés

CENTRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES

1. Offrir des soins spécialisés :

- Soins pour lesquels un savoir-faire particulier est requis
- Soins pour lesquels une infrastructure spécifique est requise (p.ex. possibilité d'anesthésie générale)
- Possibilité d'hospitalisation
- Possibilité d'admission en cas de complications postopératoires

2. Soutien de dentistes grâce à

- la mise à disposition d'un savoir-faire, à la fourniture d'informations grâce auxquelles le dentiste lui-même peut continuer à traiter/suivre la personne à besoins particuliers ;
- la « politique de tressage ».

Rôle de la PERSONNE DE RÉFÉRENCE EN SOINS BUCCO-DENTAIRES^C

La Personne de Référence en Soins bucco-dentaires est une personne qui contribue à assurer les soins quotidiens de personnes admises au sein d'une institution, mais qui dispose en outre du savoir-faire complémentaire et du temps pour s'axer sur la santé bucco-dentaire des résidents.

- Fonctions :
 - Coordination et soutien des soins bucco-dentaires quotidiens de résidents d'une institution
 - Contacter le DC en cas de demande de soins professionnels ou de présomption de demande de soins d'un résident déterminé
 - Effectuer le suivi d'initiatives relatives à des soins bucco-dentaires au sein de l'institution, en collaboration avec le DC
 - Établir des rapports concernant des initiatives et les résidents. Il peut également s'agir d'un moyen de contrôle au cas où la personne de référence en soins bucco-dentaires perçoit une indemnité complémentaire pour cette fonction.
- Profil
 - Infirmier/ère
 - Assistant(e) en soins bucco-dentaires

INCITANTS FINANCIERS

Pour le dentiste attitré

- ajoute d'un code déterminé dans le cas d'une prestation spécifique afin d'indiquer qu'il s'agit d'une personne à besoins particuliers. La rémunération complémentaire qui est associée au code devrait cependant dépendre du type de prestation (p.ex. consultation ≠ plombage)
- Nomenclature spécifique pour des prestations standards qui, dans le cas de personnes à besoins particuliers, doivent être exécutées plus fréquemment par rapport à ce qui est actuellement prévu

Pour les dentistes qui fournissent des soins spécifiques :

- ajoute d'un code déterminé dans le cas d'une prestation spécifique afin d'indiquer qu'il s'agit d'une personne à besoins particuliers. La rémunération complémentaire qui est associée au code devrait cependant dépendre du type de prestation (p.ex. consultation ≠ plombage)
- Nomenclature spécifique pour des prestations standards qui, dans le cas de personnes à besoins particuliers, doivent être exécutées plus fréquemment par rapport à ce qui est actuellement prévu

Pour les centres de soins bucco-dentaires

- ajoute d'un code déterminé dans le cas d'une prestation spécifique afin d'indiquer qu'il s'agit d'une personne à besoins particuliers. La rémunération complémentaire qui est associée au code devrait cependant dépendre du type de prestation (p.ex. consultation ≠ plombage)
- Nomenclature spécifique pour des prestations standards qui, dans le cas de personnes à besoins particuliers, doivent être exécutées plus fréquemment par rapport à ce qui est actuellement prévu
- Financement pour la fourniture de conseils aux dentistes
- Financement pour certains actes (p.ex. anesthésie, contrôle de paramètres vitaux)
- Financement en vue de l'établissement de plans de traitement à la demande des dentistes qui orientent leurs patients

Fonctions complémentaires pour lesquelles un financement doit être prévu :

- cellule de coordination
- personne de référence en soins bucco-dentaires°
- tâche complémentaire en matière de soins bucco-dentaires pour infirmier à domicile
◦
- dentiste conseiller

- financement par personne à besoins particuliers dont il a la garde (forfait/tête)
- forfait pour le traitement du dossier de demande en vue d'accorder un code aux patients afin d'avoir accès au remboursement de suppléments pour des prestations en faveur de personnes à besoins particuliers

° en cas de personne de référence en soins bucco-dentaires et d'infirmier à domicile, la tâche des soins bucco-dentaires peut être ajoutée aux tâches existantes à condition d'y associer un incitant financier.

CRITERES DEVANT ETRE DETERMINES

Critères pour la facturation d'un supplément de prestation

Les critères en vue d'autoriser la facturation d'un supplément dans le cas de prestations déterminées seraient de préférence basés sur des échelles de soins accordées. Pour les personnes qui ne sont pas reprises sur ces échelles, un dentiste conseiller peut introduire une demande auprès des instances compétentes pour quand même pouvoir facturer un supplément pour soins bucco-dentaires.

Critères pour la transportabilité de personnes à besoins particuliers :

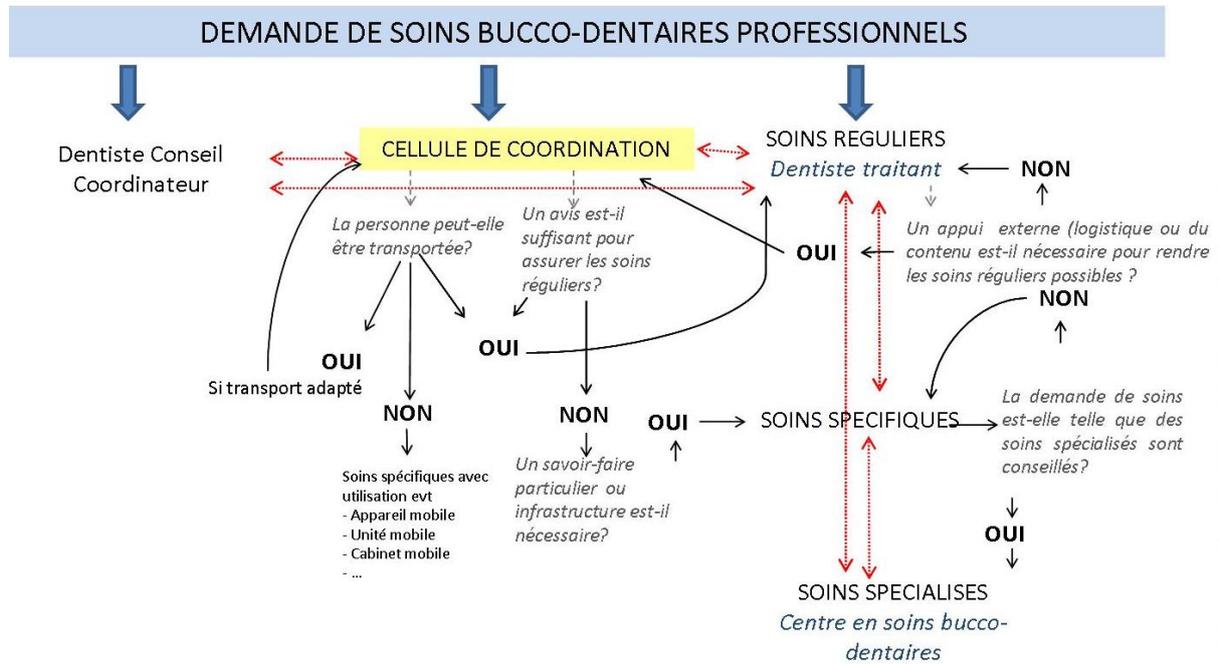
Les critères en matière de transportabilité sont difficiles à fixer concrètement. Il s'agit de personnes qui, pour des raisons physiques, psychologiques ou pratiques, ne peuvent pas être transportées. La décision relative à la transportabilité devrait être motivée par le médecin concerné de l'institution, en accord avec le DC. La motivation à la base de cette décision devait être notée sur un formulaire de demande officiel de remboursement des prestations au moyen d'une infrastructure mobile.

IDEES / REMARQUES

Si le patient n'a pas de dentiste attiré, la personne en question (ou la personne de son entourage qui apporte son aide, l'infirmier à domicile ou la personne de référence en soins bucco-dentaires) doit avoir la possibilité de faire appel à une base de données de dentistes traitants à proximité qui soient disposés à soigner des personnes à besoins particuliers. Cela peut, par exemple, se faire sur la base d'un site internet (tel que www.zorgverstrekker.be ou handiaccess en français).

Il se peut que le bât blesse sur le plan de la transportabilité des personnes. L'idéal est, dans la mesure du possible, de transporter les patients vers un environnement de cabinet. Mais il subsistera des personnes qui ne sont pas transportables / sont très difficilement transportables. Si l'on peut pallier ce problème en utilisant des unités /cabinets mobiles, il y aura probablement d'autres personnes au sein des institutions qui devront également être soignées à ce moment-là. Ainsi se créeront, indubitablement, parallèlement au réseau de soins proposé, des systèmes qui offriront une solution réalisable dans une situation nettement définie. Le réseau de soins doit veiller à optimiser les systèmes inefficaces existants, tout en intégrant des systèmes parallèles de qualité.

Annexe 3: Flux de la demande en soins professionnels au travers du réseau de soins bucco-dentaires



Annexe 4: Nombre de Centres de Soins bucco-dentaires sur la base d'expériences issues de l'étranger

Nombre de Centre de soins bucco-dentaires : expérience à l'étranger

Visite du 'Réseau Handident', Hagenau (France) - 20 octobre 2011

Sur invitation du Prof Marie-Cécile Manière (Strasbourg)

Situation:

- Initiative du conseil de la santé d'Alsace (2 millions d'habitants), organisation qui répertorie les besoins de santé dans la région et formule des initiatives .
- L'initiatrice est Sylvie Albecker. Une dentiste qui siège dans le Conseil de la santé (son mari est directeur d'une maison de repos)
- Il a fallu 5 ans de préparation

Concept:

- Un réseau développé dans lequel il y a 40 dentistes repris , en réalité il y a 20 dentistes actifs. *(Note: avec ce nombre , la demande est bien couverte; ils cherchent encore quelques intéressés dans les régions adjacentes)*
- Ces dentistes déclarent qu'ils sont prêts à recevoir ces patients dans leur cabinet. *(Note: Dispatching via Centre Handident, il est essentiel que ce soit un dentiste expérimenté qui peut cerner la demande de soins et l'organiser de manière adéquate.)*
- Ils peuvent toujours contacter le centre Handident pour demander une aide. Ceci comprend un avis (aussi bien téléphonique que sur place , éventuellement avec le patient). *(Note: cette tâche est assurée par la coordinatrice)*
- Si le traitement n'est pas possible en cabinet, le patient peut-être référé au centre Handident . Il y a la sédation IV disponible. MEOPA est très peu utilisé. Pour les interventions sous anesthésie générale , les patients sont aiguillés à la partie centrale de l'hôpital.
- *(Note: La coordinatrice et les autres dentistes ont peu d'expérience avec le MEOPA raison principale de l'utilisation sporadique .De plus , de l'entretien , il découlait qu'ils trouvaient la sédation IV plus facile (réussit toujours)., on peut faire plus en une seule séance , c'est rentable plusieurs prestations différentes en 30 minutes et de plus une mini journée d'hospitalisation ne peut être facturée que pour la sédation IV et non pas pour le gaz hilarant...(donc plus favorable aussi pour les hôpitaux).*
- Le suivi se fait dans les cabinets périphériques.
- A côté de cela , ils vont dans les institutions pour les examens de bouche et la maintenance des soins dentaires de base
- Une cellule scientifique surveille le fonctionnement, surtout pour le contenu. *(Note: ceci est un point faible . La qualité du travail est variable ; surtout axée sur le soulagement de la douleur, la rapidité...)*

Centre:

- Nouvelle construction qui a été annexée à un hôpital existant (St Joseph), où les interventions sous anesthésie générale se font le plus fréquemment en clinique de jour mais quelques lits sont prévus pour la nuit
- *(Note: ceci rend la prise en charge possible si le patient récupère moins vite ou pose problème; le patient peut aussi être pris en charge la nuit- le coordinateur est alors appelé; seulement 2 fois sur 2 ans ½ d'activité).*
- Prévoir les possibilités de parking pour les patients en chaise roulante.
- Tous les espaces sont clairs, bien éclairés, prévus de grandes fenêtres à plusieurs endroits .
- Comprend:
 - Accueil avec comptoir et secrétariat avec vue sur la salle d'attente.
 - Sanitaires adaptés pour le groupe-cible
 - Local de consultation pour anesthésie (les patients sont vus là par l'anesthésiste pour l'intervention planifiée). L'anesthésiste est présent sur place 2 demi-jours.
(Note: Ceci était un compromis avec l' anesthésiste. Ils voient les patients prévus pour la sédation IV les mêmes demi-jours . Ils lancent la sédation , l'infirmière de salle d'opération reste présente pour les sédations IV pendant la procédure et rappelle l'anesthésiste si nécessaire).
 - Bureau pour le coordinateur.
 - Espace de consultation utilisé pour les avis, examens de bouche, contrôles postopératoires,...
 - Espaces pour les interventions, organisés en mini salle d'opération. Sont prévus :Aspiration, oxygène, monitoring... Disponibilité de gaz hilarant . Ici se font les interventions sous sédation IV. Ici se trouve aussi un appareil RX mobile . Il n'y a pas de RX panoramique ..
 - Salle de réveil (3 lits), les accompagnants peuvent rester près du patient. Juste à côté de la salle d'opération.
 - Espace pour patient difficile (1 lit et murs capitonnés)
(Note:n'a jamais été utilisé).
 - Surveillance des infirmiers , avec fenêtre pour contrôler
 - Poste de matériel : matériel utilisé
 - Poste de matériel (local séparé):matériel désinfecté/stérile
(Note: nettoyage sur place , la stérilisation se fait à l'hôpital central)
 - Local de stockage
 - Local pour le personnel avec sanitaires séparés
 - Salle de réunion (capacité 30 personnes)
(Note: est utilisé aussi pour d'autres services)
- A côté de cela, les facilités de la clinique de jour sont utilisées:
 - Salle d'opération pour narcodontie (1/2 jour)
 - Stérilisation centrale

- Fonction de garde en cas de problèmes en dehors des heures de travail

Personnel:

- Fonction de direction: Sylvie Albecker; elle est détachée du Conseil de la santé . Ce n'est pas précis de savoir le temps qu'elle est présente au Centre. Elle gère les contacts avec le Conseil de la santé et la direction de la clinique de jour ; elle fait le suivi financier (investissement et fonctionnement).

- Coordinateur du Centre Handident: BéatriceX?. Dentiste ayant une grande expérience dans le secteur .Temps plein.

(Note: ce doit être obligatoirement un(e) dentiste avec expérience, ne peut se faire pas le secrétariat)

- Secrétariat: fonction temps plein
- Assistante dentaire: temps plein
- Infirmier de salle d'opération: 2 demi-jours
- Anesthésiste: 2 demi-jours

- Dentistes: team de dentistes qui viennent au centre pour réaliser les soins aussi bien pour sédation sous IV que les interventions sous anesthésie.

les dentistes sont recrutés en fonction de leur disposition et participation. Ils doivent s'inscrire par année (50 EUR).Ils s'engagent de suivre régulièrement les formations qui leur sont proposées (1x/mois).

Le dentiste est responsable du traitement. *(Note: En fait c'est une équipe de 5 dentistes qui réalisent les soins. A cela s'ajoute quelques dentistes qui viennent occasionnellement avec un patient. Le fait que les praticiens changent est un point qui demande un supplément d'énergie . Un certain contrôle sur la qualité du travail fourni manque totalement...Il était question d'endo sans mensuration , l'esthétique n'est pas si importante , les molaires sont très vite extraites , détartrage en 5 minutes...etc)*

Indemnités:

- Le dentiste est payé sur base des prestations fournies; comme dentiste inscrit , il peut compter un 'supplément' (via la sécurité sociale).

(Note: quel était le supplément n'était pas clair, il semble changer en fonction du traitement)

- Le Centre facture une mini journée d'hospitalisation (+/- 1000 EUR).
- En plus l'honoraire de l'anesthésiste.

Remarques:

- Ils travaillent beaucoup avec la sédation IV . Le patient se tient assis (risque de fausse déglutition . Ils utilisent du propofol, titré. Ils travaillent chaque fois que 30 minutes maximum; sur ce temps une sanification complète est réalisée (obturations extractions, détartrage). Une anesthésie locale est toujours faite .
- Il est évident que toute la capacité n'est pas utilisée à l'heure actuelle
- La liste d'attente pour la sédation IV est de 6 semaines

Dominique Declerck, 21 octobre 2011

Annexe 5: Effectifs en personnel d'un Centre de Soins bucco-dentaires sur la base d'expériences issues de l'étranger

Effectif de personnel : expérience à l'étranger

Visite oral health care center Aalborg Denemarken –11 septembre 2012

Présents: Lene Vilstrup (chief dental officer Denemarken, Danish national board of health), Gerd Bangsbo (directeur du centre), Line Hartmann (responsable pour les soins bucco-dentaires gériatriques), Maiken Bagger (responsable pour les soins bucco-dentaires pour les personnes limitées) Dominique Declerck, Stefaan Hanson, Joke Duyck

Le Danemark (5,5 millions d'habitants) est divisée en 5 régions et 98 communes

Au Danemark, les soins dentaires pour les enfants entre 0 et 18 ans est depuis 1972 à charge du service public .Les enfants jusque 10 ans doivent être accompagnés d'un parent ensuite les rendez-vous peuvent être organisés via l'école. Jusque 16 ans , les soins bucco-dentaires sont uniquement gratuits dans les centres de soins dentaires communaux. On est libre de se rendre dans une pratique privée, mais le patient doit prendre 35% des frais à sa charge . (ce qui est fait seulement par 0,4% des patients). Uniquement quand il n'y a pas de centre de soins bucco-dentaires dans la commune, il y a un accord conclu avec les cabinets dentaires privés pour les patients soient traités gratuitement dans ces cabinets . Pour faciliter le passage vers le cabinet privé, les jeunes de 16-17 peuvent choisir si ils se font traiter ou suivre dans le centre de soins dentaires communal ou dans le cabinet privé. Le coût total (personnel, infrastructure , cout de matériel ,etc.) revient à 200 euros par an.

A partir de 18 ans , les patients sont référés en pratique privée et l'intervention pour les soins est très limitée.

