



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**ACADEMIE DE NANCY-METZ  
UNIVERSITE HENRI POINCARE-NANCY1  
FACULTE D'ODONTOLOGIE**

**Année 2010**

**N° 3292**

**THESE**

**Pour le**

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR  
EN CHIRURGIE DENTAIRE**

**Par**

**Smahane RACANATI-MOHRA  
Née le 08 décembre 1978**

**ANALYSE D'UNE EXPERIENCE DE SIX MOIS EN  
TANT QUE CHIRURGIEN-DENTISTE  
VACATAIRE DANS UN ETABLISSEMENT  
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES  
DEPENDANTES (EHPAD) DES VOSGES.**

**Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2010**

**Examinateurs de la thèse :**

**Mlle C. STRAZIELLE**

**Mme D. DROZ**

**M. A. SABATIER**

**M. P. FLORENTIN**

**Mme M.-A. MANCIAUX**

**Professeur des Universités**

**Maître de Conférences**

**Assistant Hospitalo-Universitaire**

**Docteur en Médecine - Gériatre**

**Docteur en Médecine - Gériatre**

**Président**

**Juge**

**Juge**

**Juge**

**Juge**

Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTÉ

Membres Honoraire : Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG - Pr. M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

<b>Sous-section 56-01</b> Odontologie pédiatrique	Mme <b>DROZ Dominique (Desprez)</b> M. PREVOST Jacques M. BOCQUEL Julien Mlle PHULPIN Bérengère M. SABATIER Antoine	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
<b>Sous-section 56-02</b> Orthopédie Dento-Faciale	Mme <b>FILLEUL Marie Pierryle</b> M. BOLENDER Yves Mlle PY Catherine M. REDON Nicolas	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant
<b>Sous-section 56-03</b> Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie légale	M. <i>Par intérim</i> ARTIS Jean Paul Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline	Professeur 1 <sup>er</sup> grade Assistant
<b>Sous-section 57-01</b> Parodontologie	M. <b>AMBROSINI Pascal</b> Mme BOUTELLIEZ Catherine (Bisson) M. MILLER Neal M. PENAUD Jacques M. GALLINA Sébastien M. JOSEPH David	Professeur des Universités* Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
<b>Sous-section 57-02</b> Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. <b>BRAVETTI Pierre</b> M. ARTIS Jean-Paul M. VIENNET Daniel M. WANG Christian M. BALLY Julien M. CURIEN Rémi Mlle SOURDOT Alexandra	Maître de Conférences Professeur 1 <sup>er</sup> grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistante
<b>Sous-section 57-03</b> Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. <b>WESTPHAL Alain</b> M. MARTRETTÉ Jean-Marc Mlle ERBRECH Aude	Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistante Associée au 01/10/2007
<b>Sous-section 58-01</b> Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. <b>ENGELS-DEUTSCH Marc</b> M. AMORY Christophe M. MORTIER Eric M. CUNY Pierre M. HESS Stephan Mlle PECHOUX Sophie	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistante
<b>Sous-section 58-02</b> Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. <b>SCHOUVER Jacques</b> M. LOUIS Jean-Paul M. ARCHIEN Claude M. DE MARCH Pascal M. BARONE Serge Mlle BEMER Julie Mlle MONDON Hélène Mlle RIFFAULT Amélie M. SIMON Franck	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante Assistant Assistante
<b>Sous-section 58-03</b> Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle <b>STRAZIELLE Catherine</b> M. RAPIN Christophe (Section 33) Mme MOBY Vanessa (Stutzmann) M. SALOMON Jean-Pierre Mme JAVELOT Cécile (Jacquelin)	Professeur des Universités* Professeur des Universités Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée au 01/01/2009

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,  
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que  
les opinions émises dans les dissertations  
qui lui seront présentées  
doivent être considérées comme propres à  
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner  
aucune approbation ni improbation.*

## A NOTRE PRESIDENTE DE THÈSE

### **Mademoiselle le Professeur Catherine STRAZIELLE**

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur des Universités

Habilitée à diriger des Recherches

Responsable de la Sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques,  
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir diriger cette thèse. Vos conseils, vos directives et votre dévouement ont été pour nous une aide précieuse qui nous a permis de faire évoluer notre projet.

Avec toute notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

## A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

### **Monsieur le Docteur Patrick FLORENTIN**

Docteur en Médecine

Diplômé en Gérontologie

Médecin coordonnateur de l'EHPAD de Senones (88, Vosges)

Nous vous remercions de nous avoir confiée ce sujet de thèse, de nous avoir guidée dans sa réalisation à l'aide de vos précieux conseils.

Nous vous présentant nos sincères remerciements pour votre bienveillance et votre soutien.

## **A NOTRE JUGE**

### **Madame le Docteur Dominique DROZ**

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

Maitre de Conférences des Universités

Responsable de la Sous-section : Odontologie pédiatrique

Nous vous remercions d'avoir accepté de bien vouloir faire partie de notre jury de thèse.

Pour votre gentillesse tout au long de nos études et votre confiance. Veuillez agréer nos sentiments les plus sincères.

## **A NOTRE JUGE**

### **Monsieur le Docteur Antoine SABATIER**

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section : Odontologie pédiatrique

Nous vous remercions d'avoir accepté de bien vouloir faire partie de notre jury de thèse.

Pour toutes vos compétences cliniques que vous avez bien voulu nous transmettre.

Pour votre bienveillance à notre égard, veuillez agréer notre sincère gratitude.

## A NOTRE JUGE

### **Madame le Docteur Marie-Agnès MANCIAUX**

Médecin des Hôpitaux

Chef de service des Unités de Soins de Longue Durée

Responsable médicale du pôle Gérontologie, Médecine Interne, Soins Palliatifs du CHU de Nancy

Vous nous avez fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Nous vous remercions pour l'intérêt porter à notre sujet. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A mes parents pour leur soutien constant, et pour avoir été les premiers à croire en moi  
En souvenir de mon **grand père** que je garde à jamais dans ma mémoire

A ma **grand-mère** chérie

A mon chèr et tendre **époux**, toujours à mes cotés

A mes sœurs adorées : **Amel, Wafa et Sofia**

A mes frères aimés : **Samir et Fayçal**

A mes chers neveux et adorables nièces :**Aymen, Sami, Loulou, Ritadje, Israa et Maria**

A toute ma famille

A mes amis qui me sont chers : **Aicha, Ziden , Nassima et Nouria**

A mes amis de la Faculté dentaire de Nancy, en particulier **Héloïse et Sarah**

Je remercie tous ceux qui m'ont aidée dans la réalisation et la mise en forme de ce travail,

A cette belle rencontre avec **Carole Petit**

A ceux qui m'ont formée avec patience et attention

A l'équipe soignante de Senones

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>16</b>
<b><u>PREMIERE PARTIE.....</u></b>	<b>18</b>
<b>LA SANTE ORALE DU SUJET AGE</b>	
1. LES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES.....	19
1.1. LA MALADIE CARIEUSE .....	19
1.2. LA MALADIE PARODONTALE.....	20
1.3. LES LESIONS DE LA MUQUEUSE.....	20
1.4. L'EDENTEMENT ET LA PROTHESE DENTAIRE.....	21
1.5. LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION.....	22
2. L'IMPACT DE LA SANTE BUCCALE SUR LA SANTE GENERALE ET LA QUALITE DE VIE DE LA PERSONNE AGEE.....	22
2.1. LA DENUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE.....	22
2.2. INCIDENCE SUR LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET RESPIRATOIRES.....	23
2.3. LE DIABETE.....	24
2.4. INCIDENCE SUR LA QUALITE DE VIE .....	24
<b><u>DEUXIEME PARTIE.....</u></b>	<b>26</b>
<b>LA PRISE EN CHARGE DES SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LES EHPAD</b>	
1. LES EHPAD.....	27
1.1. TYPE DE POPULATION HEBERGEE.....	27
1.2. LE STATUT ET LA TARIFICATION.....	28
1.3. LE PROJET DE VIE DANS LES EHPAD.....	29
1.4. LE CONTRAT DE SEJOUR ET CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DANS LES EHPAD.....	31
1.5. PLACE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LA REFORME DES EHPAD.....	32
2. LE PLAN DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE PRESENTE PAR LE MINISTRE DE LA SANTE.....	33
3. MOYENS ACTUELS DANS LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LES EHPAD.....	35

3.1. LE BUCCOBUS.....	35
3.2. LA MALETTE PORTATIVE.....	36
3.3. L'EXPERIENCE DE L'EHPAD « ARC EN CIEL » A TULINS-ISERE.....	36
3.4. LA PROMOTION DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DANS LES EHPAD.....	36
3.5. L'ASSOCIATION ALPHA SANTE EN MOSELLE .....	37
3.6. L'EXPERIENCE DU RESEAU GERONTOLOGIQUE INTER-ETABLISSEMENTS DU VAL D'OISE.....	37
3.7. L'ANALYSE DES POINTS DETERMINANTS DES DIFFERENTES EXPERIMENTATIONS.....	38
 4. LES ENQUETES ET ETUDES REALISEES EN FRANCE SUR LES BESOINS BUCCO- DENTAIRES DES PERSONNES AGEES EN EHPAD.....	39
4.1. QUELQUES ENQUETES EN FRANCE.....	39
4.2. EVALUATION DES BESOINS BUCCO-DENTAIRES A L'HOPITAL DE SENONES.....	40
4.2.1. PRESENTATION.....	40
4.2.2. LES CHANGEMENTS REALISES A L'EHPAD DE SENONES SUITE A CETTE ETUDE.....	41
4.3. L'ETUDE DU DR.PEIGNER.....	41
4.3.1. PRESENTATION.....	41
4.3.2. LES CHANGEMENTS REALISES A L'EHPAD DE SENONES SUITE A CETTE ETUDE.....	42
 5. LA CERTIFICATION DE L'HOPITAL LOCAL DE SENONES.....	42
 <b>TROISIEME PARTIE.....</b>	<b>43</b>
<b>ANALYSE DES MISSIONS D'UNE VACATION DENTAIRE</b>	
 <b>I. ORGANISATION DU TRAVAIL .....</b>	<b>44</b>
 1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	44
 2. LA METHODE.....	44
2.1. LA POPULATION GENERALE ETUDIEE.....	44
2.2. LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE.....	45
2.3. LE PROTOCOLE MIS EN PLACE POUR L'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE.....	45
2.3.1. PREALABLE.....	45

2.3.2. ORGANISATION DU TEMPS DE LA VACATION.....	45
2.3.3. LES FICHES.....	46
2.3.4. MATERIELS.....	47
2.3.5. LA REALISATION DE LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE.....	47
 3. RESULTATS DE LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE.....	48
3.1. AGE ET SEXE DE LA POPULATION ETUDIEE.....	48
3.2. LA DENTITION.....	49
3.3. L'INFLAMMATION GINGIVALE.....	51
3.4. LA PRESENCE D'INFECTIONS.....	52
3.5. LES BLESSURES DE LA MUQUEUSE.....	53
3.6. LES ANOMALIES DE LA MUQUEUSE.....	53
3.7. L'HALITOSE.....	54
3.8. LA CANDIDOSE.....	55
 4. DESCRIPTION DE LA POPULATION DENTEE.....	56
4.1. LA CARIE DENTAIRE.....	57
4.2. LES INDICES D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE.....	58
4.3. LES HABITUDES D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE .....	60
 5. DESCRIPTION DE LA POPULATION APPAREILLEE.....	62
5.1. LA CANDIDOSE.....	64
5.2. LES BLESSURES DE LA MUQUEUSE.....	64
5.3. L'HYGIENE DES PROTHESES AMOVIBLES.....	65
5.4. LE MATERIEL DENTAIRE.....	67
5.4.1. L'ADHESIF DENTAIRE.....	67
5.4.2. LA BOITE A PROTHESE.....	67
5.4.3. LE PRODUIT DE NETTOYAGE DES PROTHESES.....	68
5.4.4. LA BROSSE A PROTHESE.....	68
5.4.5. LA BROSSE A DENTS.....	69
5.4.6. LA QUALITE D'UTILISATION DU MATERIEL DENTAIRE.....	69
 6. COMPARATIF AVEC L'ETUDE REALISEE EN 2006 A L'EHPAD DE SENONES.....	70

<b>II. REFLEXION SUR L'INTERET ET LES MISSIONS D'UNE VACATION DENTAIRE.....</b>	<b>72</b>
1. LE CONSENTEMENT DES RESIDENTS.....	72
2. LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE.....	73
3. LA REALISATION DES PLANS DE TRAITEMENTS.....	75
3.1. LE REFUS DE SOINS DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES.....	78
3.2. LES SOINS PREVENTIFS.....	78
3.2.1. CONSEILS D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE.....	78
3.2.2. LES PROTOCOLES D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE.....	79
3.2.3. FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT.....	81
3.3. LES SOINS CURATIFS.....	84
3.3.1. ACTION DU CHIRURGIEN-DENTISTE VACATAIRE.....	84
3.3.2. LES PROBLEMES DE COORDINATION.....	85
3.3.3. LE TRANSPORT .....	87
<b>QUATRIEME PARTIE.....</b>	<b>89</b>
<b>LE CAHIER DES CHARGES DU CHIRURGIEN-DENTISTE VACATAIRE</b>	
1. DESCRIPTION DU PROJET.....	90
2. OBJECTIFS.....	90
3. LES PREALABLES AVANT L'ARRIVEE DU CHIRURGIEN-DENTISTE VACATAIRE....	90
4. LES MISSIONS DU CHIRURGIEN-DENTISTE VACATAIRE.....	92
5. MODALITES DE FONCTIONNEMENT.....	93
5.1. LA PERIODICITE DES VACATIONS DENTAIRES.....	93
5.2. LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE.....	93
5.3. EVALUATION DE LA SANTE DENTAIRE ANNUELLE.....	94
5.4. LES SOINS PREVENTIFS.....	95
5.5. L'IDENTIFICATION DES PROTHESES DENTAIRES AMOVIBLES.....	96
5.6. MISE A DISPOSITION D'UN MATERIEL BUCCO-DENTAIRE INDISPENSABLE.....	97