Les personnes limitées physiquement ou mentalement peuvent se rendre dans les centres communaux pour leur traitement sans limite d'âge. Cette même mesure est d'application pour les patients ayant une problématique particulière tels les patients souffrant d'un cancer, avec un syndrome de Sjögren et les maladies rares).Les pathologies de ces patients doivent être confirmées dans le centre de soins bucco-dentaire communal. Si c'est effectivement confirmé, ces personnes peuvent aller se rendre dans les Centres bucco-dentaires communaux. Le patient paye une participation mensuelle de 20 euros alors que le coût pour la commune est de 600 euros par an.

Les centres de soins bucco-dentaires communaux font le suivi intégral et le traitement chez les patients. On ne réfère donc pas le patient à partir du cabinet privé .

Quand les personnes âgées sont reprises comme dépendantes par les dispensateurs de soins primaires (infirmiers, aides-soignants qui s'occupent des soins journaliers) peuvent aussi faire appel aux centres de soins bucco-dentaires. Dans ce cas , la participation du patient est de 7,5 euros/mois alors que le coût annuel pour la commune est de 540 euros .

Les soins dentaires pour ces personnes dépendantes de soins peut être à domicile ou dans le centre. Le soins à domicile consiste essentiellement au diagnostic et soins simples. Ils disposent pour cela d'une valise avec du matériel de base et un micromoteur. Les patients sont amenés de préférence dans le centre de soins bucco-dentaires pour les soins curatifs , ce qui ne crée habituellement aucun problème car les transports sont bien organisés

Instances qui dispensent les soins bucco-dentaires:

- Les Centres de soins bucco-dentaires. Ce sont des centres de soins bucco-dentaires où les enfants, les personnes limitées et les personnes âgées fragilisées peuvent se rendre pour leur traitement . Le service public national a quelques exigences. Les communes ont cependant assez bien de liberté pour organiser les Centres de soins bucco-dentaires.
- Le Centres de soins bucco-dentaires varient en taille. Certains dispensent surtout les soins réguliers (habituels) alors que d'autres dispensent des soins plus spécialisés (par ex ; anesthésie générale)
- L'orthodontie n'est dispensée que si cela semble vraiment nécessaire. (dans+/-25% des cas).Si les parents souhaitent un traitement orthodontique pour raisons esthétiques , ils sont référés en pratique privée.

Ce système fut créé en 1913 suite au besoins de soins bucco-dentaires pour les enfants afin que les problèmes oraux ne pouvaient être une cause de l'absentéisme scolaire.

Les centres de soins bucco-dentaires régionaux sont des centres spécialisés où les patients peuvent se rendre pour des thérapeutiques complexes. Ces soins sont également gratuits.

Dans 6 hôpitaux reconnus au Danemark , il existe un service de chirurgie maxillo-faciale où les patients peuvent également se rendre pour des soins spécialisés.

Dispensateurs de soins concernés par les soins bucco-dentaires

- Dentistes ,aidés par les assistantes dentaires
- Les hygiénistes bucco-dentaires . Ils peuvent réaliser les anesthésie locale par infiltration sur prescription du dentiste , détartrage, prise d’empreinte, examen de bouche, instruction d’hygiène bucco-dentaire.
- Les dentistes et les hygiénistes s’occupent de la communication avec le personnel soignant qui assurent les soins bucco-dentaires quotidiens . Ils les aident à la maintenance des soins quotidiens.

Chiffres pour le centre de soins bucco-dentaires à Aalborg

- Aalborg compte 200.000 habitants dont 40.000 enfants, 600 personnes limitées et 1500 personnes âgées fragilisées qui utilisent les soins dentaires publics.
- Le centre compte 20 dentistes, 9 hygiénistes , 48 assistantes dentaires ,3 techniciens dentaires et du personnel aidant complémentaire .
- Le coût total du bâtiment du centre était de 3 million d’Euros.
- A Aalborg il y a 10 centres de soins bucco-dentaires et 1 centre de soins bucco-dentaires spécialisés.
- Il y a un dentiste par 2000 enfants, 0,5 hygiéniste et 2,4 assistantes dentaires
- Toutes les données des enfants sont conservées électroniquement.

Effectif de personnel dans les centres de soins bucco-dentaires:

Effectif de personnel par 1000 patients (en ETP)	Personnes âgées fragilisées	Personnes limitées
Administration	1	1
Dentiste	1,75	2,8
Assistant dentaire	4	6
Assitant en soins bucco-dentaires	0,9	1,5
Technicien dentaire		0,7

Coût des soins de santé dentaire au Danemark:

Public oral health programmes	1.809.000.000 kr.	258.428.571 Euros
Subsidy to oral health care for adults	1.236.000.000 kr.	176.571.429 Euros
Out of pocket for oral health care for adults	5.364.000.000 kr.	766.285.714 Euros
Total	8.409.000.000 kr.	1.201.000.000 Euros

Annexe 6A: Accessibilité des cabinets dentaires

Conseils pour rendre le cabinet dentaire plus accessible

- L'entrée est sans seuil (maximum 2 cm)
- De petites différences de niveau (jusqu'à 18cm) sont compensées par une pente, de plus grandes différences par combinaison d'une marche ou pente et lift.
- L'embrasure de la porte mesure min 90 cm
- Prévoir un espace minimum de diamètre d' 1m50
- Prévoir toutes les informations en grandes lettres
- Mettre le plus possible tout plus bas, prévoir des rampes et poignées
- Prévoir assez d'espace dans la salle d'attente
- Toilette adaptée : espace minimal de 1.65m sur 2.20m

Principaux points importants

- Eclairage suffisant et régulier
- Signalisation suffisante, pictogrammes
- En plus du téléphone communiquer par fax, gsm et e-mail

Communication

- Eviter du bruit de fond pour les malentendants
- Parler clairement et calmement, utiliser un langage simple, des phrases courtes
- Se présenter quand on reçoit un aveugle ou malvoyant
- Être prêt à donner de plus amples informations ou même les écrire
- Donner une information claire de l'accessibilité de votre cabinet
- S'adresser directement à la personne et pas rien qu'à l'accompagnant

Toegankelijkheid van medische praktijken



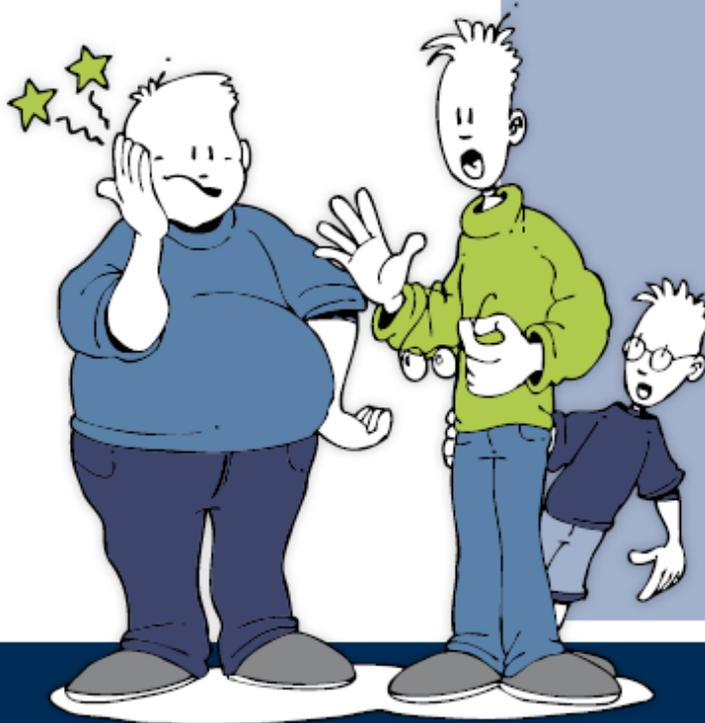
Dit wenkenblad is een leidraad om de toegankelijkheid van medische praktijken te verhogen.

Het geeft ontwerpers en bouwheren zoals huisartsen, kinesitherapeuten, tandartsen, specialisten,... een aantal tips om hun praktijk bereikbaar en bruikbaar te maken voor iedereen.

Iedereen moet wel eens op medische controle. Ook personen met een beperking, ouderen, ouders met kinderen of mensen met een tijdelijke beperking zoals een gebroken been moeten er gemakkelijk binnen kunnen en van de voorzieningen gebruik kunnen maken. Het is daarom niet meer dan vanzelfsprekend dat medische praktijken toegankelijk zijn.

Toegankelijkheid gaat verder dan de fysieke toegankelijkheid van het gebouw (de wachtzaal, de praktijkruimte,...). Ook een goede communicatie en dienstverlening zijn onontbeerlijk.

Door de medische praktijk toegankelijk te maken, verhoogt het comfort, de veiligheid, de kwaliteit van de dienstverlening én de tevredenheid van de cliënten.



Parkeerplaatsen

- Min. 1 parkeerplaats is aangepast en voorbehouden voor personen met een beperking.
- Deze parkeerplaatsen zijn min. 3,50 m breed en 5 m lang (6 m lang als de auto's achter elkaar geparkeerd worden) en liggen zo dicht mogelijk bij de toegang tot het gebouw (bij voorkeur niet verder dan 25 m).
- Ze worden duidelijk gesignaleerd (gemarkeerde randen en een officieel bord).
- Het parkeervak heeft een dwarshelling van max. 2% en heeft een rolstoelvaste ondergrond (effen, aaneengesloten en stroef).
- Is er geen eigen parkeervoorziening, dan kan in samenspraak met de bevoegde instanties gezocht worden naar een oplossing op het openbaar domein.

Toegangspad

- Het toegangspad is rolstoelvast en min. 1,50 m breed (ter hoogte van obstakels min. 90 cm).
- Luifels en overhangend groen hangen niet lager dan 2,30 m.
- Het toegangspad is steeds goed verlicht.
- Aansluitende paden, voetpaden en trottoirafritten zijn goed bereikbaar en voldoende verlicht.
- Er is steeds een pad voorzien dat vanaf de parkeervoorziening, de fietsenstalling en het openbaar domein leidt naar de toegang tot het gebouw.

Toegang

- De toegang is goed zichtbaar (signalisatie, vormgeving, kleurgebruik, tactiele en visuele contrasten,...).
- De toegang is drempelvrij. Een niveaoverschil tot max. 2 cm is toegelaten.
- De vrije doorgangsbreedte van de deur bedraagt min. 90 cm.
- Er is voldoende vrije ruimte voor en achter de deur (min. 1,50 m diameter) om met een rolstoel te kunnen manoeuvreren. Aan de zijde van de deurkruk is er een opstelruimte van min. 50 cm voorzien.
- Glazen deuren zijn voorzien van een contrasterende kleurmarkering op drie hoogtes.
- In een tochtsas of hal kan een draaicirkel van 1,50 m gemaakt worden.
- Matten liggen best verzonken in de vloer.
- Bel en parlofoon geven bij opname ook een visueel signaal. De bediening ervan bevindt zich op een hoogte tussen 90 cm en 1,20 m. Een visueel signaal (groen licht) én een auditief signaal bevestigen dat de deur ontgrendeld is.
- Breng aan de buitenzijde van de toegang een informatiebord aan met de gegevens van de praktijk (contactgegevens, spreekuren,...). Deze gegevens zijn aangebracht in contrasterende kleuren en met voldoende grote, schreefloze letters.



Balie en ontvangst

- De route naar de balie volgt een logische weg, is obstakelvrij en aangegeven met visuele (kleurpatroon of lijn in de vloer) en tactiele geleiding.
- De balie bestaat uit twee hoogten, zodat bezoekers zowel staand als zittend geholpen kunnen worden. Het verlaagde deel is onderrijdbaar (een vrije ruimte van 70 cm hoog, 60 cm diep en 90 cm breed). Als de balie aan een doorgangzone grenst, is het onderrijdbare deel aan de zijkant afgeschermd.
- Bij het verlaagde deel staat best een stoel voor personen die slecht te been zijn.
- Ter hoogte van de balie is een vrije draairuimte met een diameter van 1,50 m, zodat men met een rolstoel of kinderwagen gemakkelijk kan manoeuvreren.
- Het gedeelte waar bezoekers staand geholpen worden, is 1,10 m hoog.
- De balie is bij voorkeur open. Vermijd glas omwille van de reflectie.
- De bediening van de betaalmogelijkheid bevindt zich op een hoogte tussen 90 cm en 1,20 m.
- Accentverlichting boven de balie helpt bij de oriëntatie.

Circuleren in het gebouw

- Op de looproute worden drempels en obstakels steeds vermeden. Gangen en doorgangen zijn min. 1,50 m breed (ter hoogte van obstakels min. 90 cm).
- Kleine niveaoverschillen (tot 18 cm) zijn overbrugd door een helling. Grotere niveaoverschillen zijn overbrugd met een combinatie van een helling of trap en een lift. Hellingen en trappen zijn voorzien van een goed omgrijpbare dubbele leuning.
- De vrije doorgangsbreedte van deuren bedraagt min. 90 cm.
- Glazen binnendeuren en wanden zijn voorzien van een contrasterende kleurmarkering op drie hoogtes.

Wachtruimte

- Ter hoogte van de wachtruimte is voldoende circulatieruimte aanwezig.
- De zitplaatsen zijn gelegen buiten de looproute. Ook de kinderhoek of de tafel met tijdschriften belemmert de vrije doorgang niet.
- Er is minstens één vrije opstelruimte voorzien van min. 90 cm x 1,40 m voor een rolstoelgebruiker of kinderwagen.
- Informatiebrochures bevinden zich op een hoogte tussen 40 cm en 1,40 m. Bied eenzelfde brochure op verschillende hoogtes aan.
- Een systeem van volgnummers voor de oproep van de volgende patiënt geeft zowel een visueel als auditief signaal weer. Zo weten ook personen met een auditieve of visuele beperking wanneer ze aan de beurt zijn.
- Bij de wachtruimte ligt een aangepast toilet.

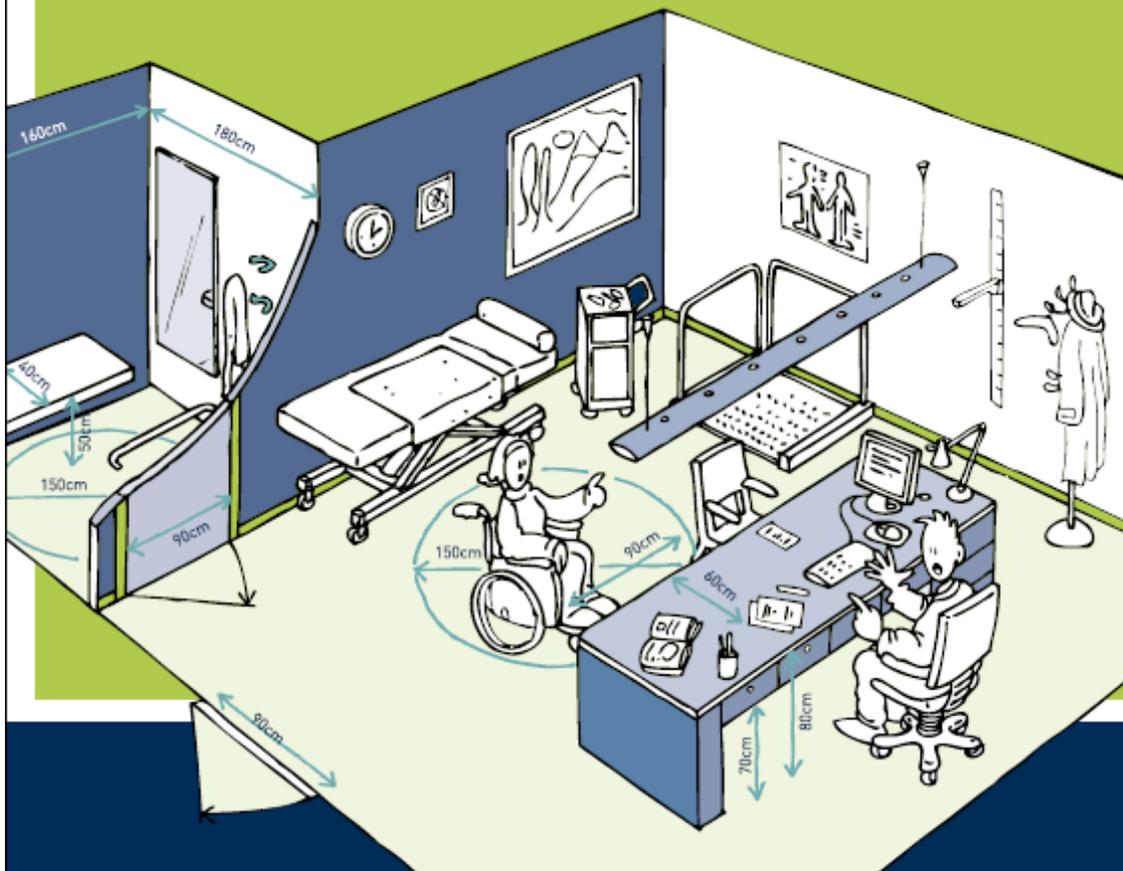


Praktijkruimte

- Vanuit de wachtruimte is een duidelijke looproute naar de praktijkruimte.
- De ruimte is voorzien van minstens één vrije en vlakke ruimte waar een rolstoelgebruiker een draaicirkel van 1,50 m kan maken. Voor elk toestel waar de patiënt gebruik van moet maken, is een draaicirkel aanwezig.
- Doorgangen tussen het meubilair en de medische toestellen zijn min. 90 cm breed. Houd daarbij rekening met de gebruiksruimte bij stoelen: doorgangen worden smaller als er mensen aan een bureau of tafel zitten.
- De ruimte onder het bureau is min. 70 cm hoog, 60 cm diep en 90 cm breed, zodat rolstoelgebruikers er plaats kunnen nemen. Stoelen zijn daarom ook makkelijk verplaatsbaar.
- Stoelen met armleuningen zijn comfortabel voor personen die moeite hebben met opstaan en gaan zitten.
- Medische toestellen dienen toegankelijk en bruikbaar te zijn voor iedereen. Rekening houdend met de technische vereisten van elk toestel zijn ze verrijdbaar en aanpasbaar (in de hoogte verstelbaar, wendbaar,...) volgens de behoefte van de patiënt.
- Hulpmiddelen (rolstoel, kruk, looprek,...) blijven in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt, zodat deze snel kunnen aangereikt worden.

Kleedruimte

- De oppervlakte van de ruimte is min. 1,60 m x 1,80 m. De deur draait naar buiten open. Een horizontaal geplaatste greep aan de binnenzijde van de deur vergemakkelijkt het dichttrekken.
- Een gordijn dat een kleedzone afschermt (in de praktijkruimte), is een goed alternatief voor de kleedruimte.
- In de kleedruimte of -zone is een zitelement voorzien met een minimale zitdiepte van 40 cm en een zithoogte van 50 cm.
- Kapstokken en kleeerhangers zijn voorzien op verschillende hoogtes, waaronder enkele op een hoogte van 1,20 m.



Aangepast toilet

- De toiletruimte is multifunctioneel en kan door iedereen gebruikt worden. In deze ruimte kan ook een opklapbare baby- of verzorgingstafel geplaatst worden.
- Een aangepast toilet is min. 1,65 m x 2,20 m of 1,90 m x 1,95 m groot. De deur draait naar buiten open, zodat ze niet geblokkeerd raakt bij een valpartij.
- Een horizontaal geplaatste greep aan de binnenzijde van de deur vergemakkelijkt het dichttrekken.
- De toestellen zijn zo geplaatst dat een vrije draaicirkel van 1,50 m mogelijk is. Naast de toiletpot is een vrije breedte van min. 90 cm en voor de toiletpot een vrije ruimte van min. 1,20 m om transfers te kunnen uitvoeren. De afstand tussen de rand van de toiletpot en de wastafel is min. 90 cm.
- Voorzie een vaste beugel tegen de wand en een opklapbare aan de open zijde.
- De wastafel is onderrijdbaar: een vrije ruimte van min. 70 cm hoog, 60 cm diep en 90 cm breed. De bovenrand van de wastafel bevindt zich op een hoogte tussen 80 en 90 cm.
- Maak gebruik van een éénhendel- of automatische kraan, een automatisch handdoekstelsysteem en een zeepdispenser.

Algemene aandachtspunten

- Voorzie een duidelijke signalisatie van alle ruimten: gebruik universele pictogrammen, voldoende grote, schreefloze letters en contrasterende kleuren.
- De kleuren van de wanden en het plafond contrasteren. Ook de kleur van de balie en het meubilair contrasteert met de omgeving.
- Personen met een allergie hebben behoefte aan stofvrije en onderhoudsvriendelijke materialen. Vermijd vast tapijt.
- Elke ruimte is voldoende en gelijkmatige verlicht, waarbij men rekening houdt met reflecties en hinderlijk tegenlicht. Vooral voor personen met een auditieve beperking, die communiceren door middel van liplezen, is dit zeer belangrijk.
- Een informatiebrochure over de praktijk in een groter lettertype is essentieel voor vele oudere en slechtziende personen. Voor blinde personen kunnen brochures of afspraakbriefjes in braille omgezet worden.
- De website is toegankelijk en draagt het AnySurfer-kwaliteitslabel. Contactgegevens, bereikbaarheid en praktische afspraken worden opgenomen.
- Naast het telefoonnummer worden ook het faxnummer, het e-mailadres en eventueel het gsm-nummer (voor sms) vermeld. Voor personen met een auditieve of communicatieve beperking is dit een belangrijk communicatiemiddel.



Communicatie en dienstverlening

- Vermijd tijdens het communiceren te veel achtergrondlawaai, zoals radio, airconditioning,... zodat een gesprek voor een slechthorende mogelijk is.
- Richt je vragen en opmerkingen rechtstreeks aan de persoon en niet (enkel) aan een begeleider of de tolk.
- Als je blinde of slechtziende cliënten ontvangt, stel je jezelf en je collega's voor. Geef ook aan als je naar een andere plaats gaat.
- Als men zich tot een persoon met een auditieve beperking richt, kan een aanraking duidelijk maken dat je een gesprek wil aangaan met deze persoon.
- Praat duidelijk en rustig, herhaal indien nodig en vraag of men je begrepen heeft.
- Wees bereid om belangrijke informatie aan te geven of om alles op te schrijven als men daarom vraagt. Dat kan ook door wat men wil zeggen in te geven op een computer en de cliënt te laten meelezen op het scherm.
- Geef duidelijke informatie over de toegankelijkheid van je praktijk en dienstverlening (vb. de aanwezigheid van een aangepast toilet, een ringleiding, informatie in grootletterschrift,...).
- Houd rekening met de volgende aandachtspunten:
 - Gebruik eenvoudige, directe taal, vermijd dialect.
 - Gebruik korte zinnen en vermijd abstracte begrippen.
 - Vermijd afkortingen en initialen.
 - Vermijd vaktaal of zorg voor een duidelijk alternatief in eenvoudige woorden.
- Blindengeleide- en assistentiehonden hebben toegang tot de praktijk.

Regelgeving

Medische praktijken worden beschouwd als publiek toegankelijke gebouwen. Ga je (ver)bouwen, dan dien je in Vlaanderen rekening te houden met de 'Gewestelijke Stedenbouwkundige Verordening van 5 juni 2009 inzake toegankelijkheid'.

Surf naar www.toegankelijkgebouw.be voor meer informatie over deze regelgeving. Je vindt er ook het 'Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen', werktools en heel wat tips voor het realiseren van toegankelijke gebouwen.

Databank Toegankelijk Vlaanderen

Wil je een toegankelijke praktijk vinden of wil je de toegankelijkheid van je praktijk beter kenbaar maken aan bezoekers, surf dan naar www.toegankelijkvlaanderen.be.

Praktische informatie

Dit wenkenblad is een publicatie van Enter vzw, in samenwerking met Toegankelijkheidsbureau vzw en met de steun van de Vlaamse Overheid, Gelijke Kansen in Vlaanderen.

Enter vzw

Belgiëplein 1 – 3510 Hasselt
Tel. 011 26 50 30 – Fax 011 87 41 39
info@entervzw.be
www.entervzw.be

Dit wenkenblad vermeldt een aantal basisrichtlijnen. Voor meer specifieke richtlijnen en advies op maat van uw project kunt u terecht bij de provinciale adviesbureaus toegankelijkheid:

Adviesbureau Toegankelijke Omgeving vzw (ATO)

Tel. 03 780 35 38 (Oost-Vlaanderen)
www.ato-vzw.be

Centrum voor Toegankelijkheid Provincie Antwerpen (CTPA)

Tel. 03 240 56 47 (Antwerpen)
www.provant.be/welzijn/toegankelijkheid

Toegankelijkheidsbureau vzw

Tel. 011 87 41 38 (Limburg)
Tel. 02 465 55 25 (Vlaams-Brabant)
Tel. 02 502 27 57 (Brussel)
www.toegankelijkheidsbureau.be

Westkans vzw

Tel. 050 40 73 73 (West-Vlaanderen)
www.westkans.be

U kunt dit wenkenblad ook aanvragen bij:

Gelijke Kansen in Vlaanderen

Vlaamse Overheid
Boudewijnlaan 30 – 1000 Brussel
Tel. 02 553 58 46 – Fax 02 553 51 38
gelijkekansen@vlaanderen.be



In dezelfde reeks zijn ook de volgende wenkenbladen verschenen:

Toegankelijkheid van...
appartementengebouwen, bankgebouwen, bibliotheken, cultuur- en gemeenschapscentra, gebeds- en bezinningshuizen, groengebieden, hogescholen en universiteiten, hotels, kantoren van vrije beroepen, publiek domein, restaurants en cafés, scholen, signalisatie en informatie in en rond het gebouw, sociale diensten, speeltuinen, sporthallen en zwembaden, stembureaus, studiedagen, voetbalstadions, voetpaden, winkels.

Annexe 7: Critères auxquels des alternatives doivent satisfaire = 5A

Critères auxquels les alternatives doivent satisfaire

<p>Availability of <i>disponibilité</i></p> <p>Les services et produits de santé existants répondent aux besoins des clients</p>	<p>Quels sont les types de services qui <u>existent</u> ? Quelles organisations proposent ces services ? Le personnel qualifié est-il suffisant ? Les produits et services offerts correspondent-ils aux besoins du groupe cible ? L'offre suffit-elle pour couvrir la demande ? Où faire en sorte que vos services soient disponibles ? (Utilisation d'un système de mappage). Quels fournisseurs mettent leurs services à disposition ? (utilisation d'une charte)</p>
<p>Accessibility ou <i>accessibilité</i></p> <p>L'endroit et le type de l'offre sont accessibles aux clients.</p>	<p>Quelle est la distance géographique entre les services et les domiciles des utilisateurs visés ? Par quels moyens de transport peut-on les atteindre ? Combien de temps faut-il ? Qu'en est-il de l'accessibilité financière et physique ?</p>
<p>Acceptability ou <i>acceptabilité</i></p> <p>Les caractéristiques des fournisseurs correspondent aux besoins des clients</p>	<p>Les informations, explications et traitements fournis tiennent-ils compte des concepts locaux en matière de maladie et des valeurs sociales locales ? Les patients se sentent-ils les bienvenus et ont-ils le sentiment que l'on se préoccupe d'eux ? Les patients ont-ils confiance dans la compétence et la personnalité des fournisseurs de soins de santé ? Qu'en est-il de l'acceptabilité mentale ?</p>
<p>Affordability ou <i>payabilité</i></p> <p>Les prix des services sont adaptés aux revenus et à la capacité de paiement des clients.</p>	<p>Quels sont les coûts directs des services et produits fournis par le biais des services ? Quels sont les coûts indirects en termes de transport, de temps perdu et de revenus, de pots-de vin et d'autres charges officieuses ?</p>
<p>Adequacy ou <i>adéquation</i></p> <p>L'organisation des soins de santé répond aux attentes des clients.</p>	<p>Comment les services sont-ils organisés ? La structure organisationnelle répond-elle aux attentes des clients ? Les heures d'ouverture correspondent-elles aux horaires des clients, par exemple à leur horaire de travail quotidien ? Les installations sont-elles propres et bien entretenues ?</p>

Annexe 8: Configurations d'alternatives potentielles

Configurations des alternatives possibles

1. Unité dentaire portable = équipement de base

- *Configuration minimale*

Unité mobile équipée de 1 électromoteur, avec compresseur interne
Appareil de nettoyage
Aspiration suffisamment puissante
Instruments : rotor à air, seringue, instruments manuels
Eclairage : lampe de tête
Petit matériel, y compris lampe de polymérisation et agitateur
Matériel informatique et logiciel
Moyen de transport : véhicule de type camionnette
PAS d'appareil à RX

- *Personnel* : dentiste + assistant en dentisterie
AVENIR : assistant en soins bucco-dentaires ????
- *Prix de revient total* : = transport
+ installation
+ utilisation et entretien des biens d'équipement
+ personnel
+ assurance transport, installation, biens d'équipement, personnel, ..
+ traitement des déchets avec autorisation
+ rétribution AFCN avec contrôle radiologie
+ technique dentaire
+ stérilisation
+ amortissement plus rapide = dommage
+ produits
- *Quels traitements* : soins de base
- *Quel groupe cible* : soins à domicile dans le cas de patients difficiles à déplacer
- *Avantages et inconvénients* : + : à domicile = flexibilité

- : nombre limité de traitements
Ergonomie du dentiste
Hygiène
Prix de revient
3 à 4 patients par demi-journée

2 . Cabinet dentaire mobile complètement équipé et déchargeable

- *Configuration* : équipement de base AVEC appareil de traitement portable
Chaises de dentiste
Eclairage sur pied
Appareil RX avec capteur CCD

le moyen de transport doit toutefois être plus spacieux
- *Personnel* : dentiste + assistant dentiste + assistant en soins bucco-dentaires
- *Prix de revient total* = transport
+ installation
+ utilisation et entretien des biens d'équipement
+ personnel
+ assurance transport, installation, biens d'équipement, personnel, ...
+ traitement des déchets avec autorisation
+ rétribution AFCN avec contrôle radiologie
+ technique dentaire
+ stérilisation
+ amortissement plus rapide = dommage
+ produits
- *Quels traitements* : tous les traitements dentaires
PAS d'orthodontie
PAS de prothèses fixes
PAS d'implants
PAS de blanchiment
- *Avantages et inconvénients*
- *Organisation* : le cabinet est aménagé sur site par semaine
Stérilisation centrale

3. Cabinet dentaire mobile et complètement équipé de manière fixe

A. Permis de conduire B – poids total max. 3.500 kg

- *Configuration* : idem point 2 AVEC hayon élévateur
chaise de traitement déplaçable

Moyen de transport de type Fiat Ducato

- *Prix de revient total* : = transport

- + installation
- + utilisation et entretien des biens d'équipement
- + personnel
- + assurance transport, installation, biens d'équipement, personnel, ...
- + traitement des déchets avec autorisation
- + rétribution AFCN avec contrôle radiologie
- + technique dentaire
- + stérilisation
- + amortissement plus rapide = dommage
- + produits

- *Quels traitements* : tous les traitements dentaires
 - PAS d'orthodontie
 - PAS de prothèses fixes
 - PAS d'implants
 - PAS de blanchiment
- *Avantages et inconvénients* : + : Bon équipement de dentisterie
 - Il est possible de traiter des patients tous les jours à un autre endroit
 - Hygiène
 - : Prix de revient à l'achat
 - Espace limité
 - Les patients doivent être amenés à l'extérieur
 - Parking

B. Permis de conduire C

- *Configuration* : idem point 2 AVEC hayon élévateur
 - chaise de traitement déplaçable
 - Moyen de transport : camion ou semi-remorque
- *Personnel*
- *Prix de revient total* : = transport
 - + installation
 - + utilisation et entretien des biens d'équipement
 - + personnel
 - + assurance transport, installation, biens d'équipement, personnel, ...
 - + traitement des déchets avec autorisation
 - + rétribution AFCN avec contrôle radiologie
 - + technique dentaire
 - + stérilisation
 - + amortissement plus rapide = dommage
 - + produits
- *Quels traitements* : tous les traitements dentaires

PAS d'orthodontie
PAS de prothèses fixes
PAS d'implants
PAS de blanchiment

- *Avantages et inconvénients* : + : Bon équipement de dentisterie
Il est possible de traiter des patients tous les jours à un autre endroit
Hygiène
Espace à profusion

- : Un permis de conduire C est nécessaire = chauffeur de camion
Prix de revient à l'achat
Les patients doivent être amenés à l'extérieur
Parking

4. Cabinet dentaire complètement équipé dans maison de repos ou institution

- *Configuration*
- *Personnel*
- *Prix de revient total*
- *Quels traitements*
- *Avantages et inconvénients* : combien de patients faut-il pour que le cabinet soit rentable ?

5. Appareillage de base, uniquement destiné à la prévention, présent dans une maison de repos ou une institution installation dans un local hygiénique

- *Configuration*
- *Personnel*
- *Prix de revient total*
- *Quels traitements*
- *Avantages et inconvénients*

6. Télédentisterie

- *Quoi ?*

La télédentisterie représente une évolution relativement récente. L'utilisation de l'Internet permet de renforcer l'accessibilité aux soins dentaires. Le dentiste peut ainsi poser un diagnostic, recommander des options de traitement et éventuellement orienter le patient vers un spécialiste. Un projet a été mis sur pied à l'université d'Arizona. Les résultats en ont été publiés en 2009 sous le titre 'Teledentistry in Arizona'

Entre-temps, la technologie a continué à évoluer.

- *Configuration*

L'utilisation d'un smartphone (minimum 5 millions de mégapixels), d'un observateur de bouche et d'un miroir peuvent suffire pour fournir des informations très appréciables.

- *Personnel*

En guise de moyen de communication entre les

Prix de revient total

- *Avantages et inconvénients* : qu'en est-il du respect de la vie privée ?
qu'en est-il de l'intimité ?
Qui peut orienter pour tel ou tel problème

Annexe 9: Analyse Coût-bénéfices

			Unité	Cabinet dentaire	Cabinet dentaire	Cabinet dentaire fixe
			dentaire	mobile, complètement	mobile, complètement	complètement équipé
			mobile	équipé et déchargeable	équipé, de manière	dans maison de repos
					fixe	ou institution
MATÉRIEL	Prix de revient	Durée				
	hors TVA	d'amortissement				
<i>équipement</i>						
compresseur sans huile avec séchoir	2000,00	5		2.000,00 €		2.000,00 €
unité mobile type Dentronics	14000,00	5	x	x		
unité mobile type Lysta	11803,00	5		x		
meuble mobile pour compresseur	400,00	5		400,00 €		
compresseur portable						
lampe d'opération	1900,00	5		1.900,00 €		
chaise de traitement électrique sur roues	6000,00	5		6.000,00 €		
chaise de traitement mobile et portable	1600,00	5				
appareil de traitement mobile type Medimove	3450,00	5		x		
petite chaise de dentiste/assistant	590,00			x	x	
unité d'aspiration type Catani	1600,00	5		1.600,00 €	1.600,00 €	
sac à coucher à mettre sous vide		5				
charrette	2000,00	5		2.000,00 €		
raccord rapide rotor à air	150,00	5		150,00 €		
moteur à air	500,00	5		500,00 €		
moteur d'aspiration	600,00					600,00 €
meublier cabinet (5 fixes -1 roulant)						
pièces à main et d'angle	4465,00		4465	4.465,00 €	4.465,00 €	4.465,00 €
pulvérisateur de poudre						
meubles mobiles à instruments	600,00	5		1.200,00 €		
<i>hygiène</i>						
stérilisateur classe B	6500,00	5				
stérilisateur classe	5000,00	5		5.000,00 €		
bain à ultrasons						
appareil d'entretien instr. rotatifs						
soudeuse pour sachets de stérilisation						
lampe de polymérisation	600,00	5		600,00 €		600,00 €
meuble lavabo mobile avec poubelle	3000,00	5				
malaxeur pour capsules	450,00	5		450,00 €		450,00 €
mélangeur automatique pour empreinte	700,00	5		700,00 €		700,00 €
		5				
<i>Petit matériel</i>						
instruments de base		1				
instruments paro		1				

ass. petit matériel et produits	12000,00				
trousse de secours		2			
imagerie					
ordinateur	2500,00			2.500,00 €	
logiciel					
appareil RX mobile	6000,00	5		6.000,00 €	
Rx portable type Rextar. avec CCD	11350,00		x		x
tablier en plomb	550,00				
capteur numérique				6.000,00 €	
2D pano					
3D pano					
caméra intra-orale				4.000,00 €	
MATÉRIEL					
MATÉRIEL ROULANT					
remorque	5000,00	5			
van	18000,00	5			
camionnette avec hayon élévateur	42000,00	5			
camion médical, permis de conduire B	130000,00	5			
camion médical, permis de conduire C	245000,00	5			
BIEN IMMEUBLE					
PERSONNEL *					
dentiste 1 ETP	79800,00				
assistant en dentisterie 1 ETP	40000,00				
ASSURANCES					
DIVERS					
entretien et réparations					
total :					

	<input type="text"/>	<input type="text"/>
prix de revient par personne par année CPH**	500 €	le patient paye 60€
prix de revient par personne par année Gerodent***	350 €	

* dépend fortement de l'ancienneté et du statut (résident - chef de clinique)

** Copenhague - combinaison de 4 systèmes (D-E-F-G)

*** Gerodent: uniquement D et E

Annexe 10: Contenu du site web

Titre du site internet: Etude de faisabilité Besoins particuliers

1 nom de domaine avec sélection de la langue NL/FR

specialdent.be

L'adresse électronique sera par conséquent info@specialdent.be

Ce site internet est un instrument de travail destiné à l'ensemble des collaborateurs de l'étude de faisabilité et sera uniquement accessible aux collaborateurs du projet.