5.7. REALISATION DES TRAITEMENTS CURATIFS.....	97
5.8. FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT.....	99
5.8.1. PERIODICITE DES FORMATIONS.....	99
5.8.2. LE NOMBRE DES PARTICIPANTS.....	99
5.8.3. LES OUTILS UTILISES.....	99
5.8.4. LE CONTENU DE LA FORMATION.....	100
 6. MODALITES DE FINANCEMENT.....	100
6.1. MATERIELS.....	101
6.2. LA VACATION DENTAIRE.....	102
 7. EVALUATION DE LA VACATION DENTAIRE.....	103
 <b>CONCLUSION.....</b>	<b>105</b>
 <b>ANNEXES.....</b>	<b>107</b>
 <b>ANNEXE 1 : LA FICHE D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE.....</b>	<b>108</b>
<b>ANNEXE 2 : LA FICHE DE LIASON DENTAIRE.....</b>	<b>110</b>
<b>ANNEXE 3 : LE COURRIER D'ACCORD DE SOINS POUR LES FAMILLES.....</b>	<b>112</b>
<b>ANNEXE 4 : LE COURRIER DE CHOIX D'UN CHIRURGIEN- DENTISTE.....</b>	<b>113</b>
<b>ANNEXE 5 : LA PROCEDURE GENERALE POUR LES SOINS DENTAIRES A L'EHPAD DE SENONES.....</b>	<b>114</b>
<b>ANNEXE 6 : LES BONNES PRATIQUES D'HYGIENE DENTAIRE.....</b>	<b>116</b>
<b>ANNEXE 7 : LES ALD ET LES SOINS DENTAIRES .....</b>	<b>118</b>
<b>ANNEXE 8 : LA CERTIFICATION DE L'HOPITAL LOCAL DE SENONES.....</b>	<b>119</b>
<b>ANNEXE 9 : LA CONVENTION DE STAGE.....</b>	<b>121</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>123</b>

# **INTRODUCTION**

Les projections en termes de vieillissement de la population française situent la part des seniors de plus de 65 ans à plus de 29% d'ici 2050. Selon les estimations, le nombre de personnes dépendantes devrait atteindre 1,5 millions en 2040 avec l'apparition de 135.000 à 165.000 nouveaux cas de démence par an [FAROZI et Col., 2008].

Face à la proximité de ces échéances, le constat préoccupant de la prévalence de la dépendance dans ces tranches d'âge devrait pousser les pouvoirs publics à se saisir de cette réalité et ce dans toutes les dimensions de la prise en charge. Malgré cela, il apparaît que les politiques de santé publique restent aujourd'hui particulièrement lacunaires en matière de santé bucco-dentaire.

Les particularités bucco-dentaires de la population âgée actuelle ont déjà fait l'objet d'études qui ont mis en évidence un grand délabrement buccal et un grand besoin de soins, en relation directe avec la perte d'autonomie et la grande dépendance.

Par ailleurs, si la demande de soins dentaires par les personnes âgées hébergées en établissement est actuellement limitée, à l'avenir, ce ne devrait plus être le cas. En effet, la future population âgée, habituée à évoluer dans une société où la santé est particulièrement privilégiée, aura eu à cœur tout au long de son existence active et autonome de maintenir un bon état général et en particulier un état buccal de bon niveau, au prix parfois d'investissements financiers importants. Nous imaginons mal à l'avenir que cette population ait à renoncer à ce facteur de qualité de vie, dès l'entrée dans un établissement.

Le docteur HOGARD en 2006 avait évalué dans sa thèse les besoins bucco-dentaires dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Senones (88). Une réflexion sur l'accès aux soins avait alors été menée démontrant qu'il n'y a pas de politique homogène de soins et d'accès aux soins dans les EHPAD de France.

Notre étude se base sur une expérience menée au sein de la même EHPAD. Elle a pour objet l'opportunité et la faisabilité de l'intervention d'un chirurgien-dentiste sous la forme « **d'une vacation dentaire** ». Ainsi, sur la base d'une approche bibliographique, complétée par notre expérience au sein de l'EHPAD et en collaboration avec les intervenants à différents niveaux de la prise en charge bucco-dentaire, nous avons tenté au-delà du simple constat et l'analyse des données, d'exposer une politique spécifiquement dédiée à la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en EHPAD avec comme finalité l'établissement du cahier des charges d'une vacation propre au chirurgien-dentiste en EHPAD.

**PREMIERE PARTIE**

***LA SANTE ORALE CHEZ LE SUJET***

***AGE***

## **1. LES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES [BELMIN et Col, 2009]**

Les dents subissent les effets du vieillissement. L'email s'use et présente souvent des fêlures. Le volume de la pulpe diminue avec la formation continue de dentine devenant moins vascularisée et plus fibreuse. Le niveau de l'os alvéolaire diminue et la récession gingivale qui l'accompagne entraîne la mise à nu d'une partie de la racine dans la cavité orale. En cas de mauvais état bucco-dentaire, les espaces entre les dents augmentent entraînant l'accumulation de plaque dentaire et de tartre avec l'initiation de caries ou de maladies parodontales. Ces pathologies peuvent être les points de départ d'infections focales et le motif de recherche de foyers infectieux.

### **1.1. LA MALADIE CARIEUSE**

La prévalence des caries coronaires varie entre 20 et 80% en fonction du type de la population âgée (à domicile ou en institution), celle de la carie radiculaire varie entre 40 et 90%.

La carie est une maladie infectieuse, opportuniste, qui conduit à la destruction progressive des tissus dentaires et à l'inflammation, d'abord réversible puis irréversible de la pulpe (pulpite). Ce processus conduit à la nécrose de la dent et par conséquent à l'envahissement bactérien de l'ensemble du volume pulpaire. A terme, l'évolution se fait vers la formation d'une parodontite péri-apicale aigue ou chronique. Le risque infectieux et alors important et peut évoluer vers une cellulite.

La carie correspond à un déséquilibre du milieu buccal entre :

- ❖ les facteurs de risque (fréquence des repas, alimentation riche en glucides et/ou en acides, souches bactériennes, faible débit salivaire, accumulation de plaque dentaire, hygiène peu efficace, restaurations dentaires défectueuses, mauvais alignement dentaire,...).
- ❖ les facteurs protecteurs (salive, brossage des dents, comportement préventif, fluor,...).

**Une démarche de dépistage et de prévention est à intégrer aux protocoles de prise en charge et de soin des plus âgés en institution, sachant que la fragilité des sujets entraîne indubitablement leur classement comme sujet à risque élevé de carie.**

## **1.2. LA MALADIE PARODONTALE**

La prévalence des pathologies parodontales est importante chez les personnes âgées entre 80 et 98%. La fréquence des formes sévères augmente aussi avec l'âge.

La maladie parodontale résulte d'un déséquilibre entre l'agression microbienne et l'hôte. Généralement, les patients sont peu conscients de ces maladies et du rôle étiologique du tartre. Les bactéries pathogènes s'organisent progressivement et provoquent une inflammation gingivale réversible si la plaque dentaire est élimée et si l'hygiène bucco-dentaire est efficace. Si l'inflammation perdure, la réponse de l'hôte et l'agression bactérienne entraînent une destruction des tissus de soutien de la dent (os alvéolaire, gencive, attache épithéliale, cément). Cette parodontite peut évoluer jusqu'à l'expulsion de la dent.

Sur le plan clinique, le tableau peut comporter des gingivorragies provoquées ou spontanées, des douleurs, une gêne, une halitose,...

Les conséquences infectieuses, fonctionnelles et esthétiques des maladies parodontales sont nombreuses. Des études ont suggéré que ces maladies seraient associées à certaines pathologies, comme le diabète ou l'athérosclérose [SCULLY, 2007; URCAM, 2002].

## **1.3. LES LESIONS DE LA MUQUEUSE**

Avec l'âge, la muqueuse buccale subit une atrophie fibreuse des glandes salivaires mineures et une augmentation des cellules adipeuses, provoquant sa fragilisation et la diminution de son potentiel de réparation.

L'isolement, la malnutrition et l'absence d'hygiène sont des facteurs prédisposant au développement de pathologies de la muqueuse buccale chez le sujet âgé dépendant.

Plusieurs lésions sont caractéristiques de la personne âgée et par conséquent plus fréquentes :

**La stomatite prothétique** se développe lorsque, à la suite d'une résorption osseuse alvéolaire importante, le rebord de la prothèse dentaire s'appuie sur les tissus muqueux du vestibule. Les ulcérations et leur cicatrisation secondaire favorisent la formation d'un tissu

mou hyperplasique qui a tendance à régresser si l'irritation disparaît, ou à s'étendre et à entraîner des déformations si elle persiste.

**La chéilité angulaire** est commune chez les personnes âgées ayant des prothèses mal ajustées et favorisant une rétention de salive propice au développement de *candida*. Les coins des lèvres fissurés présentent des perlèches.

**La leucoplasie buccale** est la lésion pré-cancéreuse la plus fréquente et la mieux connue à ce jour. Elle forme une plage blanche fermement attachée à la muqueuse buccale dont la localisation dans la cavité buccale est variée. La cause reste encore inconnue, mais certains facteurs locaux tels que la candidose, l'absence d'hygiène buccale, une irritation locale, le tabac et l'alcool ont été incriminés.

Suite à son diagnostic, une hygiène parfaite est à mettre en place et la lésion est à surveiller quotidiennement. Si elle ne disparaît pas après rétablissement de l'hygiène, un traitement à base d'acide rétinoïque par voie orale peut être employé. Sinon, l'excision chirurgicale reste le traitement de choix.

Parmi les cancers de la cavité buccale, le **carcinome épidermoïde** représente 90% des diagnostics néoplasiques. Il peut prendre de multiples aspects, avec induration et chronicité de la lésion. La mauvaise hygiène bucco-dentaire et une irritation prothétique chronique sont des facteurs favorisant leur développement.

#### **1.4. L'EDENTEMENT ET LA PROTHESE DENTAIRE**

L'édentement touche 35 à 60% des individus en institution. La prothèse dentaire est l'une des principales demandes de consultation en Odontologie Gériatrique.

Les prothèses dentaires cherchent à restaurer un handicap. En effet, un mauvais état des prothèses amovibles ou la présence de moins de 20 dents ou 6 unités fonctionnelles (contacts entre deux dents cuspidées antagonistes : prémolaires et molaires) sont associés à un moins bon état nutritionnel [HAS, 2007].

Des troubles des articulations temporo-mandibulaires sont souvent présents chez des personnes aux prothèses dentaires inadaptées. Une diminution de la hauteur d'occlusion provoque une usure exagérée de cette articulation. Il en résulte une dysfonction, caractérisée

par des craquements ou des crépitements, perceptibles à la palpation et qui peut être à l'origine de céphalées voire de troubles de l'équilibre.

### **1.5. LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION**

Les troubles de la déglutition de la personne âgée peuvent être d'origine centrale. Cependant, il existe des causes locales et parmi celles-ci, des étiologies bucco-dentaires :

- les pathologies stomatologiques, les troubles masticatoires liés à la baisse d'efficacité musculaire et surtout à l'édentement. Il existe une corrélation entre la réduction du nombre d'unités fonctionnelles masticatoires (nombre de paires de dents opposables) et l'existence de difficultés de mastication et déglutition. La présence de dents prothétiques ne prévient pas ces conséquences et les sujets porteurs de dentiers complets amovibles ont une efficacité masticatoire réduite de 30 à 75% par rapport aux sujets à la dentition intacte. La perte dentaire, comme le port d'une prothèse dentaire pourraient, par ailleurs, affecter l'initiation de la déglutition pharyngée.

- la xérostomie ou sécheresse buccale, plainte fréquente chez la personne âgée. La fonction salivaire semble assez bien préservée dans la population âgée bien portante et son altération relève le plus souvent de facteurs associés: les médicaments (anti-cholinergiques, diurétiques), une respiration buccale, la radiothérapie, la déshydratation, le diabète, les maladies auto-immunes (syndrome de Sjögren). En plus des troubles de la mastication et de la déglutition, l'hyposialie peut entraîner une dysgueusie, des glossodynies, des sialadénites, des fissurations de la muqueuse buccale, des caries dentaires, une mauvaise haleine.

## **2. L'IMPACT DE LA SANTE BUCCALE SUR L'ETAT DE SANTE GENERAL ET LA QUALITE DE VIE DE LA PERSONNE AGEE** [LAUPIE, 2004 ; BELINGARD et Col, 2009]

### **2.1. LA DENUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE**

La dénutrition protéino-énergétique est une situation fréquente chez les sujets âgés fragiles admis à l'hôpital ou vivant en institution. Les sujets âgés dépendants sont le plus souvent dénutris, avec des taux de prévalence pouvant atteindre un tiers de la population étudiée. Parmi les causes principales de dénutrition se trouve le mauvais état bucco-dentaire

et les pathologies stomatologiques. La Haute Autorité de la Santé a édicté des recommandations qui ciblent clairement la santé bucco-dentaire dans un projet global de prévention de la dénutrition et a placé comme septième facteur de la dénutrition, les dents manquantes [HAS, 2007]. C'est pourquoi, les gériatres intègrent souvent **la prévention et l'amélioration de la santé bucco-dentaire dans un projet global relatif à la dénutrition**. Une santé buccale dégradée affectera **l'efficacité masticatoire**, d'autant plus amoindrie que le nombre de dents absentes est élevé. [ZENG et Col, 2008]

Les conséquences du vieillissement en lui-même se rajoutent à ces manifestations, qui vont affecter le goût et l'odorat, transformant le repas en une formalité désagréable, celui-ci ne remplissant plus qu'une nécessité physiologique quand il n'est pas refusé par le résident. Les habitudes alimentaires se modifient, favorisant des régimes mous ou mixés, plus sucrés, des quantités absorbées qui se réduisent, affectant l'équilibre alimentaire. La dénutrition protéino-énergétique, par réduction des apports caloriques et protidiques, entraîne une perte de poids, une augmentation du risque d'escarres, une fonte musculaire (sarcopénie) responsable d'une diminution du tonus musculaire et de chutes. [BARRE et Col, 2008 ; EDWARDS et MIGLIORATIC, 2008 ; KIYAK et REICHMUTH, 2005]. Tous ces éléments réduisent l'autonomie.

## **2.2. INCIDENCE SUR LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET RESPIRATOIRES [BELMIN et Col, 2009 ; URCAM, 2002]**

Pour **les maladies cardio-vasculaires**, les infections bucco-dentaires sont le seul facteur, en dehors des risques classiques de maladies coronariennes, qui soit associé avec la sévérité de l'athérosclérose des coronaires chez l'adulte. Ainsi, sur une série de 1147 hommes suivis pendant 16 mois, parmi les 207 malades qui avaient développé des maladies cardio-vasculaires, 59 étaient décédés de maladies coronariennes et 40 d'accidents vasculaires cérébraux. Chez ces patients, il a été observé que l'état parodontal augmentait le risque de maladies cardio-vasculaires par un facteur multiplicateur de 1,5 à 3.

Pour **les infections respiratoires**, une étude sur les patients âgés soignés dans les structures de longue durée a fait apparaître que la plaque dentaire et les prothèses dentaires pouvaient constituer un réservoir pour les bactéries pathogènes respiratoires.

### **2.3. LE DIABETE [BELMIN et Col, 2009]**

L'état bucco-dentaire est plus fréquemment altéré chez le patient diabétique âgé. Le diabète augmente le risque de mycoses, de caries, de gingivites et d'une parodontite du fait d'une augmentation du glucose salivaire et d'une diminution de son flux.

Le diabète influe sur la prévalence de la parodontite, qui est de 17,3% chez les diabétiques et de 9% chez les non-diabétiques. Cette pathologie, est considérée comme un facteur de risque de la maladie parodontale.

La prévention repose sur le contrôle du diabète, le brossage des dents et un traitement parodontal, qui comporte une ou plusieurs séances de détartrage, curetage et surfaçage, suivi d'un traitement d'entretien dont le rythme est déterminé par l'importance des troubles et la comorbidité.

### **2.4. INCIDENCE SUR LA QUALITE DE VIE**

L'état de santé bucco-dentaire a des incidences importantes sur l'image corporelle de la personne et par conséquent sur son état psychologique. La dégradation de son aspect physique confronte la personne à son déclin et à la perte de ses capacités. La communication de la personne âgée est affectée par l'apparition de troubles de l'articulation ou par des projections salivaires. Ces deux éléments, diminution de la communication et altération de l'image corporelle, sont des facteurs de dépression et de perte de lien social.  
[POUYSSEGOUR, 2004]

En conclusion, nous venons de voir qu'une altération de l'état de santé bucco-dentaire est en lien avec un ensemble de risques locaux et généraux, parmi lesquels : les infections de la sphère orale (caries, parodontopathies,...) et leurs conséquences (douleurs, difficulté d'alimentation, handicap social), certaines pneumopathies, l'endocardite infectieuse, le diabète, l'athérosclérose, la dénutrition et la dégradation de la qualité de vie.

Sur le plan épidémiologique, la prévalence et l'incidence des maladies bucco-dentaires s'accroissent avec le vieillissement et ce d'autant plus vite qu'apparaissent comorbidité et perte d'autonomie. [BELMIN et Col, 2009]

L'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Il est donc stratégique de permettre le rétablissement et le maintien d'une bonne santé orale jusqu'aux dernières heures de la vie.

Compte tenu de l'évolution démographique et des besoins de soins importants chez la personne âgée, plus particulièrement dépendante, il est capital de mettre en place des collaborations entre médecins et chirurgiens-dentistes autour de programmes de dépistage, de prévention et de soins.

**DEUXIEME PARTIE**

***LA PRISE EN CHARGE DES  
BESOINS BUCCO-DENTAIRES  
DANS LES EHPAD***

## **1. LES EHPAD [LOUIS, 2002 ; RACINE, 2001]**

En France depuis 1999, l'**établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** est la forme d'institutionnalisation la plus répandue qui prend progressivement le relais des hospices et maisons de retraite médicalisées.

En effet, quel que soit leur statut juridique actuel ou leur appellation, les institutions hébergeant des personnes âgées **doivent respecter** la réforme des EHPAD. Cette réforme dépend de la loi du 24 janvier 1997 complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001 et modifiée par la loi de financement de la Sécurité sociale en 2003 et la réglementation applicable aux établissements médico-sociaux (loi de 2002 de rénovation de l'action sociale).

### **1.1. TYPE DE LA POPULATION HEBERGEE**

Les EHPAD sont autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus. Ils accueillent des personnes dépendantes ou non, pouvant être atteintes de démence ou d'handicaps lourds, ils doivent alors justifier d'équipements adaptés et de personnels spécialisés.

Les EHPAD assurent par conséquent un mode d'hébergement différent en fonction de l'état de santé des résidents:

- ils travaillent en réseau avec les structures sanitaires gériatriques pour une prise en charge optimale de la personne âgée malade.
- ils sont le lieu de référence lorsqu'une personne âgée a besoin d'être institutionnalisée du fait de son handicap.

Évaluer l'autonomie d'une personne permet d'élaborer des stratégies à mettre en place pour pallier la perte de l'autonomie à domicile ou en institution: aides familiales, aides professionnelles ou entrée en maison de retraite.

La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso-Ressources) est destinée à évaluer la perte d'indépendance de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Elle sert à calculer le besoin d'assistance pour les actes de la vie quotidienne ainsi que le montant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui peut être attribuée aux personnes âgées ayant une perte d'autonomie. Elle a été modifiée

en août 2008 pour certaines variables et leur cotation, mais le principe de calcul du groupe GIR à partir des variables (au nombre de 17) n'a pas été changé. [BELMIN et Col, 2009]

Les six GIR ('Groupes Iso-Ressources') figurant dans la grille AGGIR définissent ainsi le degré d'autonomie des personnes :

- ❖ **GIR 1** correspond aux personnes confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.
- ❖ **GIR 2** regroupe deux catégories de personnes :
  - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
  - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.
- ❖ **GIR 3** s'applique aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leurs soins corporels.
- ❖ **GIR 4** comprend deux catégories de personnes:
  - celles n'assumant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. En revanche, elles s'alimentent seules pour la plupart.
  - celles n'ayant pas de problèmes moteurs mais devant être aidées pour les soins corporels et pour les repas.
- ❖ **GIR 5** correspond aux personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentant et s'habillant seules, mais ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- ❖ **GIR 6** s'applique aux personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

## 1.2. LE STATUT ET LA TARIFICATION [LOUIS, 2002]

Un EHPAD peut être public, associatif ou privé.

La réforme en cours, relative aux modalités de tarification et de financement des EHPAD introduit la mise en place de forfaits journaliers de prise en charge dans lesquels les soins bucco-dentaires ne sont pas prévus.

Le prix de journée d'un EHPAD est réparti en 3 sections tarifaires:

❖ **Le tarif d'hébergement**

Il est entièrement à la charge du résident ou de sa famille. Le résident peut bénéficier de l'aide au logement (APL) lorsque ses ressources personnelles sont faibles.

❖ **Le tarif de dépendance**

Le tarif est variable en fonction du degré de dépendance de la personne hébergée évalué par l'équipe médicale au moyen de la grille AGGIR. Ce financement est également variable en fonction des établissements, car son taux fixé par l'administration dépend des moyens mis en place par l'EHPAD pour assurer la prise en charge de ses résidents. Il est financé par le Conseil Général.

❖ **Le tarif de soins**

Ce dernier tarif est entièrement pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie qui verse à l'établissement une somme globale forfaitaire. La charge de soins est évaluée pour chaque établissement à l'aide de l'outil Pathos qui est un système d'informations évaluant les niveaux de soins requis par les pathologies diagnostiquées chez chaque résident.

### **1.3. LE PROJET DE VIE DANS LES EHPAD [RACINE, 2001]**

**L'EHPAD est un lieu de vie et de soin. Le projet d'établissement est l'expression écrite de la volonté commune d'une équipe d'améliorer les soins et la vie sociale au sein de l'établissement. L'ensemble du personnel de l'EHPAD et des services qui concourent à la globalité de la prise en charge devra orienter sa démarche de travail dans l'invitation et/ou l'incitation au maintien et/ou recouvrement de l'autonomie des personnes âgées. « Tout faire pour eux, mais rien faire à leur place ». [HOPITAL DE SENONES]**

Un projet global pluridisciplinaire de soins est déterminé pour chaque résident après évaluation de son état de santé physique et psychique et la prise en compte de son niveau de dépendance. Il permet de mettre en place des actions de prévention, de pallier ou de lutter contre la perte d'autonomie et d'éviter la désorientation des résidents.

L'équipe soignante impliquée dans le projet est dirigée par un médecin coordonnateur, assisté d'un cadre de santé, d'infirmières, d'aides-soignantes et d'aides médico-psychologiques. Ces professionnels qui entourent le résident établissent dès son accueil un

‘projet de soins’, qui fait partie du ‘projet de vie personnalisé’. Chaque résident garde le libre choix de son médecin traitant.

#### ❖ Le médecin coordonnateur

La convention tripartite a instauré la présence obligatoire d'un médecin coordonnateur dont le rôle, défini par décret, est d'assurer la coordination et la formation des différents intervenants médicaux et paramédicaux afin de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge des soins.

**Le deuxième décret d'avril 2007 sur l'activité du médecin coordonnateur en EHPAD a enrichi son rôle, en lui confiant une 12<sup>e</sup> mission (12 missions au total) qui est d'assurer un rôle de santé publique, au sein de son établissement.** [BELMIN et Col, 2009]

#### ❖ L'infirmière cadre

Elle seconde le médecin coordonnateur, encadre et anime l'Equipe soignante, et surtout s'assure du respect des prescriptions et de la continuité des soins.

L'article 3 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier déclare que: « **Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes** ».

L'article 5 de ce même décret précise que « **...dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques, à assurer le confort, la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : les soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement,...les soins de bouche avec application de produit non médicamenteux,...** ». [FEN UNSA]

**L'infirmière est donc responsable des soins d'hygiène corporelle et bucco-dentaire.**

#### ❖ Les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques

Ces soignants sont en contact permanent avec les résidents qu'ils accompagnent au quotidien.

Les aides-soignantes sont un maillon important dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, elles ont de nombreux rôles:

➤ l'évaluation de l'état général du résident

- l'évaluation de la nutrition du résident
- l'évaluation de la communication
- un rôle de surveillance et d'alerte
- la transmission des doléances des résidents aux différents acteurs de l'équipe soignante

La circulaire du 19 janvier 1996 relative à leur profession [LELIEVRE] précise leur rôle de « **collaboration dans les soins d'hygiène** ». Les aides-soignantes travaillent donc en collaboration étroite avec les infirmiers pour le bien-être des personnes âgées résidents en EHPAD.

#### **1.4. LE CONTRAT DE SEJOUR ET LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DANS LES EHPAD [LOUIS, 2002]**

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements médico-sociaux: « le respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie : Foyers Logement, Résidences, Maisons de Retraite, Unités de soins Longue Durée... »

L'article L. 311-3 du code de l'Action Sociale et de la Famille vient préciser les droits fondamentaux des résidents accueillis en EHPAD : « **Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité ...** »

Un contrat est signé entre le résident et l'établissement conformément au décret du 20 novembre 2001. Un exemplaire est remis au résident lors de son admission en même temps que le règlement de fonctionnement définissant les droits et les devoirs de la personne accueillie ainsi que les obligations et devoirs liés à la vie collective. En outre, la charte des droits et libertés des personnes accueillies doit y être annexée.

Cette charte a été établie par la commission "Droits et Libertés" de la Fondation Nationale de Gérontologie en 1986. Elle a pour but de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

Parmi les articles de cette charte, nous en retiendrons quelques uns:

❖ **Article III - Une vie sociale malgré les handicaps**

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

❖ **Article IV - Présence et rôle des proches**

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

❖ **Article IX - Droit aux soins**

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

❖ **Article X - Qualification des intervenants**

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

❖ **Article XI - Respect de fin de vie**

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

## **1.5. PLACE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LA REFORME DES EHPAD**

Il est important de noter que le projet dit d'établissement concernant l'organisation et le personnel, ainsi que le projet dit de soins concernant chacun des résidents, n'envisagent à aucun moment la santé bucco-dentaire. La loi de santé publique du 9 août 2004 n'évoque d'ailleurs la santé bucco-dentaire qu'à travers le biais de la dénutrition et non pas comme une pathologie globale ayant de multiples répercussions.

Ces simples faits interpellent fortement les acteurs de la santé, médecins et surtout chirurgiens-dentistes, dans la mesure où le vieillissement programmé de la population verra ce mode d'hébergement en EHPAD se développer inéluctablement.

Actuellement, dans les divers systèmes d'évaluation de l'état de santé, tant à l'entrée dans l'établissement, que durant la résidence, la santé bucco-dentaire est ignorée.

Cette ignorance peut être comprise comme un simple désintérêt de "*tout ce qui touche à la bouche*", masquant l'incidence des pathologies bucco-dentaires sur l'état général des personnes âgées. Elle peut également, le reflet d'une volonté d'écartier à tout prix ce

facteur de risque, craignant qu'il ne vienne à lui seul en quelque sorte perturber l'ordre établi.

Ainsi, dans le décret n° 2001-1084 du 20.novembre.2001 relatif aux modalités d'attribution des prestations liées à la perte d'autonomie des personnes âgées, il est stipulé parmi les indicateurs retenus, que "*le nettoyage de la denture a été supprimé car il s'avère qu'il fait perdre toute sensibilité à l'évaluation sur une variable très importante*".

De même, dans la modalité de remplissage de la grille AGGIR : "*le nettoyage de la denture a été supprimé car la grande majorité des personnes âgées de 80 ans ne se lave plus les dents qu'elle ne nettoie les dentiers. Les soignants ne le font pas toujours de façon systématique, sauf si l'on lance une action de soins spécifiques suite à une pathologie buccale*".