Certaines parties de ce site internet pourront être rendues accessibles aux organisations de soins dans le cadre de contacts avec la cellule de coordination.

A l'issue de l'étude de faisabilité, ce site internet pourra servir de base en vue du développement ultérieur du site internet définitif de la Plateforme de soins bucco-dentaires.

Rubriques :

Page d'accueil : (partie accessible au public)

Annonce très succincte du Plan Global pour Soins bucco-dentaires et de l'Etude de Faisabilité (p.ex. un fichier pdf de la circulaire pourrait y être consulté) (introduction)

Coordonnées de la cellule de coordination : personnes de contact, numéros de téléphone, adresses électroniques,... et ce, pour les collaborateurs de l'étude de faisabilité qui ont des questions.

Logos des donneurs d'ordres, autorités de subventionnement
+ ici également, renvoyer à un lien avec les rapports de PBP1

Localisation à l'aide d'une carte des régions

A propos de : (partie accessible au public)

- Liste de noms et de coordonnées des membres de la Commission d'Avis (via un lien)
- Liste de noms et de coordonnées des responsables par région de soins bucco-dentaires de l'étude EFPB

Sensibilisation – enseignement : (partie accessible avec nom d'utilisateur)

- Dates des formations
- Documents pertinents, entre autres, directives, protocoles, fiches de travail, fichiers ppt, ...

Réseaux de soins bucco-dentaires : (partie accessible avec nom d'utilisateur)

- Par région, les organisations de soins qui participent activement avec coordonnées, personnes de contact,...

Collaborateurs : (partie accessible avec nom d'utilisateur)

- Coordonnées des MCC
- Coordonnées des dentistes-conseils coordinateurs responsables

- Coordonnées des dentistes réguliers ayant fait savoir qu'ils étaient disposés à collaborer

Centres de soins bucco-dentaires : (partie accessible avec nom d'utilisateur)

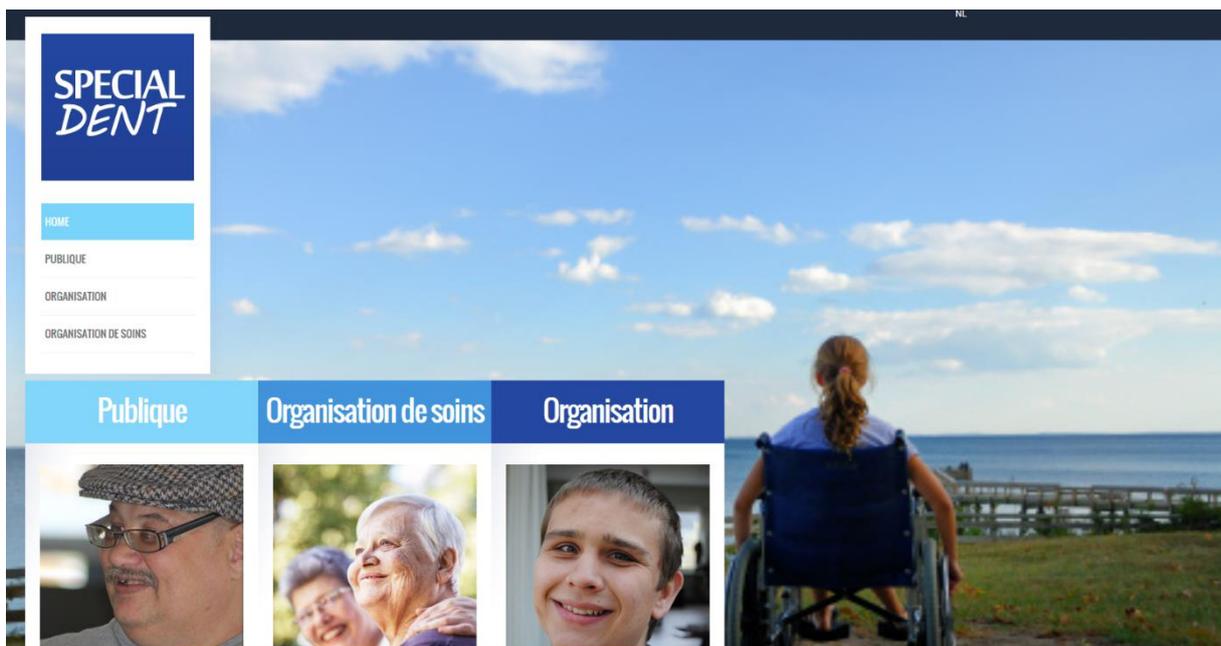
- Localisation
- Coordonnées du responsable principal, des dentistes, infirmiers, assistants en dentisterie

Questionnaires – formulaires :

- Serait-ce une bonne idée de rassembler des données par le biais de ce site internet ? En fait, les données sont introduites à l'aide d'un modèle (données des DCC, des dentistes réguliers, des centres de soins bucco-dentaires,...)

Transport (partie accessible au public)

- Volet informatif



Annexe 11: Réseaux de Soins bucco-dentaires

CAMPINE



GAND - L'OUEST FLANDRE



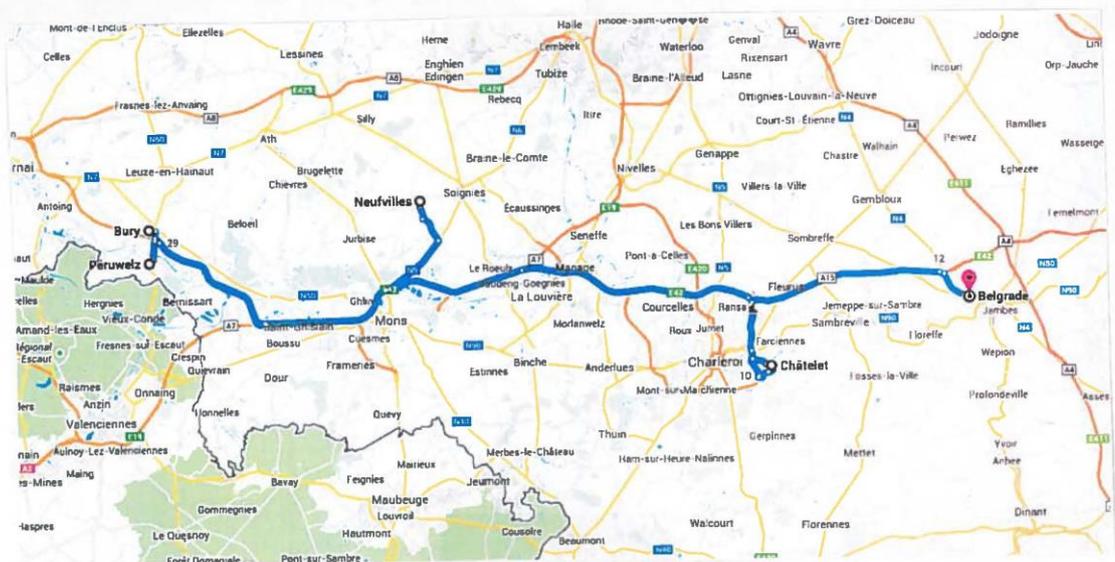
LOUVAIN - ZAVENTEM



BRUXELLES



HAINAUT



Annexe 12: Invitation de participation adressée aux organisations

Etude de Faisabilité Besoins particuliers
Avenue de la Liberté 61
1081 Bruxelles

Nom de l'organisation de soins
Rue + numéro
Commune + code postal

Date

Chère madame,
Cher Monsieur,

Les soins bucco-dentaires préventifs et curatifs sont essentiels pour la santé bucco-dentaire et la santé générale et, partant, pour le bien-être de tout individu, plus particulièrement des personnes dont vous assurez les soins quotidiens.

En 2010, à la demande de l'INAMI, la Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw (fédération des dentistes flamands) a mené, en collaboration avec les universités, une enquête nationale concernant la santé bucco-dentaire de personnes à besoins particuliers.

(<http://www.inami.be/information/fr/studies/study56/index.htm>). Cette enquête a clairement démontré que la santé bucco-dentaire de personnes limitées et de personnes âgées vulnérables présente des goulets d'étranglement à divers égards. La mission de suivi, dont vous pouvez lire le rapport intermédiaire sur le site <http://www.glimlachen.be/44676/hbn-nl.html> (nom d'utilisateur: hbn Mot de passe: hbnbis) concrétise les propositions visant à endiguer ces goulets d'étranglement. Sous peu, ces propositions seront contrôlées en termes de faisabilité par le biais d'une phase pilote sur le terrain et pour laquelle, par la présente, nous souhaitons faire appel à la collaboration de votre organisation de soins.

Pour la phase pilote, 5 zones géographiques (3 en Flandre, 1 à Bruxelles et 1 en Wallonie) ont été sélectionnées et votre organisation de soins fait partie d'une de ces régions (voir ci-dessous). Le but est, dans ces régions, de tester le réseau de soins bucco-dentaires présenté au sein duquel toutes les organisations de soins et tous les soignants concernés collaborent de manière multidisciplinaire afin de dispenser des soins bucco-dentaires irréprochables aux personnes à besoins particuliers qui le souhaitent.

Si, dans l'intérêt de la personne à besoins particuliers, vous trouvez judicieux de collaborer à cette phase pilote, nous vous saurions gré d'envoyer un courriel à l'assistant-coordonateur info@specialdent.be en indiquant les coordonnées de votre organisation de soins et le nom d'une personne de contact. Vous serez ensuite contacté(e) par téléphone et recevrez de plus amples informations. Ainsi pourrez-vous définitivement décider de collaborer ou non à la phase pilote qui se déroulera du 15 avril à juillet 2013. *Vu que le temps presse, nous vous prions de bien vouloir nous faire part de votre intérêt éventuel au plus tard le 1 mars 2013.*

Nous sommes conscients que les informations actuelles sont extrêmement succinctes et l'objectif de ce courrier vise à découvrir les organisations de soins qui, dans les régions concernées, attachent une attention particulière à la santé bucco-dentaire afin de pouvoir établir un planning plus détaillé.

En vous remerciant, nous vous prions, chère madame, cher monsieur, d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Stefaan Hanson
Coordinateur Projet Besoins particuliers
Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw
Avenue de la Liberté 61
1081 Bruxelles
02 413 00 14

P.S. : Les régions en Bruxelles sont, Haren – Evere – Schaerbeek – Anderlecht – La ville de Bruxelles, en Wallonie (Mons)

Annexe 13: Sondage des organisations

Madame, Monsieur,

Faisant suite au contact téléphonique que vous avez eu avec, nous vous envoyons par la présente, afin de préparer votre participation éventuelle à la phase pilote, le questionnaire qui nous permettra de nous faire une idée des soins que vous proposez actuellement à vos personnes à besoins particuliers (PBP). Si vous avez des questions à ce propos, il vous est loisible de me contacter.

Le responsable du projet pilote dans votre région (xxx) vous contactera également afin de discuter avec vous des réponses. Nous savons qu'il n'est pas aisé d'organiser et d'exécuter des soins bucco-dentaires au sein d'une organisation de soins. Par conséquent, n'hésitez pas à répondre le mieux possible aux questions afin que nous sachions clairement en quoi nous pouvons vous aider.

Ellen De Clerck, Assistant Coordinateur

02 413 00 14

ellen.de.clerck@vvt.be

Nom de l'organisation :

Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous quel type de soins vous offrez (séjour de jour, séjour complet, service-flat, centre d'hébergement et de soins, soins à domicile ou autres*) et pour quels profils de personnes à besoins particuliers (personnes atteintes de handicaps physiques et/ou mentaux, personnes âgées, personnes âgées fortement dépendantes de soins/lits MRS, autres*).

Le but est de compléter le **nombre de personnes** dans les petits cadres.

	Séjour de jour	Séjour complet	Service-flat	Centre d'hébergement et de soins	Soins à domicile	Autres
Personnes atteintes de handicaps physiques						

Personnes atteintes de handicaps mentaux						
Personnes âgées						
Personnes âgées fortement dépendantes de soins (lits MRS)						
Autres						

*Veuillez spécifier « autres ».

Les questions suivantes traitent des soins bucco-dentaires quotidiens au sein de l'organisation.

1. Soins bucco-dentaires quotidiens :

- la PBP en est elle-même responsable et les exécute personnellement
- la PBP exécute ses soins bucco-dentaires quotidiens et est aidée à cet effet par un infirmier/soignant/éducateur/aidant proche
- cela fait partie des soins quotidiens qui sont exécutés par l'infirmier/le soignant/l'éducateur/ l'intervenant de proximité

2. Au sein de votre organisation, utilisez-vous des protocoles reprenant les soins bucco-dentaires quotidiens (hygiène bucco-dentaire/alimentation) ? Dans l'affirmative, lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Quelles initiatives concernant les soins bucco-dentaires quotidiens ont été/sont entreprises à ce propos (maintenant ou précédemment) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. De quelle manière les infirmiers/soignants/éducateurs/aidants proches acquièrent-ils leurs connaissances et compétences en matière de prestation de soins bucco-dentaires quotidiens ? (p.ex. recyclage en interne, recyclage en externe, communication écrite, communication verbale, internet,..)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Les questions suivantes traitent des soins dentaires au sein de l'organisation.

Plusieurs possibilités de réponses.

5. **Qui surveille la santé bucco-dentaire de la PBP ?**

- la PBP elle-même
- la famille/les aidants proches
- un collaborateur de l'organisation
- autres

6. **Qui constate généralement un problème de santé bucco-dentaire ?**

- la PBP elle-même
- la famille/les aidants proches
- un collaborateur de l'organisation
- autres

7. Quelle **procédure** est appliquée en cas de **demande en soins dentaires** ?

- L'organisation de ces soins est assurée par la PBP elle-même
- L'organisation de ces soins est assurée par un aidant proche
- L'organisation de ces soins est suivie par un collaborateur de l'organisation
- autres

8. En cas de **besoin** en soins dentaires :

- la PBP est orientée vers son ancien dentiste
- il est fait appel à un dentiste qui se rend dans l'institution pour dispenser des soins Dans l'affirmative, qui ?
- pour la prestation de soins, la personne est envoyée chez un dentiste avec lequel l'organisation collabore. Dans l'affirmative, qui ?
- autres

9. Si une PBP a un rendez-vous avec un **dentiste dans son cabinet**, comment le **transport** est-il organisé dans ce cas ?

- la PBP se rend chez le dentiste par ses propres moyens
- la PBN se rend chez le dentiste par ses propres moyens et est accompagnée par un membre de la famille/aidant proche
- la PBN se rend chez le dentiste par ses propres moyens et est accompagnée par un collaborateur de l'organisation
- la PBP fait appel à l'organisation qui organise un transport spécialisé
- un membre de la famille/aidant proche fait appel à l'organisation qui organise un transport spécialisé
- un collaborateur de l'organisation fait appel à l'organisation qui organise un transport spécialisé
- autres

10. Comment se déroule ensuite la **communication** entre le dentiste et le demandeur de soins concernant le **suivi** ?

- la communication a lieu avec la PBP
- un formulaire est remis et doit être complété par le dentiste traitant
- la communication verbale a lieu avec l'accompagnateur
- la communication écrite a lieu avec l'accompagnateur
- il n'y a aucune communication
- autres

11. Comment **organisez-vous pratiquement** la **visite du dentiste** ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 14: Emplois vacants de dentistes

L'Etude de Faisabilité Besoins Particuliers (EFBP) , réalisée à la demande de l'INAMI , rentre en phase pilote.

RECHERCHONS DENTISTES ENTHOUSIASTES ET ASSISTANT(E)S DENTAIRE(S) (m/f) qui sont prêts à se libérer 1 jour ou ½ jour par semaine pour soigner des patients.

Le rapport intermédiaire de l'étude de faisabilité (<http://www.glimlachen.be/44676/hbn-nl.html>) (inlog: hbn pasword: hbnbis) propose un Plan global pour des réseaux de soins bucco-dentaires pour besoins particuliers. Ces réseaux de soins bucco-dentaires seront testés en 2 régions pilotes : une à Bruxelles et une dans le Hainaut .

Le premier objectif est d'assurer que le plus possible de personnes âgées fragilisées et des personnes limitées soient soignées par leur dentiste traitant.