L'amélioration de la santé bucco-dentaire dans la seconde moitié du vingtième siècle, se caractérise par le fait qu'un nombre croissant de personnes âgées ont conservé leurs dents. Une nouvelle discipline, l'odontologie gériatrique a été créée depuis et fait partie de la formation initiale de l'étudiant en Chirurgie dentaire [GLASSMAN et Col, 1994]. Cette discipline, vieille d'une dizaine d'années, est encore trop jeune pour assurer une organisation structurée et réussie de la prise en charge du patient âgé dépendant.

Les expériences se multiplient [BEIGHTON et Col, 2001 ; DEVENNIE et Col, 1998 ; Mac ENTEE, 2000 ; REYNOLDS, 1997] dans le monde entier, pour tenter de trouver des solutions en adéquation avec les habitudes de la population, les instances sociales et politiques des pays concernés.

## **2. LE PLAN DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE PRÉSENTE PAR LE MINISTRE DE LA SANTE**

La politique de maintien à domicile depuis les années 1990 a permis de retarder l'entrée des personnes âgées en institution. Ces dernières entrent alors en EHPAD plus âgées mais avec un niveau de dépendance plus important et des poly-pathologies.

Ceci impose des stratégies de prise en charge multifactorielles, mais l'état de santé bucco-dentaire reste insuffisamment pris en compte. Les données actuelles sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées en France, comme dans le monde entier [ALLOUC,

2001 ; BEIGHTON et Col, 2001 ; URCAM, 2007 ; WEISS et Col, 1993] montrent toutes qu'il s'agit d'un problème de santé publique porteur d'enjeux financiers tout autant qu'organisationnels.

Un plan de prévention bucco-dentaire consacré aux populations de patients à besoins spécifiques a été établi par le Ministère de la Santé et des Solidarités et publié en novembre 2005. La volonté politique clairement affichée était de prendre en charge le problème d'accès aux soins pour cette population âgée déjà fragilisée [MINISTERE DE LA SANTE, 2005].

La mesure n°6 de ce plan concerne les personnes âgées dépendantes hébergées en établissement. Elle souligne l'état bucco-dentaire alarmant de ces personnes fragilisées et son retentissement sur leur état général (infection, dénutrition, dégradation de l'image de soi,...), ainsi qu'un accès difficile à la prévention et aux soins faute d'une offre de soins adaptés dans les EHPAD.

Cette mesure propose d'établir une Charte du Droit à la santé bucco-dentaire pour ces personnes, de former et de sensibiliser les différents acteurs de la prise en charge médicale ainsi que d'installer un matériel dentaire portatif dans chaque établissement afin qu'un chirurgien-dentiste puisse, après un bilan évaluant les besoins personnels et les soins réalisables sur place, effectuer les soins.

Elle se divise en deux parties et préconise des actions préventives et un accès plus facile aux soins :

**- au niveau de la prévention**

Un examen de dépistage doit être systématique pour les personnes âgées dépendantes lors de l'admission dans un établissement afin d'établir un bilan bucco-dentaire complet, selon un protocole précis, ainsi qu'un plan de traitement adapté en accord avec l'ensemble de l'équipe soignante.

Un examen annuel doit assurer le suivi du résident. Ces examens doivent être associés à une sensibilisation du résident et du personnel de l'établissement d'accueil au maintien d'une hygiène bucco-dentaire adaptée.

### **-au niveau de l'accès aux soins**

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 et le décret d'application paru en 2006 prévoient que tous les établissements recevant du public doivent être accessibles aux personnes handicapées, et ce quelque soit leur handicap.

Les protocoles thérapeutiques doivent être adaptés en fonction de la pathologie du patient et après avis du médecin traitant. Ils dépendent de la coopération du patient, directement liée à sa compréhension [MIDON, 2010].

Certains soins peuvent être réalisés sur place par le chirurgien-dentiste qui dispose d'un matériel adapté (équipement dentaire portable). Les soins curatifs invasifs sont réalisés au cabinet dentaire après organisation du déplacement du patient.

## **3. MOYENS ACTUELS DANS LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS BUCCODENTAIRES DANS LES EHPAD**

Beaucoup de projets ont vu le jour dans le but de rétablir une hygiène bucco-dentaire et de répondre à l'immense besoin de soins de la population âgée résidente dans les EHPAD.

### **3.1. LE BUCCOBUS [CPAM, 2004]**

Le projet a été mené de 2005 à 2008 et financé par l'Assurance Maladie et le Conseil régional d'Ile de France dans 12 EHPAD de la région parisienne. Sur les 1269 résidents concernés, 582 personnes âgées avaient accepté de participer à cette expérience, soit 55%. Un autobus aménagé en cabinet dentaire était utilisé pour des consultations dentaires.

Le projet est composé de trois volets :

- ❖ l'éducation et la formation du personnel des EHPAD et des chirurgiens-dentistes intéressés par le projet.
- ❖ un bilan de l'état de santé général et bucco-dentaire au démarrage de l'enquête et à un an.
- ❖ L'organisation de la prise en charge des soins thérapeutiques par la création d'un réseau de chirurgiens-dentistes correspondants et de praticiens libéraux.

### **3.2. LA MALETTE PORTATIVE [BOCHELEN, 2003]**

Il existe des mallettes munies d'un équipement léger et transportable, essentiel pour les soins bucco-dentaires de première nécessité et de confort ou de réparation de prothèses. Ces mallettes sont destinées à permettre des déplacements et soins à domicile. Elles sont à disposition de tous les chirurgiens-dentistes dans les Conseils Départementaux de l'Ordre.

Elles ne sont pratiquement pas utilisées car elles se révèlent lourdes, peu pratique et par conséquent, peu rentable [BOCHELEN, 2003]. Actuellement, les praticiens sont en attente de modalités qui simplifient la gestion, la logistique et l'entretien de cet équipement.

Les CPAM de Paris, proposent que les EHPAD puissent à terme disposer de ces mallettes, par des achats mutualisés pour certains, voire même par anticipation lors du projet de création de l'établissement.

### **3.3. L'EXPERIENCE DE L'EHPAD « ARC-EN-CIEL » A TULINS- ISERE**

[BELINGARD et Col, 2009]

Début 2008, un partenariat national pour la mise en œuvre d'un projet de santé publique, s'inspirant de l'expérience parisienne, a été initié entre l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) et la FCEs (Fondation Caisses d'Epargne pour la Solidarité) comprenant trois volets :

- ❖ la sensibilisation et la formation des différents participants
- ❖ la détermination des besoins en soins bucco-dentaires et les conditions d'accès aux soins
- ❖ la réalisation des soins dentaires nécessaires

### **3.4. LA PROMOTION DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DANS LES EHPAD [LEQUART, 2008]**

Une expérimentation pilote a été réalisée dans trois départements choisis pour la grande implication des acteurs locaux dans l'hygiène bucco-dentaire et un souci de diversité géographique, politique et sociologique: le Morbihan, la Marne et l'Isère.

Une convention a été signée entre UFSBD et l'Assurance Maladie visant à améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes qui séjournent en EHPAD.

Cette action a été pensée pour « pallier les insuffisances en matière d'hygiène buccale et d'accès aux soins dentaires et afin que la prise en charge de la santé dentaire devienne un axe majeur du projet médical pour chaque résident ».

Ceci passe par :

- ❖ l'information et la formation du personnel soignant des EHPAD de ces trois régions aux problèmes bucco-dentaires chez la personne âgée dépendante
- ❖ la mise en place de protocoles d'hygiène bucco-dentaire
- ❖ la formation des praticiens libéraux à la prise en charge, au diagnostic et à la thérapeutique de cette population à besoins spécifiques

### **3.5. L'ASSOCIATION ALPHA-SANTE EN MOSELLE [BELINGARD et Col, 2009]**

L'Association Alpha-santé est à vocation de prise en charge hospitalière des personnes âgées. Elle relève d'un statut privé à but non lucratif.

Le projet de prise en charge des soins bucco-dentaires a été intégré à la convention tripartie de deuxième génération cosignée par la DDASS, le Conseil général et l'Association, l'objet était d'obtenir un financement des soins.

Le projet comporte deux étapes :

- ❖ la réalisation de bilans bucco-dentaires au sein des établissements.
- ❖ la réalisation des soins curatifs.

La mise en œuvre du projet nécessite :

- ❖ l'intervention de chirurgiens-dentistes pour la réalisation des bilans.
- ❖ une convention avec des partenaires ou un réseau.

### **3.6 EXPERIENCE DU RESEAU GERONTOLOGIQUE INTER ETABLISSEMENTS DU VAL D'OISE (REGIS-95) [BELINGARD et Col, 2009]**

Ce réseau a été conçu dans un objectif de mutualisation des moyens et des compétences et regroupe en son sein 60 établissements, tous statuts confondus. L'objet du réseau est de promouvoir le bien-être des personnes âgées en établissement, par le biais de l'amélioration des pratiques professionnelles.

Un projet a été mis en place pour améliorer la prise en charge de la santé dentaire. Il a été défini et mis en œuvre à compter de 2007 dans 14 EHPAD et 1 SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), autour des quatre axes suivants, dont les deux premiers ont déjà été lancés :

- ❖ assurer une aide personnalisée à l'hygiène bucco-dentaire, par la formation des professionnels
- ❖ instaurer une évaluation bucco-dentaire (bilan à l'admission)
- ❖ organiser une filière de soins permettant un suivi et la délivrance de soins adaptés
- ❖ organiser des ateliers d'éducation thérapeutique des seniors

### **3.7. L'ANALYSE DES POINTS DETERMINANTS DES DIFFERENTES EXPERIMENTATIONS**

Nous pouvons dégager 4 points déterminants dans ces différentes expérimentations et projets :

- ❖ **l'information et la formation** des différents intervenants dans la prise en charge de la santé dentaire. Elles sont indispensables car très peu abordées dans les formations initiales des différents acteurs de la santé.
- ❖ **les bilans bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste**, pour évaluer les besoins en soins du résident et l'orienter vers un dentiste libéral.
- ❖ **la gestion de l'accès aux soins** en secteur libéral, en ambulatoire et en milieu hospitalier.
- ❖ **l'intégration dans un réseau de soins**. La prise en charge bucco-dentaire est à relier à d'autres facteurs (le vieillissement, diabète, problèmes de nutrition,...), permettant une prise en charge globale du résident.

Si les deux premiers axes sont faciles à mettre en place, l'accès aux soins présente des difficultés car il requiert une implication de différents secteurs et une logistique qui doit être organisée.

## **4. LES ENQUETES ET ETUDES REALISEES EN FRANCE SUR LES BESOINS BUCCO-DENTAIRES DES PERSONNES AGEES EN EHPAD**

Le problème étant mondial, les enquêtes sont nombreuses, tant dans les pays industrialisés que dans les pays émergeants. [BEIGHTON et Col, 2001 ; DEVENNIE et Col, 1994,1998 ; KIYAK et RIECHMUTH, 2005 ; LEQUART, 2008]. Le constat est toujours alarmant.

En France, de nombreuses études ont été réalisées, nous nous attacherons particulièrement à celles réalisées dans l'établissement dans lequel nous avons travaillé.

### **4.1. QUELQUES ENQUÊTES EN FRANCE**

Plusieurs enquêtes ont été menées dans différents départements:

- ❖ trois études entre 2001 et 2005 menée par CPAM de l'Essonne. [BELINGARD, et Col, 2009]
- ❖ une enquête en 2003 menée par l'URCAM des pays de Loire. [CAILLO, 2004]
- ❖ une enquête en 2004 menée par l'URCAM de Bretagne. [CAILLO, 2004]
- ❖ une enquête menée 2005 par URCAM de Poitou-Charentes. [URCAM, 2007]

**Toutes ces enquêtes ont démontré un mauvais état bucco-dentaire et l'absence de suivi bucco-dentaire des résidents des EHPAD:**

- ❖ environ 70% des patients ont en moyenne 8 dents sur l'arcade dont 4 sont saines.
- ❖ l'édentation est importante et oscille entre 17% et 38%
- ❖ le déficit de soins bucco-dentaires varie de 66% à 80%
- ❖ 90% des résidents nécessitent l'instauration d'une hygiène bucco-dentaire
- ❖ 75% des patients ont besoin d'au moins un soin dentaire d'ordre préventif ou curatif
- ❖ 50% des patients ont des prothèses non adaptées et 50% environ ne sont pas appareillés
- ❖ le score CAO (indice du nombre de dents cariées, absentes ou obturées) varie de 20 à 23 dents, ce qui est élevé puisque le score maximal est de 28

## **4.2. ÉVALUATION DES BESOINS BUCCO-DENTAIRES À L'HÔPITAL DE SENONES [HOGARD, 2006]**

### **4.2.1 PRESENTATION**

Cette étude était réalisée en octobre 2004, par le Dr. Hogard sur la population de l'EHPAD de Senones. Nous allons la détailler plus précisément car elle concerne l'établissement dans lequel nous avons travaillé dans le cadre de notre thèse.

L'action consistait en:

- ❖ la réalisation d'une observation clinique bucco-dentaire et le recueil des antécédents médicaux des patients
- ❖ l'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire des patients ainsi que leurs capacités à réaliser eux même les soins d'hygiène buccaux et prothétiques
- ❖ l'évaluation de leur état bucco-dentaire et les besoins en soins qui en découlent

Les résultats de l'étude ont montré:

- ❖ **Sur le plan général**
  - la population est majoritairement féminine
  - 80% de la population se situe entre 75 et 95 ans, ce qui fait d'elle une population très dépendante
  - les pathologies chroniques les plus fréquentes sont les atteintes neurologiques et cardio-vasculaires, avec majoritairement des patients présentant un terrain poly-pathologique
- ❖ **Sur le plan dentaire**
  - 78% de la population nécessitent des soins curatifs chez un chirurgien-dentiste
  - les patients dentés présentent en moyenne plus d'une racine résiduelle et plus d'une dent cariée en bouche
  - seulement 5% de la population a un état bucco-dentaire satisfaisant. Elle concerne des personnes édentées, appareillées de façon correcte et autonome pour leur hygiène bucco-dentaire
  - 30% des résidents n'ont aucune hygiène buccale
  - 12% des résidents dentés se plaignent de douleurs buccales

- 80% des résidents dentés présentent de la plaque dentaire
- 18% des résidents dentés disent avoir des difficultés à mastiquer
- 69% des édentés ne sont pas appareillés de façon satisfaisante

#### **4.2.2. LES CHANGEMENTS RÉALISÉS À L'EHPAD DE SENONES SUITE À CETTE ÉTUDE**

À la suite de l'évaluation du Dr. Hogard, l'administration et l'équipe soignante de l'EHPAD de Senones ont entrepris un programme ambitieux concernant la santé bucco-dentaire avec à terme la création d'une vacation dentaire au sein de l'établissement.