Pour les personnes chez qui cela s'avère difficile à réaliser, les soins seront pris en charge par le réseau de soins bucco-dentaires pour personnes à besoins particuliers à l'aide d'unités mobiles.

Les collègues qui souhaitent participer à cette phase pilote qui se déroulera entre avril et juillet 2013 peuvent prendre contact avec Ellen De Clerck (ellen.de.clerck@vvt.be)

Qu'attendons-nous de vous?:

- Participer à une session de formation/d'information en mars 2013
- Vous déplacer dans les organisations de soins des régions concernées afin de soigner ou de réaliser des examens de bouche chez un certain nombre de personnes à besoins particuliers . Le projet met à disposition une unité mobile et du personnel pour accompagner.
- Assurer les rendez-vous pris avec la cellule logistique qui planifiera en fonction des périodes proposées en collaboration avec le dentiste coordinateur par région.

Que proposons-nous?

- Un accompagnement par les dentistes coordinateurs et les responsables régionaux des projets pilotes (UCL)
- Une aide logistique
- Le matériel et l'appareillage adéquat
- Un supplément de € 30 par heure pourra être ajouté aux prestations pouvant être attestées en tant que dentiste indépendant . Les assistant(e)s dentaires intéressé(e)s peuvent obtenir un contrat (partiel) à durée déterminée.

Intéressé(e) de participer?

Veuillez contacter au plus vite Ellen De Clerck (02/413 00 14 ou e-mail ellen.de.clerck@vvt.be)

L'équipe Besoins Particuliers

Annexe 15: Formulaire de screening

Formulaire de
Screening

FORMULAIRE DE SCREENING

à compléter par le Dentiste Conseil-Coordinateur



Date du screening : ___ / ___ / 2013

Nom du patient : _____

Cet examen bucco-dentaire a lieu

dans le cadre de Specialdent

à la demande : du patient de la famille/l'aidant proche du personnel infirmier/soignant

de la personne de référence en soins bucco-dentaires du médecin autre : _____

à cause : de douleurs de l'inconfort de l'inquiétude autre : _____

Nombre de dents présentes Mâchoire supérieure : ___ Mâchoire inférieure : ___

Prothèse dentaire amovible

absente si présente,

Mâchoire supérieure, prothèse partielle/complète (biffer la mention inutile)

Mâchoire inférieure, prothèse partielle/complète (biffer la mention inutile)

Hygiène bucco-dentaire :

très bonne

bonne

moyenne

plutôt mauvaise

mauvaise

État parodontal :

sain

saignement lors du sondage

tartre/surplombages

poche(s) 4-5mm

poche(s) \geq 6mm

récession de la gencive

Divergences dento-faciales antérieures (âge \geq 12 ans) :

Manque de place (>2mm, crowding)

Oui Non

malocclusion horizontale (occlusion inversée ou \geq 6mm overjet)

Oui Non

paslidontie (occlusion profonde, \geq 5mm)

Oui Non

Pathologie dentaire visible : caries résidu(s) de racines érosion abrasion attrition troubles de l'émail autre : _____

Pathologie visible des parties molles :

rougeur gonflement douleur ulcère décoloration blanche autre : _____

Où se présente la pathologie ? _____

Le patient doit-il être orienté vers des soins bucco-dentaires professionnels ? Oui

Non

Dans l'affirmative \Rightarrow Compléter le Formulaire de renvoi pour des Soins bucco-dentaires professionnels

Annexe 16: Dossier patient complet

Nouveau dossier
patients



Numéro d'ordre du patient :
Nom du patient:
Date de naissance :
Tél. :
Adresse :
Numéro de chambre :
@:
Identification INAMI :

Personne de référence en Soins bucco-dentaires :
Tél. :
@:

Médecin traitant :
Tél. :
@:

MCC :
Tel:
@:

Organisation de soins :
Adresse :
Direction :
Tél. :
@:

Dentiste-Conseil Coordinateur :
Tél. :
@:

Dentiste traitant :
Tél. :
@:

Personne de contact famille/aidant proche
Nom personne de contact 1 :
Tél. :
Nom personne de contact 2 :
Tél. :



Échelles de soins

Personnes âgées vulnérables

Échelle de soins : Index de Katz : _____ autre : _____ sans objet

Échelle des besoins en soins : SOINS A DOMICILE : toilette A B C

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS : O A B C Cd

Personnes limitées

capacités cognitives : normales communication difficile aucune communication

capacités mentales : capable d'exprimer sa volonté incapable d'exprimer sa volonté

Mobilité : marche seul(e) marche avec aide chaise roulante alité(e)

peut être transporté(e) ne peut pas être transporté(e)

Type de transport si nécessaire : taxi ordinaire taxi pour utilisateur de chaise roulante ambulance autre :

Accompagnement lors de la visite chez le dentiste : pas nécessaire famille/aidant proche volontaire membre du personnel de l'institution de soins autre

Mode de paiement : paiement direct par le biais de l'organisation de soins par le biais de la famille/administrateur autre

Dossier ouvert le :

Dossier clôturé le :

Nom de la personne: **PLAN DE SOINS BUCCO-DENTAIRES QUOTIDIENS SPECIALDENT**
Date:
Nom de la personne qui complète le plan de soins bucco-dentaires:

Des dents naturelles sont-elles présentes??		Sécheresse Buccale??	
Oui	Non	Oui	Non
Mâchoire supérieure (nombre de dents=) Mâchoire inférieure (nombre de dents=)			
La personne porte-t-elle une ou des prothèses dentaires amovibles?		A exécuter*: SB	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oui	<input type="checkbox"/> Non
A exécuter*: Dent + B + Langue + B	A exécuter*: Dent + Langue	<input type="checkbox"/> Mâchoire sup. <input type="checkbox"/> Mâchoire inf.	A exécuter*: Langue + B
			A exécuter*: B + Langue + B

QUI SE CHARGE DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE?

- La personne elle-même, ce qui vaut uniquement si:
 ✓Après observation, il ressort que la personne est encore apte et disposée à le faire;
 ✓Après évaluation, il ressort que l'hygiène bucco-dentaire est bonne.
- La personne elle-même, moyennant l'accompagnement ou l'aide d'un infirmier soignant éducateur aidant proche
- Un infirmier soignant éducateur aidant proche

La personne éprouve t-elle des douleurs ou un inconfort en bouche? non oui, à savoir

Comment est l'hygiène des dents naturelles? bonne moyenne mauvaise

Comment est l'hygiène de la ou des prothèses dentaires? bonne moyenne mauvaise

Y-a-t-il des problèmes visibles en bouche? non oui

* N'oubliez pas de retirer les prothèses dentaires amovibles avant le contrôle? Tant la langue, que le fond de la bouche, le palais, les joues, les lèvres et les dents doivent être contrôlés.

Un contrôle ou un avis du dentiste (dentiste-conseil coordinateur) est-il souhaitable? non oui, à cause de.....



INSTRUCTIONS RELATIVES A L'HYGIENE BUCCALE

Nom de la personne:

Date:

SB SECHERESSE BUCCALE: boire beaucoup et humidifier la bouche très fréquemment

Dent

BROSSAGE DES DENTS NATURELLES

- Brossage des dents 2x/jour au dentifrice au fluor et avec
 - brosse à dents manuelle
 - brosse à dents électrique
- Brossage des interstices entre les dents (interdentaires) 1x/jour avec
 - brossettes interdentaires
 - cure-dents
 - soie dentaire

B

BROSSAGE DE LA OU DES PROTHESES DENTAIRES

- Après chaque repas, rincer la prothèse ainsi que la bouche
- Le soir, brosser la prothèse dentaire à l'aide d'une brosse pour prothèses dentaires et de savon liquide
- La nuit, retirer de préférence la prothèse dentaire et la conserver au sec

Langue

- BROSSAGE DE LA LANGUE (1x/jour sans dentifrices) à l'aide
- d'un gratte-langue
 - d'une brosse à dents

M

BROSSAGE DES MUQUEUSES

- Brossage quotidien à l'aide
- d'une brosse à dents manuelle
 - d'une brosse à dents électrique
 - de gaze

S

DISPOSITIFS PROTHETIQUES (brossage quotidien)

- Bridge
- Coiffes racinaires
- Impants
- Autre

évaluation DCC

évaluation Personne de référence soins bucco-dentaires

FORMULAIRE DE SCREENING

à compléter par le Dentiste Conseil-Coordinateur



Date du screening : ___/___/2013

Nom du patient : _____

Cet examen bucco-dentaire a lieu

dans le cadre de Specialdent

à la demande : du patient de la famille/l'aidant proche du personnel infirmier/soignant

de la personne de référence en soins bucco-dentaires du médecin autre : _____

à cause : de douleurs de l'inconfort de l'inquiétude autre : _____

Nombre de dents présentes Mâchoire supérieure : ___ Mâchoire inférieure : ___

Prothèse dentaire amovible

absente si présente,

Mâchoire supérieure, prothèse partielle/complète (biffer la mention inutile)

Mâchoire inférieure, prothèse partielle/complète (biffer la mention inutile)

Hygiène bucco-dentaire :

très bonne

bonne

moyenne

plutôt mauvaise

mauvaise

État parodontal :

sain

saignement lors du sondage

tartre/surplombages

poche(s) 4-5mm

poche(s) \geq 6mm

récession de la gencive

Divergences dento-faciales antérieures (âge \geq 12 ans) :

Manque de place (>2mm, crowding)

Oui Non

malocclusion horizontale (occlusion inversée ou \geq 6mm overjet)

Oui Non

paslidontie (occlusion profonde, \geq 5mm)

Oui Non

Pathologie dentaire visible : caries résidu(s) de racines érosion abrasion attrition troubles de l'émail autre : _____

Pathologie visible des parties molles :

rougeur gonflement douleur ulcère décoloration blanche autre : _____

Où se présente la pathologie ? _____

Le patient doit-il être orienté vers des soins bucco-dentaires professionnels ? Oui

Non

Dans l'affirmative \Rightarrow Compléter le Formulaire de renvoi pour des Soins bucco-dentaires professionnels

FORMULAIRE DE RENVOI POUR DES SOINS BUCCO-DENTAIRES PROFESSIONNELS

A compléter par le Dentiste-Conseil Coordinateur



Date de la renvoi : ___/___/2013

Anamnèse médicale pertinente : _____

Médication pertinente : _____

Nature de la demande de soins : diagnostic contrôle prophylaxie orthodontie soins bucco-dentaires conservatoires

soins bucco-dentaires prothétiques soins bucco-dentaires parodontaux extractions autre: _____

Type de soins requis : soins réguliers soins spécifiques soins spécialisés (centre de soins bucco-dentaires) chirurgien maxillaire narcose/sédation

Urgence de la demande de soins : très urgente moyennement urgente pas urgente

Nombre estimé de séances : _____

Renvoyé(e) pour soins par : _____

Renvoyé(e) pour soins vers : Specialdent autre

Suivi: ___/___/2013

Famille/administration provisoire contactée le : ___/___/2013

TRAITEMENT DENTAIRE
À compléter par le dentiste traitant

Prestations fournies :

Nature de la prestation (p.ex. plombage, extraction, examen bucco-dentaire, prophylaxie)	Dent	Numéro de nomenclature INAMI	Honoraires*

* à compléter : (1) numéro de nomenclature en cas de prestation liée à l'INAMI ou (2) le prix en cas de prestation non liée à l'INAMI ou (3) « 0 » si aucune somme n'a été facturée

- Nouveau rendez-vous nécessaire : traitement régulier spécifique spécialisé
- Fin du traitement
- Évaluation du dentiste traitant**



LOGISTIQUE

À compléter par la cellule de coordination

Date : ___ / ___ / 2013

Initiateur de l'intervention : CC personne ayant contacté la CC :

Nom : _____

Fonction : _____

Nombre d'entretiens téléphoniques durant cette intervention : ____

interlocuteur 1 – Nom : _____ Fonction : _____

interlocuteur 2 – Nom : _____ Fonction : _____

interlocuteur 3 – Nom : _____ Fonction : _____

interlocuteur 4 – Nom : _____ Fonction : _____

interlocuteur 5 – Nom : _____ Fonction : _____

...

Durée du contact (total si plusieurs entretiens) : ____ minutes

Nature de l'intervention :

Communication d'une demande de soins

- Type de soins : soins réguliers soins spécifiques centre de soins bucco-dentaires chirurgien maxillaire

- La communication de la demande de soins a-t-elle abouti ? Oui Non



Dans l'affirmative, quand est prévu le premier rendez-vous pour des soins professionnels ? ___/___/2013

Dans la négative, pourquoi pas ? _____

- Des interventions complémentaires par la CC sont-elles nécessaires ? Oui Non

Dans l'affirmative, pourquoi ? _____

Organisation du transport

- Type de transport : taxi ordinaire taxi pour utilisateur de chaise roulante ambulance
 autre : _____

- Organisation qui propose le transport : _____

- Prix de revient du transport : _____

- L'organisation du transport a-t-elle été fructueuse ? Oui Non

Dans la négative, pourquoi pas ? _____

Des interventions complémentaires par la CC sont-elles nécessaires ? Oui Non

Dans l'affirmative, pourquoi ? _____

Autre : _____

Remarques /explications : _____

Annexe 17: Presse et photos

WEL MAGAZINE BRABANT FLAMAND



Wel. magazine
Vlaams-Brabant

België - Belgique
FB. - FF
3000 Leuven Manspoet
BC 2199T

Wauman Gerda
Leuvenseweg 8
3202 Rillaar

14 **Mobiele mondzorg** • De nood is groot
Dossier • CAW's bundelen de krachten
De Consultdesk • Hulplijn voor hulpverleners

Provinciaal informatieblad voor de welzijnsector • januari - februari - maart 2014
Verschijnt vier keer per jaar. P911765 • Dienst Welzijn, Provincieplein 1, 3010 Leuven

PROVINCIE VLAAMS BRABANT

Mobiel tandartsteam screent 300 kwetsbare Vlaams-Brabanders

“De nood is nog veel groter

Die vrijdagochtend in het Leuvense woonzorgcentrum Ter Vlierbeke. Tandarts Steven De Mars voert zijn laatste screening uit in het kader van het pilootproject mondzorg bij personen met bijzondere noden. Zoals veel andere bewoners gaat Simonne sinds haar verhuis naar het centrum niet langer regelmatig op tandartsbezoek. Dat is geen goede zaak voor haar gezondheid.

Zeg eens aaaaa.' Simonne opent haar mond zo ver als ze kan. Tandarts Steven heeft net haar ingevulde vragenlijst bekeken en bestudeert nu haar gebit. 'Toch enkele gaatjes', besluit hij. 'En je prothese mag wel wat vastter. Levert dat geen problemen op bij het eten? Ik zie dat je geen vaste tandarts hebt, vind je 't goed als we een afspraak maken met het mobiele team? Volgende week komen die langs voor behandelingen.' Simonne sputtert eerst wat tegen – 'op mijn leeftijd... niet meer de moeite...'

– maar laat zich uiteindelijk gemakkelijk overtuigen.

POETSEN IS GEZOND

Simonne is de laatste van 300 kwetsbare Vlaams-Brabanders die hun gebit vrijwillig hebben laten screenen door het *Special Dent*-team. Het gaat om een pilootproject in opdracht van het RIZIV met als doel: de haalbaarheid onderzoeken om in elke zorgregio een mobiel tandartsteam op te richten voor personen met bijzondere noden.

'Dat zijn mensen met een beperking en kwetsbare ouderen', zegt Steven De Mars, coördinerend raadgevend tandarts van het project. 'In België gaat het om een doelgroep van 600.000 personen.'

Aanleiding voor *Special Dent* zijn verschillende nationale en internationale onderzoeken waaruit blijkt dat de mondgezondheid van personen met bijzondere noden ondermaats is. Een slechte mondhygiëne kan nochtans schadelijke gevolgen hebben: ondervoeding, diabetes, longontstekingen...





VOORKOMEN EN GENEZEN

Nadat een onderzoek door het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) de nood nogmaals bevestigde, werd in vijf zorgregio's, waaronder een deel van Vlaams-Brabant, een pilootproject opgestart. Naast het Riziv en de VVT zegden een heel aantal andere partners hun samenwerking toe. Daaronder ook de KULeuven en de provincie Vlaams-Brabant.

In de zorgregio Vlaams-Brabant werden 60 zorgorganisaties uitgenodigd om deel te nemen aan het project. Slechts negen gingen erop in, hoewel – of misschien, niet omdat – uit het rapport blijkt dat zorgorganisaties nog te weinig aandacht hebben voor mondhygiëne. 'Dagelijkse mondverzorging is nochtans de beste manier om problemen te vermijden', weet Steven De Maes. 'Sensibilisering vormde dus een belangrijk onderdeel van het project: het verzorgend personeel hebben we telkens een korte opleiding gegeven. Door enkele tips aan de vragenlijst toe te voegen, wilden we ook de cliënt en zijn omgeving beter bewust maken.'

HUISTANDARTS EERST

Een tweede luik van Special Dent bestond uit het verlenen van professionele mondzorg. Steven legt uit: 'Regelmatig op controle gaan, is voor iedereen een noodzaak. Maar daar knelt voor personen met bijzondere noden

het schoentje: zelf naar de tandarts gaan is veelal om fysieke moeilijkheden niet mogelijk. Omgekeerd geraken de tandartsen niet tot bij de patiënte, omdat hun materiaal te zwaar weegt. Het gevolg is dat tandartsen voor deze doelgroep vaak brandweer spelen. Patiënten worden er pas heen gebracht als de nood te hoog is.'

In het pilootproject kregen alle cliënten van de deelnemende organisaties de kans om zich gratis te laten screenen, 300 van hen gingen erop in. 'Ook hier hebben we zeker niet de ambitie om onszelf op te dringen', zegt Steven: 'De huisstandarts staat centraal in onze visie. Mensen die een behandeling nodig hebben en een huisstandarts hebben, verwijzen we door naar die persoon. Diegenen zonder huisstandarts kunnen zich laten behandelen door ons mobiele tandartsteam. Die behandelingen kunnen ter plaatse gebeuren, met mobiele tandheelkundige apparatuur.'