Dans ce cadre, les chirurgiens-dentistes libéraux, l'équipe soignante de l'EHPAD et le médecin coordonnateur se sont impliqués de façon importante dans l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la façon suivante:

- ❖ prise de conscience de l'équipe soignante des interactions qui existent entre la santé bucco-dentaire et la santé globale
- ❖ dépistage des pathologies buccales
- ❖ élaboration de protocoles de soins réalisés par les chirurgiens-dentistes libéraux
- ❖ valorisation de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique: aménagement du temps de travail des aides-soignantes pour disposer de plus de temps pour la toilette buccale
- ❖ interventions régulières des chirurgiens-dentistes traitants en résidence pour diagnostiquer, traiter et veiller à l'adaptation des prothèses. L'administration mettait à leur disposition son personnel d'animation et ses aides-soignantes.

#### **4.3. L'ÉTUDE DU DR. PEIGNER [PEIGNER, 2006]**

##### **4.3.1. PRESENTATION**

Dans le cadre de sa thèse, le Dr. Peigner a élaboré un support pédagogique pour la formation à l'hygiène bucco-dentaire du personnel soignant en charge des personnes âgées fragilisées en EHPAD.

Il a testé cette formation dans plusieurs établissements de long séjour à Nancy et à l'EHPAD de Senones.

Il a relevé le problème du turn-over élevé de l'effectif de l'équipe soignante responsable du maintien de l'hygiène corporelle du résident. En effet, des facteurs limitent la pérennisation d'un niveau d'hygiène satisfaisant, et tout particulièrement le défaut de formation du contingent des aides-soignantes sans cesse renouvelé.

#### **4.3.2. LES CHANGEMENTS RÉALISÉS À L'EHPAD DE SENONES SUITE À CETTE ÉTUDE**

L'administration, le médecin coordonnateur et les médecins traitants ont soutenu cette initiative de formation dans le domaine dentaire.

Ce support pédagogique est utilisé actuellement par les chirurgiens-dentistes et notamment le Dr. PETIT, dans les écoles d'aides-soignantes des Vosges afin d'assurer leur formation initiale dans le domaine dentaire.

Nous avons emprunté ce support pour assurer les formations dentaires dans l'EHPAD de Senones durant notre étude.

#### **5.LA CERTIFICATION DE L'HOPITAL LOCAL DE SENONES [HAS, 2008] [ANNEXE 8-8bis]**

L'hôpital de Senones a obtenu sa certification au niveau sanitaire en Avril 2008. Dans le rapport des experts, il est noté que : « les efforts fournis par l'administration, l'équipe soignante, les dentistes libéraux et le médecin coordonnateur en terme de santé dentaire ont favorisé l'obtention de l'accréditation de l'établissement ».

En effet, ils ont souligné les actions remarquées sur l'hôpital, et parmi celles-ci le travail de l'équipe soignante de l'hôpital concernant la santé bucco-dentaire suite à l'étude du Dr.Hogard qui **avait objectivé les besoins dentaires**.

Le travail qui nous a été proposé était de répondre à cette demande et d'établir sur la base de l'expérience déjà acquise par l'établissement dans lequel nous avons travaillé, une solution dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire par la création d'une vacation de chirurgien-dentiste. Celui-ci, à l'instar du médecin coordonnateur, aurait pour rôle d'organiser les soins préventifs et curatifs des résidents de l'établissement, afin de répondre au maintien de leur bien-être.

**TROISIEME PARTIE**

***ANALYSE DES MISSIONS D'UNE  
VACATION DENTAIRE***

## ***I. ORGANISATION DU TRAVAIL***

### **1. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Nous sommes devenue chirurgien-dentiste vacataire bénévole de l'EHPAD de Senones pendant 7 mois, du 1 décembre 2008 au 30 juin 2009.

Notre but était de définir et de tester les actions et rôles d'un chirurgien-dentiste au sein d'un tel établissement ainsi que son intégration dans une équipe soignante.

Cette étude a été réalisée à la demande du médecin coordonnateur de l'établissement, le Dr Florentin, particulièrement investi dans la santé bucco-dentaire des résidents.

Dans un souci d'organiser et d'améliorer leur prise en charge à la fois préventive et curative, **nous avons organisé une vacation dentaire en EHPAD et testé la faisabilité des différentes missions fixées.**

Nous avons réalisé:

- ❖ une consultation dentaire initiale pour chaque résident
- ❖ la création d'un dossier de suivi dentaire en EHPAD pour chaque résident
- ❖ l'organisation des soins préventifs en institution
- ❖ l'organisation des soins curatifs dans les cabinets libéraux

### **2. LA METHODE**

#### **2.1 LA POPULATION GENERALE ETUDIEE**

La population étudiée est composée de résidents de l'EHPAD de Senones (88) qui compte 101 personnes.

Les résultats statistiques ont porté sur les 81 résidents qui ont accepté la consultation dentaire.

Toutes les données ont été recueillies par la même personne, nous-même, lors des vacations que nous testions.

## **2.2. LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE**

La consultation dentaire initiale permet de faire connaissance avec le résident, d'évaluer son état bucco-dentaire (hygiène et soins), d'entendre sa demande et de vérifier son autonomie, son degré de dépendance et sa coopération.

## **2.3. LE PROTOCOLE MIS EN PLACE POUR L'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE**

### **2.3.1. PREALABLE**

Nous avons mis en place en concertation avec la direction de l'hôpital une convention qui nous a permis d'entamer cette étude.

Nous avons envoyé par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital deux courriers aux familles:

- un courrier d'accord de soins pour que le résident bénéficie d'une consultation dentaire gratuite dans sa chambre, avec les objectifs de notre action [ANNEXE 3]
- Un courrier de demande de renseignements portant sur le choix du chirurgien-dentiste traitant du résident. Ce choix doit être inscrit dans le dossier médical du résident au même titre que son médecin traitant [ANNEXE 4]

### **2.3.2. ORGANISATION DU TEMPS DE LA VACATION**

Nous nous sommes organisée de la façon suivante:

- ❖ Nous nous rendions à l'EHPAD tous les 15 jours
- ❖ Nous participions aux réunions de transmissions de l'équipe médicale, et prenions connaissance des doléances des patients recueillis par l'équipe soignante
- ❖ Nous pratiquions les visites dentaires dans les chambres des résidents.
- ❖ Nous remplissions les fiches d'examens dentaires, que nous rangions dans les dossiers médicaux
- ❖ Nous transmettions les consignes à l'équipe soignante concernée
- ❖ Nous organisions la prise en charge des résidents pour les soins en cabinet dentaire avec l'aide de l'équipe médicale

- ❖ Nous mettions à jour les fiches dentaires après chaque nouvelle visite

### 2.3.3. LES FICHES

Nous avons mis en place deux fiches différentes:

- ❖ **la fiche d'examen dentaire [ANNEXE 1-1bis]**

Cette fiche individuelle comprend plusieurs éléments:

- les données administratives du résident
- les données médicales avec les antécédents médicaux
- la personne de confiance désignée par le résident : **art L 1111-6 du code de la santé public. La personne de confiance est consultée dans le cas où le résident ne peut exprimer sa volonté et recevoir toute l'information nécessaire. La désignation de cette personne est révocable à tout moment** [LOUIS, 2002]
- le dentiste référent avec ses coordonnées
- l'évaluation initiale de l'état bucco-dentaire et prothétique ainsi que du niveau d'hygiène du résident
- les décisions thérapeutiques (préventives et curatives) à mettre en place et les facteurs limitant
- le protocole d'hygiène dentaire à mettre en place pour le résident et sa réalisation par l'équipe soignante

- ❖ **la fiche de liaison dentaire avec les chirurgiens-dentistes libéraux [ANNEXE 2-2bis]**

Cette fiche intègre les éléments suivants:

- les données administratives du résident
- les données médicales du résident:
  - les antécédents médicaux du patient
  - l'évaluation du risque infectieux
  - les résultats d'analyses biologiques et radiologiques
  - la liste des médicaments en cours

- l'évaluation de l'état bucco-dentaire du patient réalisé par le chirurgien-dentiste vacataire
- la liste des décisions thérapeutiques préventives et curatives à réaliser sur le résident par le chirurgien-dentiste libéral choisi

Cette fiche doit accompagner le résident à chaque visite dentaire et revenir complétée par le praticien, notifiant les soins accomplis et ceux à faire au rendez-vous suivant ainsi que, éventuellement, les précautions à prendre.

Ces deux fiches restent dans le dossier médical du patient et sont mises à jour à chaque intervention dentaire sur le résident.

#### **2.3.4. MATERIELS**

Au cours du déroulement de l'étude, nous avons eu besoin:

- ❖ de kits d'examen dentaire jetables
- ❖ d'une lampe de poche
- ❖ de gants jetables
- ❖ de compresses non stériles
- ❖ d'un chariot
- ❖ d'une poubelle pour déchets biologiques
- ❖ des fiches de soins personnalisées
- ❖ des fiches de liaison avec les chirurgiens-dentistes libéraux

#### **2.3.5. LA REALISATION DE LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE**

La consultation dentaire a lieu **dans la chambre** du résident qui a accepté de participer à l'étude. Il est important de souligner qu'elle doit se dérouler dans un endroit qui assure le secret médical et la confidentialité des données recueillies. Ces mesures sont difficiles à mettre en œuvre dans les chambres doubles avec des colocataires grabataires. L'installation du résident lors de l'examen dentaire est variable en fonction:

- du degré de dépendance du patient (autonome ou handicapé...)
- de la position quotidienne du patient (chaise, lit ou fauteuil...)

La fiche de consultation dentaire est remplie et complétée pendant cette première visite. Les données sont recueillies lors d'un interrogatoire sur les antécédents dentaires, d'un examen bucco-dentaire, et d'un inventaire du matériel utilisé par le résident pour son hygiène bucco-dentaire.

Le reste des données est recueilli dans le dossier médical du résident ou lors de la venue du médecin-traitant en visite à l'EHPAD, qui nous renseigne sur son autonomie, les contre-indications de soins et la médication en cours.

Les renseignements administratifs du résident sont donnés par le secrétariat de l'établissement.

Au cours de l'étude, nous n'avons pas rencontré de grandes difficultés pour réaliser l'examen dentaire, sauf pour deux patients présentant un syndrome démentiel très avancé et une agitation importante et avec lesquels nous n'avons pu instaurer un contact.

### **3.RESULTATS DE LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE**

Les consultations nous ont permis d'évaluer l'état bucco-dentaire et les besoins en soins. Nous allons dans cette partie les obtenus.

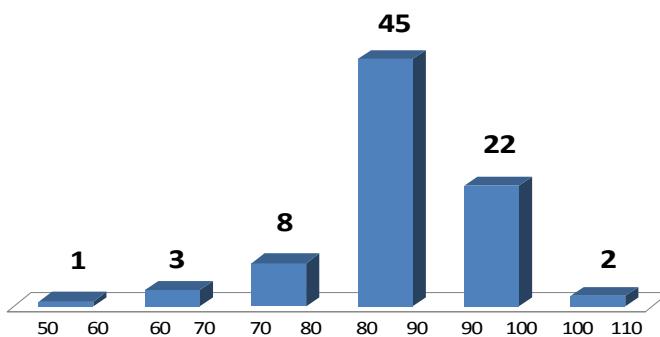
Ces résultats statistiques sont descriptifs, ils évaluent successivement:

- ❖ l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents
- ❖ le niveau d'hygiène bucco-dentaire et prothétique des résidents
- ❖ les besoins thérapeutiques de la population de l'EHPAD

#### **3.1. AGE ET SEXE DE LA POPULATION ETUDIEE**

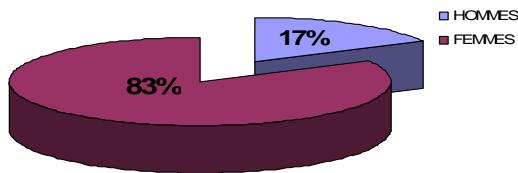
L'âge total moyen de la population est de  $86\pm8$  ans, la personne la plus jeune ayant 57 ans et la plus âgée 101 ans.

Lorsque la population est classée par tranche d'âge de 10 ans, nous constatons que notre population est âgée, 83% des résidents ( $N=67$ ) se situant entre 80 et 100 ans. Des études précédentes dans la région de Nancy ou en Lorraine ont montré une répartition semblable. [El MAAZI, 2005].



**Figure 1 – Distribution de l'âge des résidents de l'EHPAD**

L'âge moyen des femmes est de  $87 \pm 8$  ans et celui des hommes est de  $83 \pm 8$  ans, sans que cette différence soit significative entre les deux groupes ( $p < 0,05$ ).



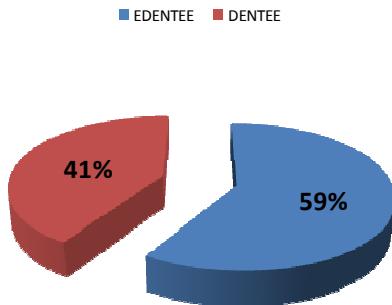
**Figure 2 - Répartition des sexes dans la population**

De nombreuses enquêtes épidémiologiques effectuées dans les pays industrialisés ont montré que la longévité des femmes est plus importante que celle des hommes. La population se « féminise » au fur et à mesure des années, ce qui explique la différence de répartition que nous observons ici. Notre population est en majorité féminine (83% soit N=67). [BELMIN et Col, 2009 ; INSEE]

### 3.2. LA DENTITION

L'absence totale de dents a des répercussions physiologiques et psychologiques sur les personnes âgées qu'elles soient appareillées ou non. A ce stade, les résidents estiment qu'il n'est plus utile de consulter un dentiste régulièrement. Or, certaines pathologies telles que les lésions cancéreuses, même si elles évoluent lentement chez la personne âgée,

augmentent en fréquence avec l'âge et une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Evoluant à bas bruit, elles sont diagnostiquées tardivement. [BELMIN et Col, 2009]



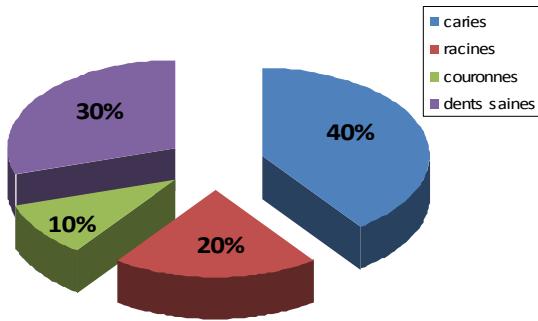
**Figure 3 - Répartition de la dentition**

Plus de la moitié de la population est édentée ( $N=48$  soit 59%). Nous avons compté dans la catégorie des édentées, les personnes qui présentent des racines sous les prothèses ( $N=8$  soit 17%).

Parallèlement à cette répartition, un « **indice de délabrement dentaire** » a été calculé. Proche de l'indice CAO, cet indice regroupe les dents absentes, les dents cariées, les racines et les dents couronnées.

L'indice moyen est de  $26,6 \pm 3,7$ , très proche de la valeur maximale de 28, qui correspond au nombre total de dents (les dents de sagesse n'étant pas incluses). Il représente un grand délabrement de l'état bucco-dentaire, caractéristique d'une population âgée et rurale en France. L'édentement partiel ou total est plus précoce à la campagne que dans le milieu urbain. Il signe également le résultat de divers facteurs comme les carences alimentaires de la seconde guerre mondiale, le manque d'hygiène et de soins conservateurs, caractéristique de la première moitié du vingtième siècle. [BELMIN et Col, 2009]

La population étudiée présente un mauvais état bucco-dentaire, nécessitant des soins curatifs et préventifs.



**Figure 4 – Distribution des différentes lésions dentaires**

Lors de nos entretiens avec les résidents, nous avons été frappée par la faible demande en soins de leur part. Toutefois, lorsque nous leur signalons la nécessité de voir un chirurgien-dentiste pour des soins, 80% des résidents (N=64) déclarent vouloir se faire soigner mais sont freinés par les difficultés d'accès aux soins dentaires.

Ces difficultés sont plus importantes en milieu rural avec des régions délaissées par les professionnels de santé et un niveau socio-économique bas de la population [ONCD, MAI 2004].

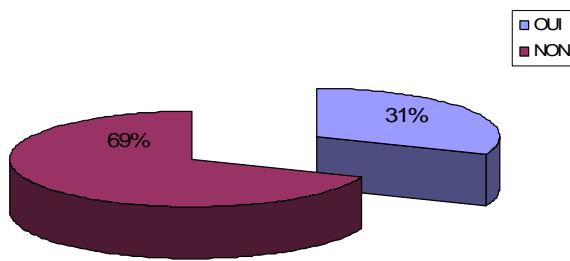
De plus, certains patients souffrent de troubles cognitifs et sont dépendants de l'équipe soignante pour la prise en charge des soins dentaires.

### 3.3. L'INFLAMMATION GINGIVALE

La maladie parodontale (gingivite ou parodontite) est caractérisée par des phénomènes inflammatoires [ETIENNE et Col, 2000] :

- ❖ modifications physiologiques de la muqueuse gingivale
- ❖ perte d'élasticité de la muqueuse
- ❖ baisse des défenses immunitaires contre les agressions microbien
- ❖ résorption osseuse alvéolaire

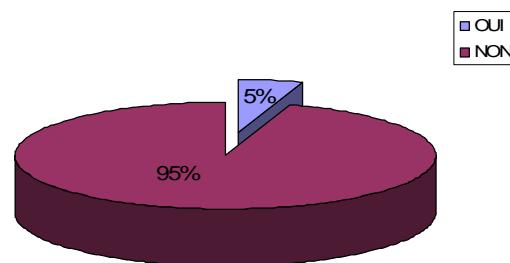
L'inflammation gingivale est constatée au passage de la sonde qui provoque un saignement localisé ou généralisé. Elle progresse lentement et peut être à l'origine d'une maladie parodontale.



**Figure 5 - Répartition de l'inflammation gingivale**

Un tiers (31% soit N=25) de la population présente une inflammation gingivale. Il faut souligner que ce résultat est biaisé par le fait qu'il correspond à l'ensemble de la population, dentée et édentée. L'inflammation gingivale est le plus souvent corrélée à la présence de dents sur l'arcade et à un manque d'hygiène dentaire.

### 3.4. LA PRESENCE D'INFECTIONS



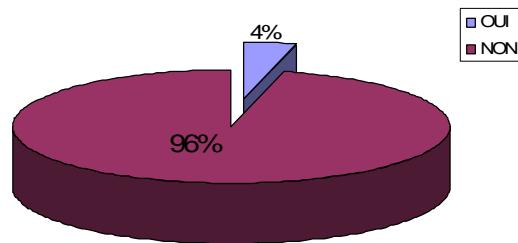
**Figure 6 - Répartition des infections**

Seul 5% (N= 4) de la population présente une infection dentaire.

Ces infections peuvent être dues à:

- ❖ un abcès dentaire
- ❖ un abcès parodontal
- ❖ un autre facteur comme une maladie systémique ou une pathologie cancéreuse (exemple de la leucémie)

### **3.5.LES BLESSURES DE LA MUQUEUSE**



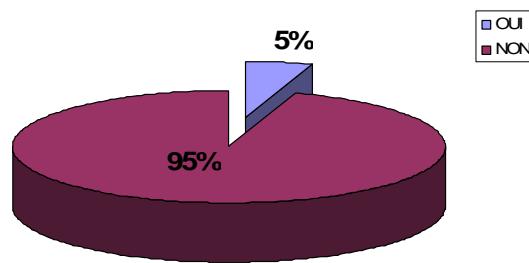
**Figure 7 – Répartition des blessures de la muqueuse buccale**

Seulement 4% (N=3) de la population présente des blessures au niveau de la muqueuse buccale témoin de la bonne adaptation des prothèses dentaires.

### **3.6. LES ANOMALIES DE LA MUQUEUSE**

Les anomalies que nous avons observées au cours de nos consultations sont:

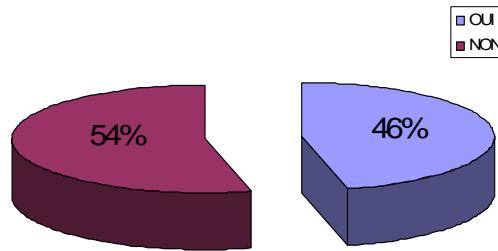
- ❖ des tatouages de la muqueuse gingivale dus à la présence d'anciens amalgames ou de matériaux d'obturations métalliques
- ❖ des excroissances des muqueuses linguale et jugale



**Figure 8 - Répartition des anomalies de la muqueuse**

Comme précédemment, les anomalies de la muqueuse sont faibles et n'intéressent que 5% de la population étudiée (N=4).

### 3.7. L'HALITOSE



**Figure 9 – Répartition de l'halitose**

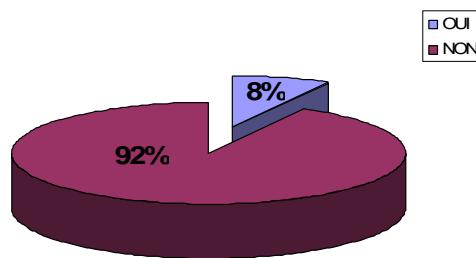
Environ la moitié de la population (46% soit N=37) présente une halitose buccale. Les odeurs désagréables proviennent de l'activité bactérienne orale qui produit des dérivés soufrés responsables de pathologies inflammatoires buccales telle que la gingivite ou la parodontite [ETIENNE et Col, 2000].

La mauvaise haleine peut provenir de causes locales et générales :

- ❖ la mauvaise hygiène dentaire
- ❖ le bourrage alimentaire et la maladie parodontale
- ❖ les infections ORL
- ❖ le tabac
- ❖ l'hyposialie
- ❖ les pathologies systémiques: le diabète (acidocétose), la néoplasie, les infections digestives à germes anaérobies, le reflux gastrique et les sinusites chroniques

Dans notre population, l'inflammation gingivale est certainement le facteur le plus important de l'halitose.

### 3.8. LA CANDIDOSE



**Figure 10 - Répartition de la candidose**

Seulement 8% de la population (N=6) étudiée présente une candidose. Les études précédentes dans la région Lorraine présentent des résultats aussi faibles sinon inférieurs. [ELMAAZI, 2005 ; HOGARD, 2006]

La candidose est une pathologie souvent méconnue par les équipes soignantes qui ne prennent pas le temps d'inspecter la bouche. Le chirurgien-dentiste est bien souvent le mieux placé pour dépister une candidose buccale. [BROCKER et Col, 2002]

Les différentes candidoses constatées durant l'étude sont :

- ❖ la candidose pseudomembraneuse aiguë (muguet)
- ❖ la chéilité angulaire ou perlèche angulaire
- ❖ la stomatite sous-prothétique

Chez les personnes âgées, les plaintes, quand elles existent, portent sur une sensation de brûlure de la langue ou de la muqueuse jugale, de sécheresse buccale, d'halitose, de dysgueusie ou d'agueusie.

Les difficultés alimentaires qui en découlent aggravent une dénutrition et une déshydratation, souvent préexistantes chez la personne âgée.

La candidose buccale peut compromettre l'état de santé du patient avec un risque d'envahissement du tube digestif et de dissémination par voie hématogène.

Les **facteurs locaux** favorisants sont :

- ❖ la mauvaise hygiène des prothèses dentaires amovibles

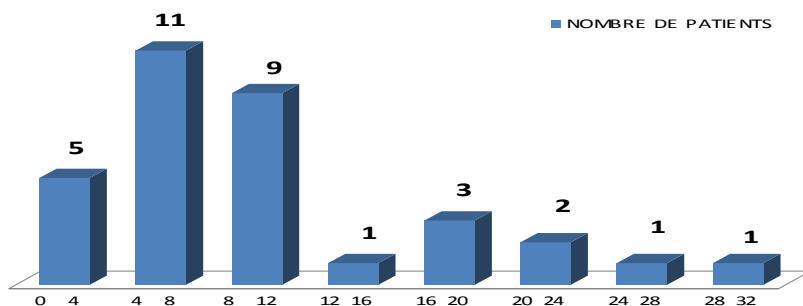
- ❖ la mauvaise hygiène bucco-dentaire
- ❖ l'utilisation prolongée des bains de bouche
- ❖ la radiothérapie locale
- ❖ l'hyposialie
- ❖ une respiration buccale
- ❖ les corticoïdes locaux

Les **facteurs généraux** favorisants sont:

- ❖ les médicaments (antibiothérapie)
- ❖ le déficit nutritionnel
- ❖ un régime alimentaire faible en fibres
- ❖ un déficit immunitaire
- ❖ des troubles hématologiques
- ❖ des troubles endocriniens (surtout le diabète)

#### **4. DESCRIPTION DE LA POPULATION DENTEE**

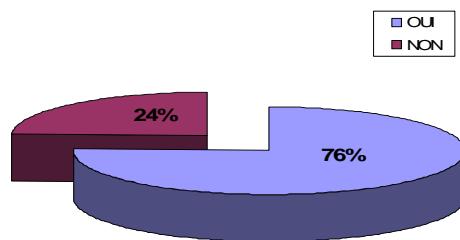
La population des personnes dentées représente 41% de la population générale (N=33). Elle présente en moyenne 10±7 dents en bouche dont 3,5 sont saines, 5 sont cariées et 1,5 sont couronnées.



**Figure 11 - Répartition des résidents par rapport au nombre de dents en bouche  
(regroupement par classe de 4 dents)**

Lorsque les résidents sont répartis par classe de « nombre de dents », nous constatons que les 3/4 (N=25) n'ont pas plus de 12 dents présentes en bouche. Ce résultat signe des coefficients masticatoires faibles pour ces personnes si elles sont sans prothèse.

La répartition de la population en fonction des pathologies dentaires indique que plus de la moitié des résidents 17/33 souffrent de pathologies multiples sans qu'aucune des dents ne soit épargnée.



**Figure 12 - Répartition des besoins dentaires dans la population dentée**

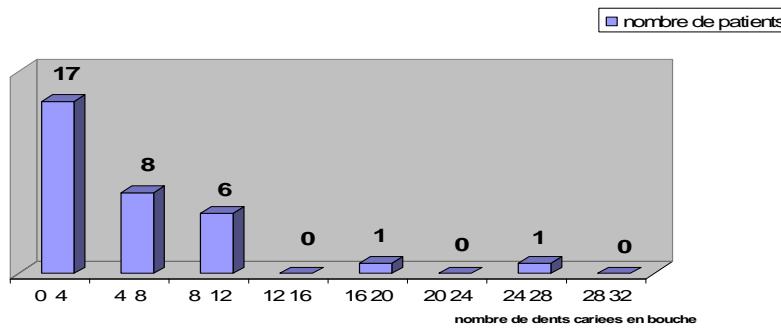
Il en résulte que 76% (N=25) de cette population, a besoin de soins curatifs en cabinet dentaire.

#### 4.1.LA CARIE DENTAIRE

Nous avons vu précédemment que les personnes âgées développent des lésions carieuses caractéristiques, localisées aux collets dentaires, plus au moins profondes et peu douloureuses. Ces caries radiculaires fragilisent considérablement la dent qui peut casser, laissant la racine en bouche.