HOGE NOOD

Na een tweetal jaar loopt het pilootproject op zijn einde. De eindevaluatie zal worden toegevoegd aan het definitieve rapport. Wat na het project komt, is momenteel nog koffiedik kijken.

'De nood is echt hoog', pleit Steven. 'Sommige zorgorganisaties werken wel samen met een tandarts, maar zodra die stopt,

staan de cliënten weer in de kou. Wat we nodig hebben, is een flexibele structuur, met een netwerk van lokale tandartsen. Binnen het pilootproject werd behandeld volgens de geldende conventietarieven. We pleiten ook voor een nieuwe opleiding voor 'mondzorgassistenten'. Anders dan de tandartsassistenten zouden die in de mond beperkte handelingen mogen uitvoeren. Preventie, sensibilisering en ondersteuning bij de dagelijkse mondhygiëne kunnen ook tot het takenpakket behoren. Het zou een goede zaak zijn voor de betaalbaarheid van deze dienstverlening.' ♦

Meer info

www.specialdent.be

» DE PROVINCIE STEUNT

De provincie Vlaams-Brabant steunde het project Special Dent met een subsidie van 50.000 euro. Dat bedrag werd gebruikt voor het uitvoeren van screenings en tandartsbehandelingen bij personen met bijzondere noden.



Pilootproject toetst voorstellen
aan de praktijk

Mondzorg vraagt extra aandacht bij doelgroepen met bijzondere noden

Personen met beperkingen en kwetsbare ouderen hebben bijzondere noden als het op mondzorg aankomt. Zo bleek in 2010 uit een nationaal onderzoek van de Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT), in opdracht van het RIZIV. Om de knelpunten op dat vlak te kunnen aanpakken werd in 2011 een globaal plan opgemaakt met concrete voorstellen. In 2012 werden die voorstellen ook 'in het veld' op hun haalbaarheid getest in een pilootproject rond 'mondzorgnetwerken'. Die testfase is intussen afgerond en dus stelt zich ook meteen de vraag of hier daadwerkelijk een vervolg op komt.

Noden en knelpunten in kaart gebracht

Stefaan Hanson (coördinator project 'bijzondere noden' VVT): "Reeds lang krijgen we uit verschillende hoeken te horen dat de tandheelkundige zorg bij fragiele ouderen en mensen met een beperking te wensen over laat. Onze vraag naar meer middelen

om hier iets aan te doen bleef dan ook niet uit. Onderhandelingen met zowel het RIZIV als de mutualiteiten over honoraria en terugbetalingen voor deze specifieke zorgverlening konden op begrip rekenen, maar ketsten af op de vraag naar concrete bewijzen van de zorgnood op dit vlak en naar mogelijke haalbare oplossingen om hier aan tegemoet te komen."

Wetenschappelijke studie

Dit probleem werd destijds dan ook bij de overheid aangekaart en in 2009 kreeg het VVT een wetenschappelijke studie toegewezen. Daarin becijferden Dr. Dent Luc Devisschere (Gent) en Dr. Dent Roos Leroy dat de vooropgestelde doelgroep van fragiele ouderen en mensen met een beperking maar liefst 700.000 personen telde. Dat de nood aan een degelijke mondzorg groter was dan aanvankelijk gedacht bleek ook uit de knelpunten die in deze studie werden blootgelegd. Er was duidelijk sprake van een sterke onderverzorging en in instellingen werd te weinig aandacht besteed aan mondzorg. Bewoners van woonzorgcentra hebben nu meer dan vroeger ook nog hun eigen tanden en willen die ook zo goed mogelijk verzorgen. Helaas bleek ook bij huis(tand) artsen weinig kennis aanwezig rond mondproblemen binnen die specifieke doelgroep.

Christine Van Meir (coördinerend raadgevend tandarts mondzorgnetwerk): "Instellingen waren zich natuurlijk wel bewust van het probleem. Het personeel deed wel moeite, maar vaak gebeurde dat niet altijd correct. Daarbij komt dan nog dat ook de patiënten zelf meestal niet correct poetsen. Maar dat mag niet verbazen als je weet dat veel Vlamingen te weinig en niet op de juiste manier poetsen. Een slechte mondhygiëne kan nochtans tot heel nare gevolgen leiden zoals ondervoeding, chronische ontstekingen of longontstekingen (door slikpneumonie) ... heel vaak komen residenten daardoor in een vicieuze cirkel van complicaties terecht."

Er bleek dus wel degelijk ruimte voor verbetering en bewustmaking bij het personeel in woonzorgcentra omtrent het belang van een gezonde mond voor het algemeen welzijn van de bewoners. Ondervoeding krijgt in de sector nu eenmaal veel aandacht, maar over mond- en gebithygiëne blijft het vaak nog angstvallig stil.

Globaal plan: aanbevelingen en haalbaarheidsstudie

Stefaan Hanson: "Met de resultaten van de studie op zak, werd ons gevraagd om ook voorstellen te doen om aan de blootgelegde zorgnoden en knelpunten te verhelpen. Daarom hebben wij een Globaal Plan opgesteld met daarin een twaalfstal concrete aanbevelingen, waaronder bijvoorbeeld een voorstel om bepaalde ziekenhuizen te upgraden tot centra voor bijzondere noden. Het Globaal Plan werd in een laatste fase, ook weer op vraag van het RIZIV, in een pilootproject gegoten dat in 5 verschillende regio's in het land uitgetest werd."

Pilootproject: virtueel mondzorgnetwerk

De testfase hield de opstart van een piloot mondzorgnetwerk in: gespreid over 5 pilootregio's werden door de coördinerend raadgevend tandarts, een tandartsassistente en een logistieke cel – in samenwerking met de lokale tandartsen – in een eerste fase liefst 3000 zorgvragers gescreend op mondproblemen. Daarnaast was het vooral de bedoeling om ook het personeel te sensibiliseren en de aandacht te vestigen op de problematiek en het belang van preventieve mondzorg. En uiteindelijk werd ook in de praktijk getest hoe de behandeling van de gescreeende patiënten het best te organiseren viel.

Screenings bepalen specifieke zorgnood

De screening van voorzieningen en hun bewoners uit de regio was voor elk coördinerend raadgevend tandarts in het mondzorgnetwerk een eerste referentie om een staat op te maken van de concrete noden en vereiste behandelingen. Die informatie werd doorgeven aan de coördinator van het pilootproject die op haar beurt een afspraak maakte om een behandeling op te starten.

Stefaan Hanson: "Naar aanleiding van die screenings bleek trouwens ook al de grote mate van interesse vanuit de instellingen die meewerkten aan

het pilootproject. Er was een duidelijke wil om het probleem aan te pakken."

Christine Van Meir (coördinerend raadgevend tandarts mondzorgnetwerk): "Op screeningsronde langs de deelnemende instellingen, keek ik – geassisteerd door de tandartsassistente – de tanden en prothesen van residenten na. Ik nam ook toen al telkens een verpleegkundige uit de instelling zelf mee op mijn ronde om te tonen waarop vooral gelet moet worden, hoe je tanden en prothesen correct poetst en hoe problemen zoals wortelresten, tandsteen, ontstoken tandvlees, slecht passende prothesen, tandplak of tongbeslag te herkennen."

Referente mondzorg en opleidingen

Al uit het oorspronkelijk wetenschappelijk onderzoek, maar zeker ook uit de screenings bleek de nood aan een betere bewustmaking en aan preventieve instructies op het vlak van mondzorg bij zowel verpleeg- als zorgkundigen in woonzorgcentra.

Stefaan Hanson: "Mondhygiëne, preventieve behandeling en correcte mondzorg promoten is een heel belangrijke factor in heel dit opzet, anders is het dweilen met de kraan open. Willen we op lange termijn goeie resultaten bekomen, dan is dit de basis. Daarom werd in de deelnemende instellingen telkens één of meer 'referente mondzorg' onder de verpleegkundigen aangesteld."

Het is dan aan die referente verpleegkundige om via een werkgroep binnenshuis ook de collega's warm te maken en bij te scholen om een correcte mondzorg te kunnen toedienen.

Stefaan Hanson: "Dit soort preventieve aanpak is alvast een eerste stap in de goede richting. Niet alleen worden op die manier de juiste zorgen toegediend, maar worden residenten ook van nabij opgevolgd en kunnen tand- en tandprotheseproblemen sneller opgespoord en efficiënter aangepakt worden."

Vanuit het mondzorgnetwerk werden dan ook de nodige opleidingen voorzien om die referente verpleegkundigen te brieven over hoe dagelijkse mondzorg het best aangepakt wordt.

Christine Van Meir: "Na de theoretische opleiding door Professor Dr. Luc Devisschere, kwamen wij – de coördinerend tandarts en tandartsassistente – zelf ter plaatse om hen in de praktijk verder op te leiden. We lieten hen zien welke dagdagelijkse zorg zij voor eigen rekening kunnen nemen. Zo hebben we hen zelf laten poetsen zodat ze de perfecte techniek onder de knie hadden om ook hun collega's op te leiden."



Stefaan Hanson:
"De bewustmaking rond mondhygiëne en preventieve mondzorg bij verpleeg- en zorgkundigen is cruciaal in dit pilootproject"



De verpleegkundigen die zich engageerden, waren zich verder meestal wel degelijk bewust van mogelijke mondproblemen, maar konden die vaak niet benoemen. Aan de hand van concrete voorbeelden werd hen tijdens die opleidingen dan ook precies uitgelegd wat de meest voorkomende tandheelkundige problemen zijn en hoe die te herkennen.

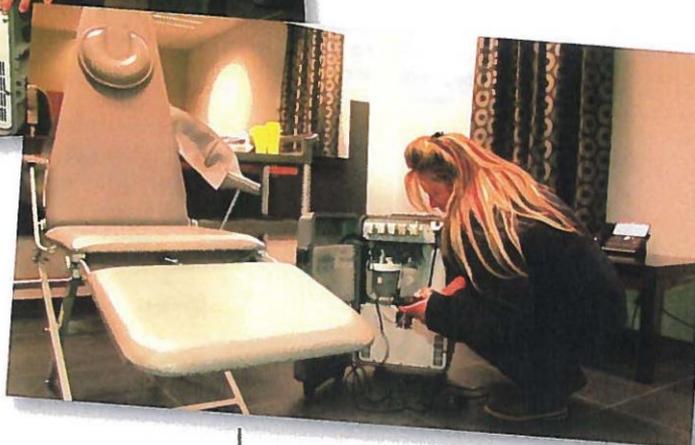
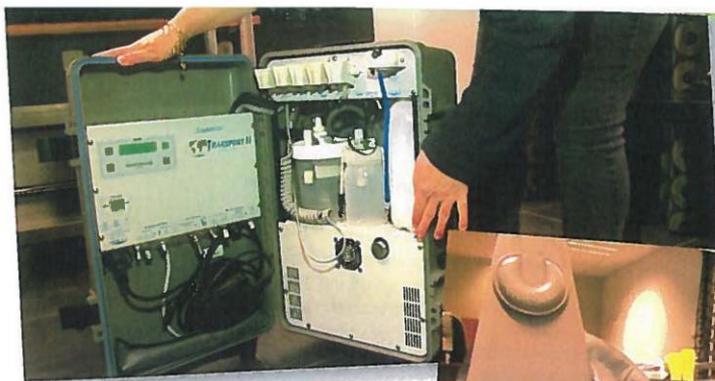
Tinne Van Look (referente verpleegkundige WZC ter Bleeke): "Tijdens de opleidingen werd vooral gefocust op het belang van een goede mondhygiëne. Slechte mondhygiëne is vaak een aanleiding voor een slechte algemene gezondheid: chronische abscessen zijn gevaarlijk, van diabetes-patiënten die minder eten kunnen bloedwaarden ontregeld raken, wie niet goed kauwt kan slikproblemen krijgen, enzovoort. Het komt er dus inderdaad op aan om eventuele problemen te kunnen opsporen en herkennen, maar daarnaast kregen we vooral heel wat concrete praktijktips over hoe we de dagdagelijkse mondzorg best aanpakken: hoe hou je een tandenborstel juist vast, hoe wordt een prothese gepoetst (met neutrale zeep in plaats van met tandpasta!) en opgeborgen, waarom is het zo belangrijk om de

tong te schrapen na het poetsen, ... Dankzij die opleidingen hebben we toch een stevige basiskennis opgebouwd en die kunnen we nu ook doorgeven aan de rest van de collega's."

Behandeling op maat van de patient?

Dat degelijk opgeleide verpleeg- en zorgkundigen in woonzorgcentra inderdaad al heel wat tandproblemen kunnen voorkomen door de juiste preventieve hulp te bieden, is niet meer dan logisch. Maar wanneer zich toch een behandeling door een tandarts opdringt, stelt zich de vraag hoe patiënten met bijzondere noden het best geholpen kunnen worden. Na de screening door de coördinerend raadgevend tandarts uit het mondzorgnetwerk, werden de deelnemende instellingen in het kader van dit pilootproject opnieuw gecontacteerd om te overleggen hoe residenten die zorg nodig hadden ook effectief geholpen konden worden. Kon de resident in kwestie niet extern op bezoek bij zijn reguliere tandarts, of werd er geen lokale tandarts bereid gevonden om langs te komen, dan was er nog de mobiele tandartseenheid die per mondzorgnetwerk kon uitrukken.





Tim Koyen (hoofdverpleegkundige WZC ter Bleeke): "Een bezoek aan de huistandarts is voor heel wat residenten geen sinecure. Begeleiding door een familielid is één optie, maar als het gaat om iemand met dementie is dat al helemaal niet evident." Uiteraard kan ook de zorginstelling voorzien in minder mobiele vervoer, maar bijkomend probleem blijft wel dat heel wat tandarts kabinetten niet toegankelijk zijn voor rolstoelpatiënten.

Een andere mogelijkheid is om de tandarts naar de instelling te laten komen waar de behandeling kan plaats vinden. Jan Flament (directeur WZC ter Bleeke): "Je moet als instelling het geluk hebben dat lokale tandartsen daar voor open staan. In de praktijk vonden wij daar maar één tandarts uit de streek bereid toe." Bovendien – zo vult Tim Koyen aan – kan die tandarts enkel langskomen voor of na de uren die hij in zijn eigen praktijk staat. En dat is vaak op uren dat bewoners nog of al in bed zitten. Ook niet elke behandeling kan op de kamer gebeuren: een gebit nakijken lukt nog, maar verder dan dat gaat het vaak niet. En ten slotte is het voor een reguliere tandarts – vanwege weinig ervaring op dat vlak – niet altijd evident om de juiste zorg te verlenen aan patiënten met dementie of een psychische of motorische beperking.

En dan blijft er nog de optie om een patiënt in de instelling te gaan bezoeken met een 'mobiele tandartseenheid'. Dit werd dan ook uitvoerig getest tijdens het pilootproject.

Stefaan Hanson: "Wij hadden in elk van de 5 pilootregio's een mobiele installatie beschikbaar. Maar het was wel vanaf dag één de bedoeling om die zo economisch mogelijk in te zetten. Een bezoek van de mobiele tandartseenheid moest dus zo georganiseerd worden dat op een halve



of een volledige dag de acute zorg voor residenten ter plaatse kon gecombineerd worden met bijvoorbeeld preventief onderzoek bij andere bewoners."

Met de mobiele unit ter plaatse is alvast de installatie beschikbaar om patiënten te behandelen in de zorginstelling zelf. Onder de lokale tandartsen werden vrijwilligers bereid gevonden om een poule samen te stellen om die unit te bemannen.

Jan Flament: "Bij ons vond de mobiele tandartspraktijk een plaatsje in het kapperslokaal, dat toch enkele dagen per week vrij was. Wij hebben door het bezoek van de tandarts aan huis heel wat bewoners kunnen laten verzorgen en dus was dit voor onze instelling een schot in de roos. Van uit de sector hoor ik trouwens ook van de meeste collega's die aan het pilootproject deelnamen dat dit de beste oplossing



Jan Flament:
"Vooral op korte termijn is de mobiele tandartseenheid een uitstekend initiatief op de hoogste nood te lenigen"

is, zeker in minder toegankelijke regio's. Zelf vind ik dat dit vooral op korte termijn een uitstekend initiatief is om de eerste en hoogste nood te lenigen. Maar er is op langere termijn meer nodig. Het zou bijvoorbeeld ideaal zijn mochten de huispraktijken van reguliere tandartsen open staan en toegankelijk zijn voor deze mensen en mocht alles van vervoer en begeleiding voor extern tandartsbezoek geregeld kunnen worden."

Evaluatie pilootproject

Stefaan Hanson: "De testfase van dit pilootproject hebben we intussen helemaal achter de rug en nu al blijkt dat het globaal plan zoals het bedacht werd ook perfect in de praktijk kan werken. Uiteraard hangt daar een prijskaartje aan vast en dus is het momenteel ramen wat de uitvoering van het plan werkelijk zal kosten. Dat er extra budget nodig is om de

structuur van de mondzorgnetwerken over heel het land uit te rollen, staat vast. Net als voor de bijkomende vergoeding voor tandartsen voor de behandeling van deze specifieke doelgroep."

Ook het concept van de mobiele tandartsunit kost geld om uit te werken en ook logistiek brengt dit heel wat met zich mee. Vandaar dat daarnaast al het idee geopperd werd voor een minimale – vaste – installatie in zorgvoorzieningen.

De meerwaarde van het pilootproject is volgens Jan Flament vooral dat de bewustwording op vlak van mondzorg er gekomen is onder het personeel van zijn zorgorganisatie. Getuige daarvan de projectgroep, opgestart door de referente verpleegkundigen om collega's warm te maken voor een betere preventieve mondzorg. En dus hoopt hij alvast dat het project niet stopt bij het globaal plan, maar dat

er op tijd fondsen zullen gevonden worden om het ook op grote schaal in te passen.

Concrete voorstellen

Een fragmentaire aanpak die afhangt van de goodwill van een lokale organisatie, een directeur of een tandarts heeft volgens Stefaan Hanson sowieso weinig zin gezien dit niet duurzaam is. Hij pleit voor een gestructureerde opzet in verschillende provincies met de oprichting van provinciale mondzorgnetwerken (per provincie zouden er zo 2 à 3 nodig zijn om het hele land te bestrijken). Die zouden op hun beurt begeleid kunnen worden door een algemeen overkoepelend Mondzorgplatform Bijzondere Noden.

"Het uiteindelijk doel is om zoveel mogelijk mensen uit de doelgroep met bijzondere noden bij de huistandarts te krijgen. Een coördinerend raadgevend tandarts kan daarbij de missing link zijn tussen de zorgorganisaties, huistandartsen en thuiszorg", aldus nog Hanson.

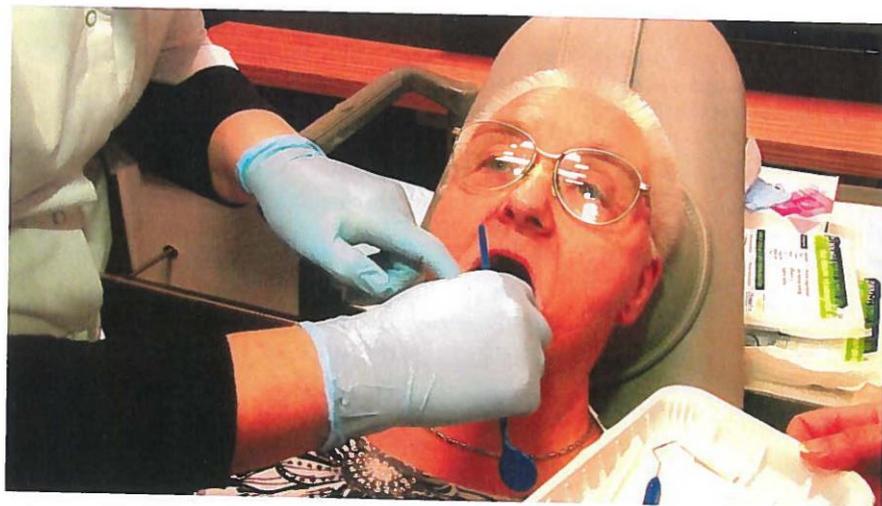
Betrokkenheid huistandartsen cruciaal

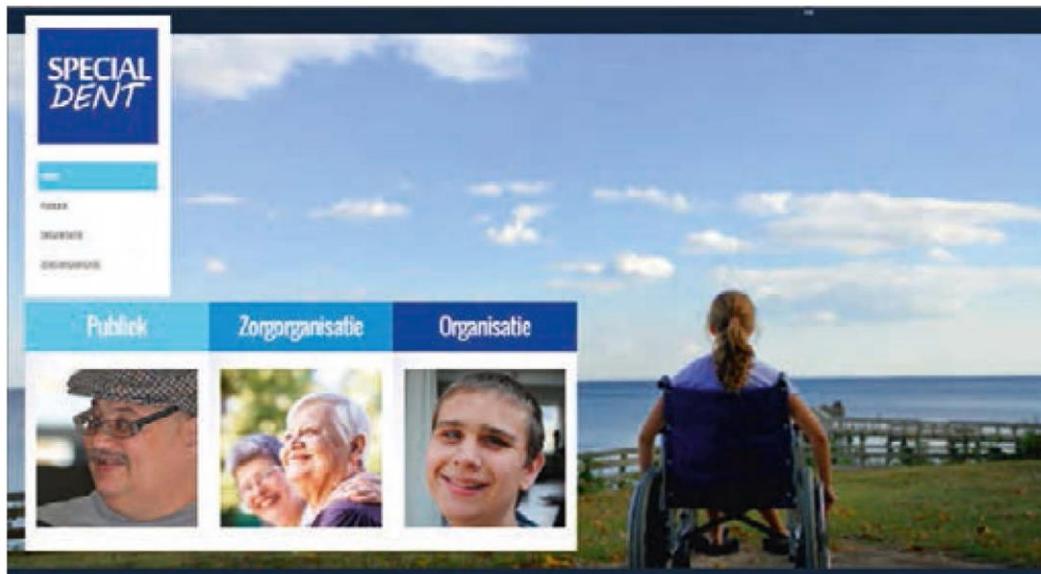
Feit is dat ook de reguliere (huis)tandartsen in het kader van deze voorstellen gesensibiliseerd moeten worden want voor hen is daarin duidelijk een belangrijke taak weggelegd. Ook op dat vlak is er nog werk aan de winkel, want personen met beperkingen of kwetsbare ouderen behandelen neemt niet alleen meer tijd in beslag, maar vraagt ook een heel specifieke aanpak waar velen onder hen tot op vandaag nog weinig voeling mee hebben. ■

Stefaan Hanson:
"Per provincie zijn 2 à 3 mondzorgnetwerken nodig om het hele land te bestrijken"



Meer info over het pilootproject mondzorgnetwerk vindt u op www.specialdent.be





Pilootfase **Specialdent.be** van start

Zoals reeds vroeger gemeld voert het VVT, in opdracht van het RIZIV, in samenwerking met KULeuven, UGent en alle mogelijke betrokkenen een Pilootstudie uit aangaande de tandheelkundige verzorging van patiënten met bijzondere noden, in het bijzonder de fragiele ouderen en de personen met beperkingen.

In een eerste fase werd een wetenschappelijke studie uitgevoerd onder impuls van prof. Luc De Visschere en dr. Roos Leroy. Hierin werd de grote nood aan zorg aangetoond bij deze

personen en werden aanbevelingen geformuleerd. In een tweede fase werd het Globaal Plan opgesteld waarin de aanbevelingen van het wetenschappelijk onderzoek in concrete voorstellen werden omgezet. In mei 2013 startte de Pilootfase waarin de concrete voorstellen in het veld worden uitgetest in drie regio's in Vlaanderen, in Brussel en 1 regio in Wallonië.

Voor de Pilootfase werden zorgorganisaties, zowel instellingen als de thuiszorg, gecontacteerd voor medewerking aan het project. In het kadertje zien we de instellingen die



tot nu hun medewerking hebben bevestigd. Er is nog overleg met het Wit-Gele Kruis en andere thuiszorgorganisaties die ook nog zullen aansluiten bij de Pilootfase.

Sinds begin mei zijn de Coördinerende Raadgevende Tandartsen (CRT's) gestart met de screenings in de organisaties en eind mei zijn ook de eerste verzorgingen uitgevoerd met behulp van mobiele eenheden. We zien



Specialdent-mobiel met Specialdent-medewerkster Ann De Greef en assistent-coördinator Ellen De Clerck



CRT Staren De Mars aan het werk met mobiele eenheid

“Sinds begin mei zijn de Coördinerende Raadgevende Tandartsen (CRT’s) gestart met de screenings in de organisaties en eind mei zijn ook de eerste verzorgingen uitgevoerd met behulp van mobiele eenheden.”

een valisee enheid in transportfase en in gebruik op de bijgaande foto's.

De Pilotfase zal een viertal maanden duren en is dienstig om de haalbaarheid van het Globaal Plan in al zijn facetten uit te testen, en om voldoende gegevens te verzamelen om budgettaire voorstellen voor verdere uitrol te kunnen doen aan de Federale en Vlaamse betrokken overheden.

Het is belangrijk te benadrukken dat het VVT, de Adviescommissie PBN, de ziekenfondsen en de betrokken overheden ervan overtuigd zijn dat de key person om deze PBN zorgnood te lenigen de "huistandarts" is. Het project mag dus helemaal niet als bedreigend aangevoeld worden door de collega's, integendeel.

Bij elke zorgvraag zal in de eerste plaats door het coördinatiecentrum alles in het werk gesteld worden om de huistandarts van de betrokken patiënt in de mogelijkheid te stellen de nodige zorgen toe te dienen. Hiertoe zal gepoogd worden vervoer te faciliteren, mobiele eenheid met tandartsassistentie ter beschikking te stellen, coördinatie te organiseren met de instellingen voor gespecialiseerde zorg...

Uiteraard zal ook het vergoedingsstelsel aan nieuwe vormen van zorgverlening moeten aangepast worden.

We willen van deze gelegenheid gebruikmaken om alle professionen, collega's en medewerkers die reeds heel veel energie spendeerden in dit project te bedanken. Het is een titanerwerk dat aantoonde dat onze beroepsgroep bezorgd is voor degenen die zelf niet kunnen instaan voor hun mondgezondheid. ■

Meer info over dit project via info@specialdent.be

Stefaan Hanson,
coördinator PBN

Zie volgende pagina voor lijst met deelnemende zorgorganisaties. >>



SPECIAL DENT

LIJST DEELNEMENDE ZORGORGANISATIES

WUUSTWEZEL - BRECHT - RUKEVORSEL - MALLE -
BEERSE - ZOERSEL

Sint-Jozef - Gasthuisstraat 11 - 2990 Wuustwezel
Sint-Maria - Gasthuisstraat 11 - 2960 Brecht
Ter Bleecken - Blijkerijstraat 71 - 2390 Malle
De Dennen - Nootrust 18 - 2390 Malle
Huize Monnikerheide vzw - Monnikendreef 3 - 2980 Zoersel
VZW Gerontologisch Centrum - Kleine Kasteeltjesweg 1 - 2960 Brecht
Joosten - Kapellei 133 - 2980 Zoersel

EEKLO-BRUGGE-GITS - EMELGEM - GENT - KORTRIJK

VZW Dr. J. Coppens - Schietspoelstraat 16 - 9900 Eeklo
Ons Erf - Chartreuseweg 53 - 8200 Brugge
De Waalberg - Koolkempstraat 22D - 8830 Gits
t Venster - Willem Elschotstraat 19/1 - 8870 Emelgem
Ryhove - Koningsdal 24 - 9000 Gent
Zorggroep Heilig Hart - Budastraat 30 - 8500 Kortrijk

LEUVEN - HEVERLEE - KESSEL-LO - HULDENBERG -
STROMBEEK BEVER - WEMMEL - WOLVERTEM - MEISE -
GRIMBERGEN

Vasterhaeckel - Van Hoorick - Karel Baudewijnslaan 24 - 1861 Wolvertem
Ramy RH RVT - Frederik Lintsstraat 33 - 3000 Leuven
Booghuis - Vlamingenstraat 3 - 3000 Leuven
Ter Vierbeke - Rustoordlaan 3 - 3010 Kessel-Lo
Alvinnenberg - Gaston Feremanslaan 27 - 3001 Heverlee
Centrum Ganspoel - Ganspoel 2 - 3040 Huldenberg
Eigen Thuis - Schildpadstraat 30 - 1850 Grimbergen
Thuisverpleging Martine Vandendriesche - Acaciaaan 13 - 1853 Strombeek-Bever
Thuisverpleging Arous Wemmel - Steenweg op Brussel 260 - 1780 Wemmel

ANDERLECHT - BRUSSEL STAD - HAREN - EVERE

Sint Monika - Blaessstraat 91 - 1000 Brussel
De Ark - Verdunstraat 521/2 - 1130 Haren
Centre Delta - Boulevard de Waterloo 105 - 1000 Bruxelles
Centre Médori - Rue Médori 68 - 1020 Bruxelles

PERWEZ

Bon Pasteur - Rue D'Hoyaux 6 - 7602 Bury
Résidence Brunehaut - Grand Chemin 85 - 7063 Neufvilles
Résidence le Versueil - Bas Du Mont 15 - 7600 Peruwelz



“De Pilootfase zal een viertal maanden duren en is dienstig om de haalbaarheid van het Globaal Plan in al zijn facetten uit te testen, en om voldoende gegevens te verzamelen om budgettaire voorstellen voor verdere uitrol te kunnen doen aan de Federale en Vlaamse betrokken overheden.”

Evaluatievergadering Pilotfase HBN

Op 21 november vond een evaluatievergadering plaats voor de tandartsen die meewerkten aan de Pilotfase Haalbaarheidsstudie Bijzondere Noden (HBN).

Om 14 uur werden de tandartsen onthaald met een kopje koffie. Nadien werden de tandartsen opgedeeld in groepen per regio. Een groep voor de regio Vlaams-Brabant, een groep voor de regio Kempen, een groep voor de regio Oost- en West-Vlaanderen en een groep voor de regio Brussel en Wallonië. In iedere groep werd door iedereen afzonderlijk een vragenlijst

van 21 vragen ingevuld die nadien per groep uitgebreid werd besproken.

Om 16 uur was er een koffiepauze met enkele versnaperingen. Vanaf 16.30 uur vergaderde de groep plenair om de conclusies van de besproken vragen in de volledige groep te bespreken. Dit gesprek werd ingeleid door de coördinator van het project, Stefaan Hanson. De bespreking zelf werd geleid door Prof. Luc De Visschere en Prof. Joke Duyck. De gegevens die uit de evaluatie komen, worden verder verwerkt en opgenomen in het rapport dat afgeleverd zal worden aan het RIZIV.



“De gegevens die uit de evaluatie komen, worden verder verwerkt en opgenomen in het rapport dat afgeleverd zal worden aan het RIZIV.”

De aanwezigen reageerden achteraf zéér positief, blij dat ze hun ervaringen eens konden delen met anderen.

Op deze peer review waren 11 tandartsen aanwezig, 2 tandarts-assistenten, 4 CRT's (coördinerend raadgevende tandartsen), 2 professoren, Kris Vandeveldde (RIZIV), coördinator Stefaan Hanson en assistent-coördinator Ellen De Clerck.

Vanaf 17.30 uur was het tijd voor een aperitiefje gevolgd door een buffet, om de deelnemers de gelegenheid te geven om op een gezellige manier verder hun ervaringen uit te wisselen en vriendschappelijke banden te smeden. ■

Ellen De Clerck



Tandarts Ngo Kinyock Solange en tandarts Diane Van Cleynenbreugel (CRT)



Prof. Luc De Visschere en Prof. Joke Duyck



**SPECIAL
DENT**

Persconferentie Special Dent 2 juli 2013

Het Verbond der Vlaamse Tandartsen is in opdracht van het RIZIV gestart met een pilootproject om preventieve mondzorg aan te bieden aan zelfstandig wonende kwetsbare ouderen, ouderen in woonzorgcentra en mensen met een functiebeperking. De provincie Vlaams-Brabant zorgde voor een bijkomende financiering van 50.000€. Om hen hiervoor te bedanken werd een persconferentie georganiseerd op 2 juli 2013, samen met het OCMW van Leuven.

De persconferentie, die plaatsvond in WZC Booghuyts te Leuven werd geopend door Stefaan Hanson, coördinator van het project. Hij gaf vervolgens het woord aan prof. dr. Joke Duyck (KU Leuven) die het Globaal Plan voorstelde. Monique Swinnen, provinciaal gedeputeerde voor welzijn legde uit waarom de provincie voor deze extra financiële bijdrage heeft gezorgd. Nadien volgden enkele ervaringen vanuit het werkveld vanwege Patricia Sabbe, directeur-coördinator instellingen OCMW Leuven en Sonia Van Hemelrijk, hoofdverpleegkundige van het OCMW-woonzorgcentrum Van Horick in Meise.

Om af te sluiten gaf Steven De Mars, raadgevend coördinerend tandarts voor de regio Leuven-Zaventem, een stand van zaken over het pilootproject, de screenings en behandelingen.

Na een korte vragenronde volgde een receptie met een hapje en een drankje.

Pilootfase Specialdent.be van start in Leuven

Het Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw (VVT) vertegenwoordigt 80% van de actieve tandartsen in Vlaanderen. Reeds geruime tijd kwamen er meldingen van collega's en patiënten dat er om allerlei redenen problemen geïdentificeerd worden over de mondgezondheid van personen met beperkingen en fragiele ouderen.

Wetenschappelijke studies tonen aan dat een verwaarloosde mondgezondheid impact kan hebben op ondervoeding, gewichtsverlies, systemische aandoeningen zoals diabetes, pneumonie, cardiovasculaire en cerebrovasculaire aandoeningen en het ontstaan van focale infecties.

In overleg met de ziekenfondsen werd daarom overeengekomen dat vooreerst

een objectivering van de problemen nodig was. Er werd RIZIV budget vrijgemaakt voor een wetenschappelijke studie, die uitgevoerd werd door het Verbond der Vlaamse Tandartsen in samenwerking met KULeuven en UGent.

De studie resulteerde in het Rapport Pilootproject Tandheelkundige Zorg bij Patiënten met Bijzondere Nodien (PBN) dat gepubliceerd werd in mei 2011. Dit 280 pagina's tellend rapport geeft een inventarisatie van de doelgroepen, een wetenschappelijke analyse van de situatie van de mondgezondheid van de beide doelgroepen, resultaten van bevragingen bij verzorgenden en tandartsen en schetst de zorgverlening van de doelgroepen in andere EU landen. Het rapport sluit af met een aantal concrete voorstellen naar het beleid.

Het rapport maakte nogal wat indruk daar eruit blijkt dat het enerzijds gaat over een omvangrijke groep (565.812 personen) en anderzijds dat een ernstige onderverzorging bestaat bij de beide doelgroepen.

Het RIZIV gaf daarom opdracht aan VVT om de concrete voorstellen uit de wetenschappelijke studie om te zetten naar concrete maatregelen. Bij deze tweede fase werden alle mogelijk betrokkenen uitgenodigd om in de Adviescommissie mee te werken aan het ontwerpen van een Globaal Plan voor de sensibilisering, de preventie en de verzorging van de mondgezondheid van de beide doelgroepen (rapport 25 pag. zie www.specialdent.be).

Professor Joke Duyck zal straks het Globaal Plan kort voorstellen. Nadat het Globaal Plan aanvaard werd konden



SPECIAL DENT



*eerste rij vlnr: Steven De Mars (CRT) en Sonia Van Hemelrijck (hoofdverpleegkundige)
tweede rij vlnr: Stefaan Hanson (coördinator HBN), Monique Swinnen (gedeputeerde Waams-Brabant), Ann De Greef (tandartsassistente HBN) en prof. dr. Joke Duyck (KU Leuven)*

“Wetenschappelijke studies tonen aan dat een verwaarloosde mondgezondheid impact kan hebben op ondervoeding, gewichtsverlies, systemische aandoeningen zoals diabetes, pneumonie, cardiovasculaire en cerebrovasculaire aandoeningen en het ontstaan van focale infecties.”

we overgaan tot hetgeen waarvoor we hier vandaag samen zijn, namelijk het voorstellen van de Pilootfase van het Globaal Plan.