La carie est favorisée par [BELMIN et Col, 2009] :

- ❖ le manque d'hygiène bucco-dentaire
- ❖ le vieillissement des tissus dentaires et parodontaux qui expose le cément radiculaire
- ❖ l'augmentation de la consommation de sucres et l'alimentation molle qui favorise l'adhérence aux surfaces dentaires
- ❖ une hyposialie
- ❖ la diminution de l'efficacité du brossage par perte de dextérité des personnes âgées



**Figure 13 – Répartition des résidents selon le nombre de caries en bouche**

Les résultats statistiques montrent que 20% seulement des personnes ( $N=7$ ) sont indemnes de caries. A l’opposé, 8 résidents présentent des polycaries avec plus de 8 caries en bouche. De plus, l’augmentation du nombre de caries est corrélée à une augmentation du nombre de dents en bouche ( $p < 0,05$ ).

Ces résultats confirment l’importance d’organiser une prise en charge des soins dentaires car les populations futures des EHPAD devraient présenter un nombre de dents plus important du fait de l’amélioration des soins et des campagnes de prévention dans la seconde moitié du vingtième siècle.

#### 4.2. LES INDICES D’HYGIENE BUCCO-DENTAIRE [ETIENNE et Col, 2000]

Les 3 facteurs, plaque dentaire, tartre et mobilité dentaire, ont été réunis, car ils sont liés entre eux. La plaque et le tartre sont deux facteurs susceptibles d’introduire des lésions parodontales pouvant aboutir à une perte osseuse et par conséquent une mobilité dentaire.

<b>N<sub>TOTAL</sub>=33</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>LOCALISEE</b>	<b>GENERALISEE</b>
<b>LA PLAQUE DENTAIRE</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>24</b>
<b>LE TARTRE</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
<b>LA MOBILITE DENTAIRE</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16</b>

**Tableau 1 – Distribution de la plaque dentaire, le tartre et la mobilité dentaire.**

Nous constatons que 75% résidents (N=26) présentent de la **plaque dentaire** le plus souvent généralisée.

**La plaque dentaire est le signe d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire** : elle représente un enduit constitué de salive et de débris alimentaires qui se forme à la surface des dents et qui est colonisé par des microbes qui l'utilisent pour leur métabolisme. Elle se forme très rapidement après un repas et ne peut être éliminée que par un brossage efficace. Elle est responsable de l'agression carieuse et considérée comme le point de départ de la maladie parodontale puisqu'elle provoque des inflammations de la gencive.

Nous constatons que 36% des résidents (N=12) présentent du **tartre** en bouche le plus souvent généralisé.

**Le tartre n'est pas obligatoirement le signe d'une mauvaise hygiène, car il est variable en fonction du pH salivaire. En lui-même, il n'est pas nocif, mais c'est son accumulation qui peut provoquer des lésions.**

Il est formé à partir de la plaque dentaire calcifiée, produite à partir des minéraux contenus dans la salive. Il est rugueux, poreux et permet la rétention d'une nouvelle plaque dentaire qui à son tour se calcifie et va augmenter la couche de tartre déjà existante. Il ne contient aucune bactérie mais des logettes vides.

Il peut être à l'origine de:

- ❖ de lésions gingivales, en favorisant l'inflammation
- ❖ d'un saignement plus important
- ❖ de lésions osseuses
- ❖ d'une mobilité dentaire
- ❖ d'une halitose

Nous constatons que 48% des résidents (N=16) présentent une **mobilité dentaire** généralisée. Elle peut être à l'origine de douleurs dentaires et perturbe la fonction masticatoire diminuant son efficacité. Bien qu'elle soit souvent associée à l'ostéopénie et à l'ostéoporose chez la personne âgée, elle est favorisée par le manque d'hygiène, le tartre et une alimentation de consistance molle.

#### 4.3. LES HABITUDES D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

Au niveau des habitudes d'hygiène bucco-dentaire de cette population dentée, nous constatons que 64% des personnes (N=21) déclarent se brosser les dents quotidiennement, avec une fréquence moyenne de deux brossages par jour pour 86% d'entre elles (N=18).

Cette moyenne est théoriquement satisfaisante pour avoir une bonne hygiène buccale quotidienne. Et pourtant nous avons vu que 75% des résidents ont de la plaque dentaire généralisée.

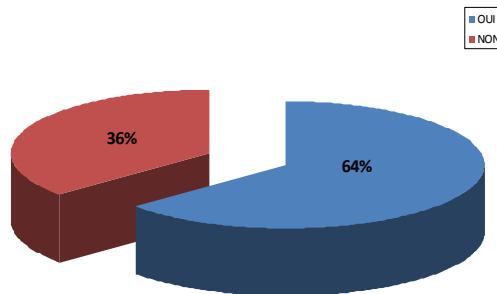


Figure 14 - Répartition du brossage dans la population dentée

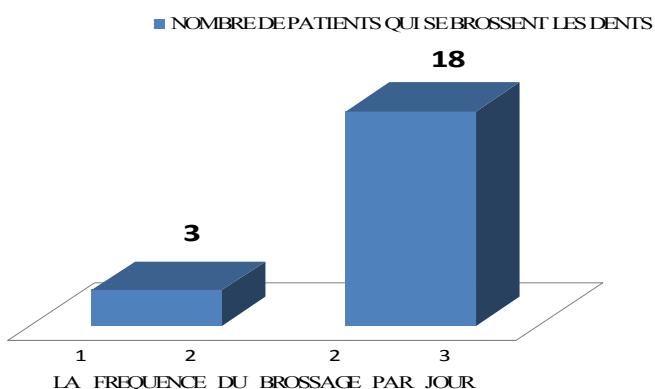


Figure 15 - Répartition de la fréquence journalière du brossage

A l'opposé, nous constatons que 36% de la population (N=12) déclarent ne jamais se brosser les dents.

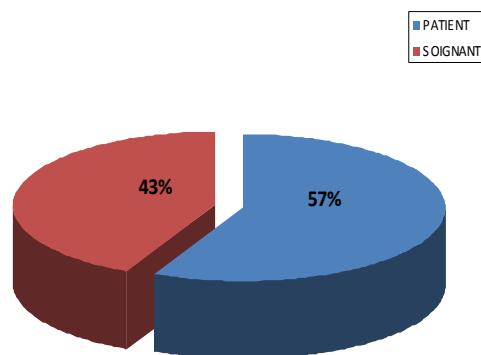
Les raisons de ces déficiences peuvent être nombreuses:

La première et la plus importante est certainement l'absence d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire depuis le jeune âge.

D'autres sont aussi pertinentes comme la multiplicité des pathologies de la personne âgée faisant passer les problèmes bucco-dentaires au second plan, ou un syndrome dépressif, très fréquent dans cette population, qui altère l'image de soi et provoque une perte d'intérêt et la négligence de son hygiène corporel et surtout dentaire.

Par ailleurs, l'équipe soignante se révèle être très réticente à maintenir l'hygiène buccale des personnes âgées. Certains soignants estiment que les résidents sont des adultes et qu'ils n'ont pas à les humilier en leur demandant de se brosser les dents. [WARDI et Col, 2002]

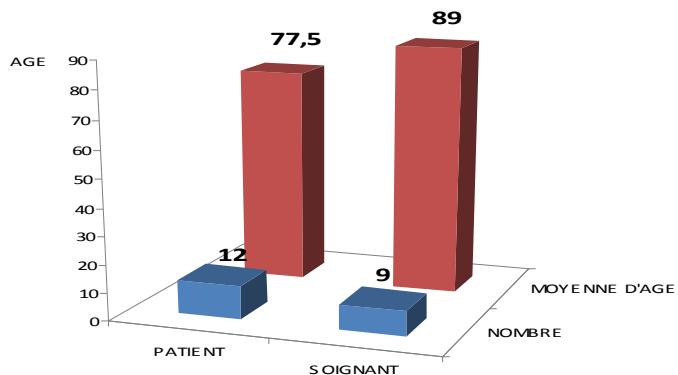
Enfin, certaines personnes sont entièrement dépendantes pour leur toilette et le brossage de leurs dents.



**Figure 16 - Répartition de la responsabilité du brossage dans la population dentée**

En effet, parmi les résidents qui ont une hygiène dentaire (N=21), 57% des résidents (N=12) effectuent eux-mêmes leur brossage quotidien alors que pour 43% (N=9), le brossage est effectué par le personnel soignant.

Ces soins peuvent être ressentis comme une violation de l'intimité par cette population fragilisée. **Certains patients atteints de démence peuvent ne pas accepter qu'un soignant réalise l'hygiène bucco-dentaire à leur place** [ABIN et Col, 2004 ; Mac ENTEE, 2000 ; WARDI et Col, 2002], certains refusent de coopérer et ressentent comme une agression des gestes tout fait à anodins.



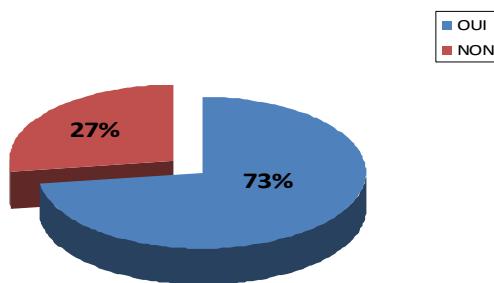
**Figure 17 – Répartition de la population pour le brossage des dents**

Il semble que le personnel soignant s’occupe des patients plus âgés en raison de la prévalence de la perte d’autonomie avec l’avancée de l’âge.

En effet, l’histogramme nous montre que le personnel soignant prend en charge des résidents dont l’âge moyen est de 89 ans, un âge plus avancé par rapport à celui des résidents qui assurent eux-mêmes leur brossage (77,5 ans en moyenne), la différence d’âge entre les deux groupes étant significative ( $t_{(19)}=2,8$  ;  $p < 0,05$ ).

## **5. DESCRIPTION DE LA POPULATION APPAREILLEE**

Aucun des résidents de l’EHPAD ne présente de prothèses fixées hormis des couronnes unitaires.



**Figure 18 – Répartition prothétique de la population générale**

Par contre, 73% des personnes (N=59) ont des prothèses amovibles, partielles ou totales.

N <sub>TOTAL</sub> =59	Adaptée	Non adaptée
<b>Prothèse maxillaire</b> 98% N=58	76% N=44	24% N=14
<b>Prothèse mandibulaire</b> 64% N=38	71% N=27	29% N=11

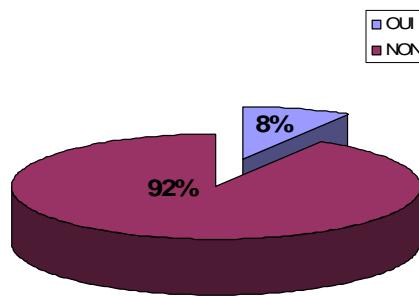
**Tableau 2: Répartition des prothèses amovibles en fonction de leur adaptation**

L'édentement est plus fréquent au niveau maxillaire que mandibulaire. On retrouve ce résultat puisque nous constatons que 98% de la population (N=58) a une prothèse maxillaire alors que 64% (N=38) seulement a une prothèse mandibulaire. Ceci s'explique physiologiquement par la qualité de l'os spongieux maxillaire qui induit des édentements plus rapides avec l'avancée en l'âge due à l'ostéoporose et par la qualité de l'os mandibulaire plus corticalisé qui retarde l'avulsion des dents inférieures.

D'autres facteurs interviennent dans cette différence de répartition. La prothèse maxillaire est favorisée et bien tolérée car elle maintient l'esthétique et le sourire de la personne âgée lui permettant de garder une bonne image de soi sans altération des rapports avec son entourage. La prothèse mandibulaire est moins bien tolérée car sa tenue est difficile à obtenir chez la personne âgée suite à l'effondrement du niveau osseux et aux contraintes masticatoires.

Dans notre population, nous constatons que 76% (N=44) des prothèses maxillaires et 71% (N=27) des prothèses mandibulaires sont bien adaptées. Ces pourcentages sont élevés par rapport à ceux obtenus dans d'autres études faites en France [ALLOUC, 2001 ; ONCD, 2004 ; URCAM, 2006, 2007]. Nous verrons que ces résultats sont le reflet de l'implication des chirurgiens-dentistes libéraux de Senones qui effectuent un suivi régulier des résidents de l'établissement.

### 5.1. LA CANDIDOSE

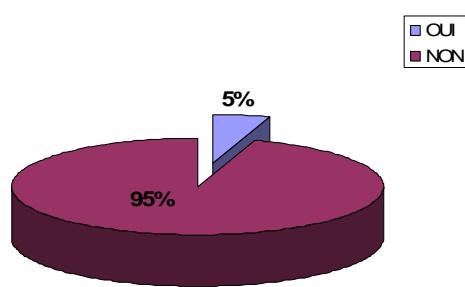


**Figure 19 - Répartition de la population appareillée pour la présence de candidose**

8% de la population (N=5) souffre d'une candidose.

La prothèse dentaire adjointe est le principal facteur favorisant la candidose, puisqu'elle crée un environnement local défavorable aux échanges gazeux et une diminution du pH. Les *candidae* ont une forte affinité pour la surface des prothèses dentaires, et cette colonisation est majorée par une mauvaise hygiène prothétique et leur inadaptation. La diminution de la dimension verticale provoque un écoulement salivaire et une macération au niveau des commissures labiales induisant des perlèches. [BUDTZ et Col, 2000 CDOE]

### 5.2. LES BLESSURES DE LA MUQUEUSE BUCCALE

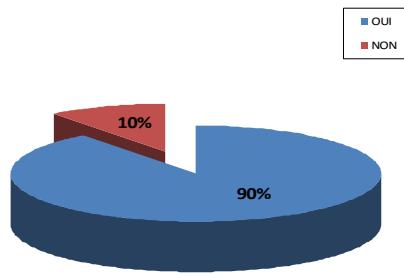


**Figure 20 - Répartition de la population appareillée au niveau des blessures de la muqueuse buccale**

Seulement 5% de la population (N=3) souffre de blessure de la muqueuse buccale.