De bedoeling van deze Pilootfase is om de haalbaarheid van alle voorstellen van het Globaal Plan in het werkveld uit te testen en dat gebeurt nu in 5 pilootregio's (Leuven-Zaventem, Kempen, Eeklo-Brugge-Kortrijk, Brussel, Henegouwen).

Voor de Pilootfase werden alle zorgorganisaties uit de Pilootregio's, zowel de instellingen als de thuiszorg, gecontacteerd voor medewerking aan het project. In de bijlagen van de persmap zien jullie welke zorgorganisaties tot heden hun medewerking hebben toegezegd.

Sinds begin april 2013 zijn de Coördinerende Raadgevende Tandartsen (CRT's) gestart met de screenings in de organisaties, en eind mei zijn ook de eerste verzorgingen uitgevoerd met behulp van mobiele eenheden. We zien hier in de zaal een mobiele tandartsstoel en een valies-tandartsinstallatie die hiervoor gebruikt worden.

De Pilootfase zal een viertal maanden duren en is niet alleen dienstig om de haalbaarheid van het Globaal Plan in al zijn facetten uit te testen, tevens ook om voldoende gegevens te verzamelen om budgettaire voorstellen voor verdere uitrol te kunnen doen aan de Federale en Vlaamse betrokken overheden.

Het is belangrijk om te benadrukken dat het VVT, de Adviescommissie PBN, de ziekenfondsen en de betrokken overheden ervan overtuigd zijn dat enerzijds de rol van de verzorgenden en verplegenden primordiaal is voor de dagelijkse mondhygiëne, en anderzijds dat de key-person om de PBN zorgnood te lenigen de "huistandarts" is. Bij elke zorgvraag zal daarom in de eerste plaats door het PBN coördinatiecentrum alles in het werk gesteld worden om de huistandarts van de betrokken patiënt in de mogelijkheid te stellen om de nodige zorgen toe te dienen. Hiertoe zal gepoogd worden om vervoerte faciliteren, een mobiele eenheid met tandartsassistente ter beschikking te stellen, coördinatie te organiseren met de instellingen voor gespecialiseerde zorg.

De Coördinerend Raadgevend tandarts voor deze pilootregio Leuven-Zaventem is collega Steven De Mars en hij zal jullie straks een woordje uitleg geven over zijn eerste ervaringen.

Ik houd er ten zeerste aan om nu reeds onze hartelijke dank uit te drukken aan de Provincie Vlaams-Brabant voor de bijkomende financiering van het project, aan OC/MW Leuven, aan de directie en het personeel van het Booghuis, en aan iedereen die met zoveel inzet dit project helpt realiseren ten behoeve van de kwetsbare mensen die onze twee doelgroepen vormen. ■

Leuven, 02.07.2013
Stefaan Hanson
coördinator PBN

info@specialdent.be

Toelichting globaal plan van aanpak

Zoals collega Hanson al aanhaalde, werd na het onderzoek in 2010-2011 duidelijk dat de mondgezondheid van kwetsbare, zorgafhankelijke mensen niet goed is. Dat onderzoek legde een aantal knelpunten bloot en we zijn vanuit deze knelpunten vertrokken om voorstellen uit te werken die hieraan tegemoet komen. Het uitwerken van deze voorstellen is gebeurd in breed overleg met zoveel mogelijk betrokken partijen, gaande van verpleging/verzorging, zorginstellingen, ziekenfondsen, opleidingscentra, overheidsorganen,

Een eerste belangrijke knelpunt is het feit dat zowel de mensen zelf als hun zorgverleners en -begeleiders zich te weinig bewust zijn van het belang van een goede mondgezondheid en van de problematiek hierrond. De mond maakt deel uit van het lichaam en een slechte mondgezondheid heeft dus een negatief effectief op de algemene gezondheid en ook op de levenskwaliteit.

Als antwoord hierop zijn voorstellen geformuleerd om alle betrokkenen te

sensibiliseren en wordt er werk gemaakt van de integratie van mondzorg in bestaande opleidingen (verpleging, verzorgenden, tandartsen, ...).

Ook tandartsen zelf voelen zich niet altijd voldoende gewapend om zorg voor deze kwetsbare groepen op te nemen. Dus hebben wij ook de opdracht om tandartsen voldoende breed op te leiden zodat de brede basis van algemeen tandartsen deze zorg aankan en dat dit niet moet gedragen worden door een kleine groep tandartsen die zich hier op toeleggen.

Een tweede knelpunt is het gebrek aan preventie. Het voorkomen van tandproblemen kan door het bieden van dagelijkse mondzorg die op zich heel eenvoudig is, nl. het in acht nemen van voedingsadviezen en een goede mondhygiëne. Toch blijken er in de praktijk heel wat drempels te zijn die het moeilijk maken om tot een goede dagelijkse mondzorg te komen. Zo ervaren de zorgverleners op de werkvloer een gebrek aan kennis, ondersteuning en ook vaak tijd om tot die zorg te komen.

Ook hier is bijkomende opleiding aan de orde en zou bijkomende ondersteuning mogelijk gemaakt kunnen worden door o.a. het aanstellen van referentiepersonen mondzorg. Dit zijn mensen binnen een zorgorganisatie (verzorgenden, verpleegkundigen, evt. andere zorgverlener) die zich toeleggen op mondzorg, naar analogie van vb. referentiepersonen wondzorg, diabetes, e.d. Deze mensen krijgen bijkomende opleiding en zullen de andere zorgverleners informeren, ondersteunen en bijspringen waar het moeilijk gaat.

Daarnaast kijken wij ook uit naar de komst van de eerste mondzorgassistenten in België waarover recent een advies aan onze minister van volksgezondheid werd geformuleerd door de Raad voor Tandheelkunde. Deze mondzorgassistenten zouden zelfstandig bepaalde preventieve handelingen mogen uitvoeren die nu voorlopig nog enkel door een tandarts mogen gedaan worden, zoals het verwijderen van tandsteen. Op die manier kunnen zij ook een belangrijke rol vervullen bij het uitrollen van een preventief mondzorgbeleid in zorginstellingen.

Ook wordt voorgesteld om coördinerende raadgevende tandartsen aan te stellen die binnen een zorginstelling een mondzorgbeleid uitstippelen en de andere zorgverleners ondersteunen in de uitvoering hiervan. Ook zal zo'n coördinerende raadgevende tandarts de mondgezondheid bewaken door te screenen en indien nodig voor verdere zorg door te verwijzen.

Een derde grote knelpunt is de ontoreikende toegang tot curatieve mondzorg, dus tot tandheelkundige zorg en ook dat heeft met verschillende zaken te maken. »

“Het voorkomen van tandproblemen kan door het bieden van dagelijkse mondzorg die op zich heel eenvoudig is, nl. het in acht nemen van voedingsadviezen en een goede mondhygiëne. Toch blijken er in de praktijk heel wat drempels te zijn die het moeilijk maken om tot een goede dagelijkse mondzorg te komen.”

“Zo hopen wij de mondgezondheid voor mensen met beperkingen en kwetsbare ouderen te verbeteren om zo ook bij te dragen tot hun algemene gezondheid en levenskwaliteit.”

- » Ten eerste is niet duidelijk waar mensen met beperkingen en kwetsbare ouderen terecht kunnen met een bepaalde zorgvraag.

Soms kunnen deze mensen niet meer naar de tandarts gebracht worden is het dus nodig dat de tandarts tot bij hen komt, hetgeen niet vanzelfsprekend is.

Als de mensen wel vervoerd kunnen worden, dan is het niet altijd evident om dit te organiseren en is de tandartspraktijk niet altijd toegankelijk voor vb. rolstoelgebruikers.

Om hieraan tegemoet te komen worden MONDZORGNETWERKEN voorgesteld en dat is wat in dit pilootproject in Leuven o.a. wordt uitgetest.

Zo'n mondzorgnetwerk bestaat uit verschillende zorgverleners die instaan voor de organisatie en realisatie van (zowel dagelijkse als professionele) mondzorg, dus de referentiepersonen mondzorg, coördinerende raadgevende tandarts, tandartsen die reguliere zorg bieden, tandartsen die meer gespecialiseerde zorg bieden enz.

Deze mondzorgnetwerken worden geografisch verspreid over het land, liefst samenvallende met bestaande zorggebieden (vb. SEL). Ieder mondzorgnetwerk beschikt over een coördinator die zicht heeft op de beschikbare zorgverleners en er voor zorgt dat een zorgvraag zo snel mogelijk door iemand wordt opgevangen. De coördinator ondersteunt ook logistiek, vb. bij organisatie van transport.

Wat betekent dit pilootproject nu concreet?

Concreet voor dit pilootproject betekende dit dat er met de instellingen die interesse vertoonden, overlegd werd, de zorgverleners binnen die instellingen kregen een opleiding in mondzorg, er werden referentiepersonen mondzorg aangesteld en onze coördinerende raadgevende tandarts kwam in actie.

Vooraf werd in kaart gebracht hoe de bestaande mondzorg was in de zorginstellingen die deelnemen aan het project (vb. met welke tandarts werd samengewerkt) en er werd zoveel mogelijk van daaruit vertrokken. Alle tandartsen werden ook aangeschreven met de vraag of ze bereid waren om mee te werken en om een stuk van de zorg op te nemen.

De coördinerende raadgevende tandarts screent nu de personen met bijzondere noden en wanneer een zorgnood wordt opgepikt, wordt nagegaan of behandeling gewenst is en wordt doorverwezen voor verdere zorg, bij voorkeur door de huistandarts. Als de persoon geen eigen tandarts heeft of er is gespecialiseerde zorg nodig, dan zal de coördinator helpen om de persoon bij de juiste zorgverlener te brengen. Ook evt. vervoer e.d. kan dan door de coördinator georganiseerd worden.

Het is de bedoeling om de mensen zoveel mogelijk in de reguliere zorg te houden, maar als gespecialiseerde zorg nodig is, wordt dit aangeboden. Ook als mensen niet meer vervoerd kunnen worden, is er apparatuur ter beschikking om zorg aan bed te bieden.

Het is ook onze bedoeling om alle personen met beperkingen en kwetsbare ouderen te bereiken, dus ook diegenen die niet opgenomen zijn in een zorginstelling, maar die door goede mantelzorg thuis verzorgd kunnen worden.

Dit pilootproject moet duidelijk maken of ons globaal plan van aanpak voor mondzorg voor kwetsbare personen praktisch haalbaar, werkbaar en nuttig is en het moet ons ook een idee geven van het kostenplaatje. Op dit moment moet wel degelijk geïnvesteerd worden om de mondgezondheid van onze doelgroepen te verbeteren, maar het is logisch dat deze voorlopige preventie gerichte aanpak op termijn kostenbesparend zal zijn omdat een preventieve aanpak en tijdige verzorging grotere problemen voorkomt.

Met dit plan hopen wij het belang van mondgezondheid op de kaart te zetten en om mondzorg een stuk toegankelijker te maken. Zo hopen wij de mondgezondheid voor mensen met beperkingen en kwetsbare ouderen te verbeteren om zo ook bij te dragen tot hun algemene gezondheid en levenskwaliteit. ■

Joke Duyck



Ervaringen uit het werkveld

“In het verleden hebben wij reeds pogingen ondernomen om de lokale tandartsen naar ons woonzorgcentrum te lokken voor het toedienen van de meest urgente tandzorgen. Maar het noodzakelijke materiaal is niet steeds binnen bereik om efficiënt werk te kunnen verrichten.”



Residentie Van Horick
vlnr: Katrijn Kumpen (ergotherapeut en deskundige animatie en activatie),
Sonia Van Hemelrijck (hoofdverpleegkundige), Marjolain Ysebaert (verzorgende)

Mijn naam is Sonia Van Hemelrijck. Ik werk als hoofdverpleegkundige in het O.C.M.W.-woonzorgcentrum Residentie Van Horick te Meise. Ons huis telt 64 bewoners. Wij hebben twee afdelingen waarvan één afdeling met lucide bejaarden en één gesloten afdeling waar bewoners gehuisvest zijn met allerlei psychogeriatrische problematiek.

Er werd mij gevraagd om vandaag een woordje uitleg te geven over mijn ervaringen op de werkvloer voor wat mondhygiëne betreft.

Zoals onze bewoners vrije keuze van huisarts hebben, mogen zij ook hun huisarts vrij kiezen. Zolang zij fysiek nog in goede conditie verkeren, vormt het bezoek aan de tandarts meestal geen probleem. Het wordt echter een heel ander verhaal eens de mobiliteit

en/of de geestelijke gezondheid achteruitgaat.

In het verleden hebben wij meermalen pogingen ondernomen om de lokale tandartsen naar ons woonzorgcentrum te lokken voor het toedienen van de meest urgente tandzorgen. Als snel bleek dit niet voor de hand liggend te zijn. Wij begrijpen het volkomen dat onze tandartsen ervoor terugdeinzen om hun goed uitgeruste praktijk

achter te laten en zich naar een woonzorgcentrum te begeven waar het noodzakelijke materiaal niet binnen bereik is om efficiënt werk te kunnen verrichten. Bovendien zit de bewoner in een zetel, op een gewone stoel, in een bed of in een rolstoel, wat haast niet werkbaar is.

Wij zijn dan ook ontzettend blij met dit nieuwe initiatief. Het is ontegensprekelijk zo dat bewoners van een woonzorgcentrum behoren tot de groep van personen met bijzondere noden, met name onze "kwetsbare ouderen".

Ik verduidelijk even onze grootste struikelblokken:

* Voor vele van onze ouderen wordt het zelf uitvoeren van de dagelijkse mondzorg al snel moeilijk, onvoldbende haalbaar tot vaak zelfs onmogelijk. Zij dienen te worden ondersteund en geholpen aan de hand van aangepast materiaal door een gemotiveerd team van ergotherapeuten, verpleeg- en zorgkundigen en alle helpende handen die samen instaan voor het behoud van de zelfredzaamheid.

* Voor wat het bezoek aan de tandarts betreft, mogen we alvast stellen dat het in praktijk zo is dat eens de fysieke en/of mentale toestand dusdanig daalt, enkel nog een selecte groep, goed omringd door naaste familieleden, meestal partner of kinderen, bij de tandarts geraakt.

* Daarenboven vormt, zelfs al is deze goodwill nog aanwezig, de met het ouder worden gepaard gaande verminderde mobiliteit, één van de belangrijkste obstakels om alsnog de lokale tandarts te consulteren. Gelijktijdig met deze achteruitgang van mobiliteit is meestal speciaal rolstoelvervoer aangewezen. Maar ook in de tandartspraktijk ter plaatse dient de bewoner ook nog vanuit zijn rolstoel in de tandartsstoel te geraken soms met beperkte hulpmiddelen zoals een rollator of met hulp van een persoon.

* Niet alleen de fysieke achteruitgang vormt een belemmering maar ook de mentale achteruitgang is een niet te onderschatten obstakel. Een grote categorie van bewoners kan ons niet meer vertellen wat er fout loopt. Hebben ze tandpijn? Past het gebit niet goed meer? Zijn er letsels in de mond door wrijving? Vaak zijn vermagering, rusteloosheid, uitnemen of wegstoppen van het vals gebit, of andere fysieke tekens, de enige signalen waaruit pas na enige tijd kan blijken dat er iets mis is met het mondslijmvlies, met de tanden of met de prothese zelf.

* Een steeds terugkomende vaststelling is dat de mondzorg binnen het avondritueel in alle woonzorgcentra een belangrijk aandachtspunt blijft dat nog steeds voor verbetering vatbaar is. Na het avondmaal start de dagelijkse wedren tegen de tijd om met de aanwezige personeelsleden alle bewoners comfortabel in bed te krijgen met aandacht voor omkleden, toiletbezoek, verfrissen, individuele wensen, enz.... De zo noodzakelijke tandverzorging gebeurt overhaast waardoor we al te vaak inboeten aan kwaliteit.

* Bovendien is de kennis van het gebruik van de juiste producten en materialen nog onvoldbende ingeburgerd zowel bij bewoners, familie als personeelsleden waardoor ook hier nog een grote marge bestaat voor verbetering.

Wat zijn onze groeipunten binnen ons woonzorgcentrum?

* Doordat wij beschikken over een eigen keuken met zelfbereide maaltijden, kunnen wij binnenshuis reeds de nodige aandacht schenken aan gezonde voeding aangepast aan de individuele noden zoals het vooraf snijden van het vlees, malen of mixen, het aanbieden van voldoende fruit en vezels. Op onze tweeweekelijkse teamvergadering worden de aandachtspunten met betrekking tot de voeding, overlopen

met de verantwoordelijke van de keuken en zo nodig bijgestuurd.

* Onze personeelsleden kregen intussen reeds aangepaste vorming door "het Special Dent-team" om onze kennis, vaardigheden en attitude met betrekking tot mondzorg te vergroten.

* Onze mondzorgcoördinator, de ergotherapeut, begeleidt het team voor het handhaven en verbeteren van de mondgezondheid van onze bewoners. Zij signaleert de problemen en fungeert als aanspreekpunt.

Desalniettemin is er toch nog heel wat werk aan de winkel.

Het "Special Dent-project" zal ons zonder enige twijfel helpen om te groeien. Een groot aantal van onze bewoners kijkt alvast uit naar het reeds geplande bezoek van de "mobiele tandzorg-equipe" die binnenkort bij ons gedurende een week ter plaatse komt. Wij zijn overtuigd dat deze positieve evolutie hen alleen maar ten goede zal komen.

Mijn dank gaat uit naar Steven De Mars en Ann De Greef voor de prima begeleiding die wij tot nu toe reeds mochten ontvangen. ■

Sonia Van Hemelryck