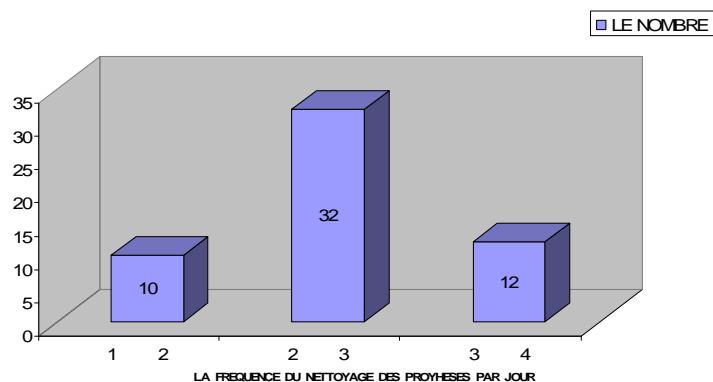
Nous pouvons expliquer ce faible pourcentage par une bonne adaptation des prothèses dentaires grâce à l'implication des chirurgiens-dentistes libéraux de la ville de Senones, qui s'investissent dans un programme de réhabilitation de la santé bucco-dentaire de la population de cet EHPAD depuis 2006.

### 5.3. L'HYGIENE DES PROTHESES AMOVIBLES



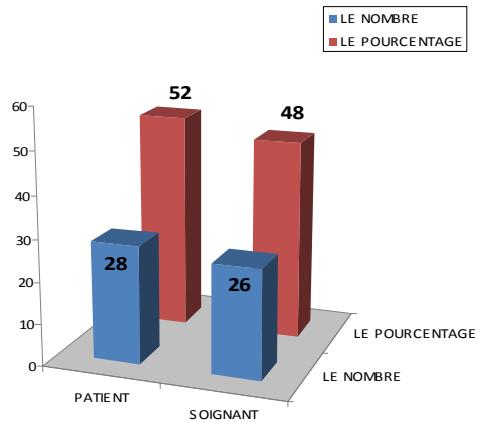
**Figure 21 - Proportion des résidents nettoyant leurs prothèses**

90% de la population (N=53) déclare nettoyer leurs prothèses de manière régulière.



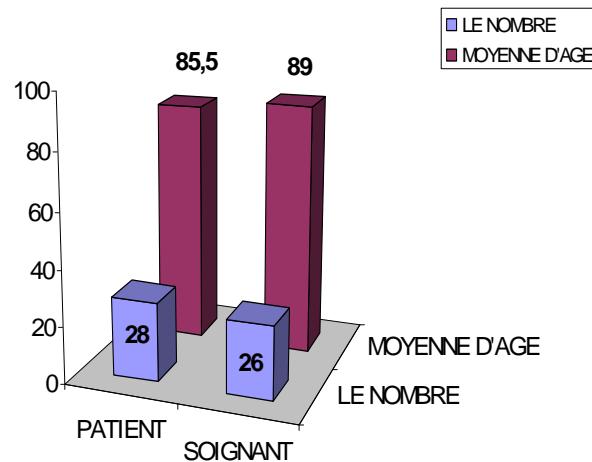
**Figure 22 - Fréquence journalière du brossage des prothèses dentaires**

Dans cette population, 59% des personnes (N=32) ont une fréquence quotidienne de 2-3 brossages par jour, ce qui représente une bonne moyenne pour maintenir une hygiène prothétique satisfaisante.



**Figure 23 – Répartition de la population pour le nettoyage des prothèses amovibles**

Le nettoyage prothétique est assuré par les résidents dans 52% des cas (N=28), alors que le reste de la population dépend d'une tierce personne (48%, N=26).



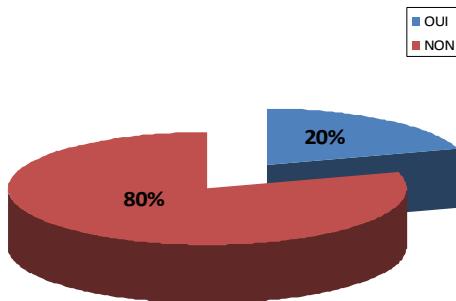
**Figure 24 - Relation entre l'âge moyen des patients et le brossage des prothèses**

Nous avions vu précédemment que les personnes dépendantes pour leur hygiène étaient significativement plus âgées que celles qui assuraient elles-mêmes leur brossage. Au niveau des prothèses, les deux groupes de personnes, dépendantes et indépendantes ne montrent pas de différence d'âge significative. Il semblerait donc que l'âge n'est pas un facteur dans l'entretien des prothèses.

**Les mouvements à réaliser pour le nettoyage des prothèses sont moins précis et l'entretien repose sur une gestuelle plus grossière alors que le brossage dentaire nécessite une dextérité et une bonne coordination dans les mouvements du poignet.**

## 5.4.LE MATERIEL DENTAIRE

### 5.4.1. L'ADHESIF DENTAIRE

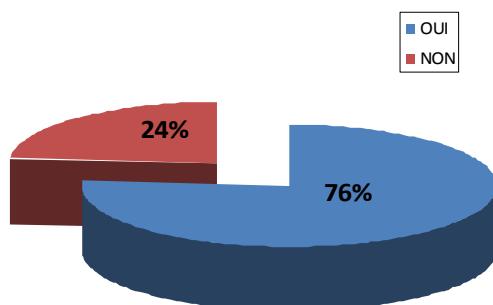


**Figure 25 - Pourcentage de résidents possédant un adhésif dentaire**

Seulement 20% de la population (N=12) possède de l'adhésif dentaire.

L'adhésif n'est pas indispensable au maintien de la prothèse dentaire et son utilisation nécessite une hygiène parfaite. Il sert toutefois à éviter les frictions de la prothèse sur les muqueuses et par conséquent les lésions lorsqu'elle présente une légère inadaptation ou un manque de tenue. **Rappelons qu'une hygiène défective des prothèses dentaires représente une contre-indication absolue à l'utilisation des adhésifs.** [PANPIGNOLE et POSTAIRE, 2007]

### 5.4.2. LA BOITE A PROTHESE



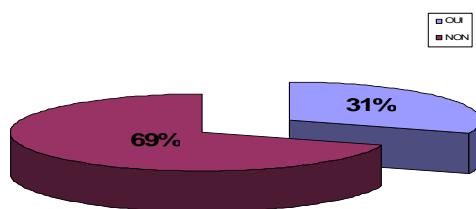
**Figure 26 - Pourcentage de patients possédant une boîte de prothèse**

75% de la population (N=45) possède une boîte à prothèse.

La boîte doit être propre, hermétique et étiquetée. Le résident place ses prothèses dans la boîte le soir sans eau, au sec [PANPIGNOLE et POSTAIRE, 2007]. **Normalement tous les résidents devraient en posséder une. Ceux qui n'en avaient pas gardaient leur prothèse pour la nuit.**

Certains auteurs ne sont pas favorables à un port continu de la prothèse chez les personnes âgées dépendantes au niveau des soins d'hygiène. Ils préconisent un retrait d'au moins 6 heures par jour de la prothèse. Cette précaution se révèle être un garant de l'hygiène des prothèses et de la cavité buccale [VIGILD et Col, 1989].

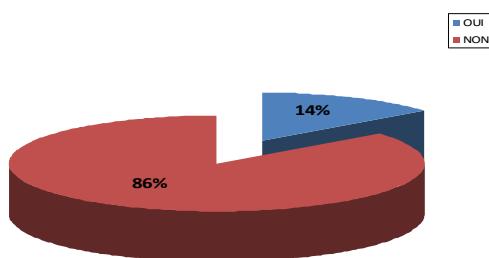
#### 5.4.3. LE PRODUIT DE NETTOYAGE DES PROTHESES



**Figure 27 - Pourcentage des résidents possédant un produit de nettoyage des prothèses**

Le quart (31% N=18) des résidents possède un produit de nettoyage des prothèses. Il n'est pas indispensable pour établir l'hygiène des prothèses, car une simple brosse et du savon suffisent [PANPIGNOLE et POSTAIRE, 2007]. Toutefois, ce brossage requiert certaines règles à respecter pour qu'il soit efficace et que la prothèse et particulièrement les dents prothétiques restent propres, sans tartre ni plaque.

#### 5.4.4. LA BROSSE A PROTHESE

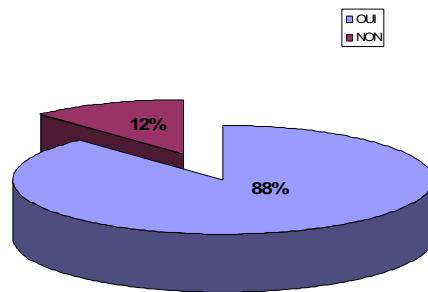


**Figure 28 - Le pourcentage de détention d'une brosse à prothèse**

Seulement 14% de la population (N=8) possède une brosse à prothèse.

En effet, nous avons constaté que beaucoup de résidents, possèdent seulement 1 brosse à dents avec laquelle ils effectuent le nettoyage des dents et des prothèses. Or, le brossage des dents naturelles requiert une brosse à dents à poils souples alors que le brossage de la prothèse doit être effectué avec une brosse plus dure pour une meilleure efficacité.

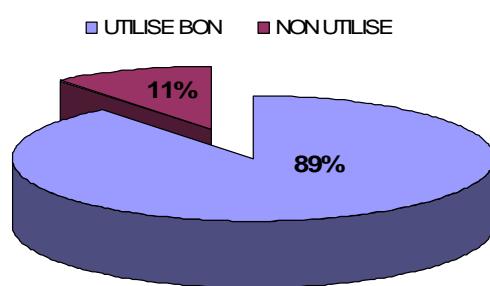
#### **5.4.5. LA BROSSE A DENTS**



**Figure 29 - Pourcentage de détention d'une brosse à dents**

L'inventaire du matériel dentaire a permis d'observer que 88 % de la population (N=52) possède une brosse à dents. Ce taux est élevé lorsqu'on le compare à celui observé dans d'autres établissements [EL MAAZI, 2005 ; PEIGNER, 2006].

#### **5.4.6. QUALITE D'UTILISATION DU MATERIEL DENTAIRE**



**Figure 30 - Qualité d'utilisation du matériel dentaire**

Le matériel de base jugé suffisant est composé d'un dentifrice et d'une brosse à dents. 89% de la population (N=50) utilise de façon convenable ce matériel d'entretien. Ce

pourcentage élevé est calculé à partir de deux critères que sont l'utilisation journalière et l'état de propreté de ce matériel.

## **6. COMPARATIF AVEC L'ETUDE REALISEE EN 2006 A L'EHPAD DE SENONES**

POPULATION	POPULATION DENTEE 2006	POPULATION DENTEE 2010	APPAREILLEE 2006	APPAREILLEE 2010
<b><i>ETAT DE LA DENTITION</i></b>				
% DENTS CARIEES	<b>49%</b>	<b>42%</b>		
% LES RACINES	53%	<b>17%</b>		
% DENTS COURONNES	55%	<b>12%</b>		
<b><i>ETAT DE LA MUQUEUSE</i></b>				
% INFLAMMATION GINGIVALE	<b>80%</b>	<b>78%</b>		
TARTRE	41%	<b>36%</b>		
HALITOSE	46%			
% BROSSAGE DENTAIRE	46%	<b>64%</b>		
<b>% PROTHESE MAXILLAIRE ADAPTEE</b>			<b>61%</b>	<b>76%</b>
<b>% PROTHESE MANDIBULAIRE ADAPTEE</b>			<b>69%</b>	<b>71%</b>
% DES BESOINS EN SOINS	78%	<b>76%</b>		

Tableau 3: Récapitulatif des statistiques à l'EHPAD de Senones.

Nous avons comparé nos résultats à ceux de l'étude réalisée en 2006 dans le même établissement [HOGARD, 2006].

Nous relevons une amélioration de certains des paramètres : la quantité de racines résiduelles en bouche, source potentiel de foyers infectieux, a considérablement diminué alors que les taux de réhabilitation prothétique et de prothèses adaptées ont augmenté de façon significative.

Ces résultats témoignent des efforts fournis par l'établissement avec des priorités de santé buccale bien définies, et surtout la collaboration des chirurgiens-dentistes libéraux qui se sont impliqués dans cette démarche de soins.

Il est important de noter, que le pourcentage des prothèses adaptées est élevé par rapport à celui d'autres études réalisées dans des établissements similaires. [EL MAAZI, 2005 ; URCAM, 2002, 2006, 2007]

Le brossage dentaire a également augmenté. Toutefois, il se révèle peu efficace car les indices de l'hygiène bucco-dentaire que sont la plaque dentaire, l'inflammation gingivale et l'halitose restent très élevés. Parallèlement, la demande de besoins en soins n'a pas diminué.

**Ainsi, la présence de dents naturelles dans la bouche de personnes âgées introduit un réel problème dans la prise en charge des soins et justifie l'action d'un chirurgien-dentiste pour structurer la thérapeutique sur les deux plans, curatif et préventif.**

## **II. REFLEXION SUR L'INTERET ET LES MISSIONS DE LA VACATION DENTAIRE**

**A partir de notre expérience, nous allons exposer la validité d'une vacation d'un chirurgien-dentiste au sein de l'EHPAD par l'élaboration d'un cahier des charges. Nous expliquerons succinctement les étapes à suivre pour définir notre conception de celle-ci.**

Selon Mac Entée et Thorne en 1999, nous distinguons trois volets à la prise en charge de la santé dentaire :

- ❖ l'évaluation de la santé dentaire: la consultation dentaire initiale et annuelle
- ❖ l'hygiène orale quotidienne pour laquelle les formations sont indispensables
- ❖ la réalisation des traitements dentaires, préventifs et curatifs

Devant la faible demande de soins alors que le besoin est réel, il apparaît nécessaire d'organiser un dépistage systématique qui pourrait avoir lieu lors de l'entrée dans les structures puis être renouvelé périodiquement, semestriellement ou annuellement.

Dans le Lot, trois établissements disposent d'un chirurgien-dentiste qui se déplace au sein de la structure pour réaliser des consultations ou des actes simples mais il n'a pas pu être mis en évidence de différence significative entre les besoins en soins des résidents de ces établissements et ceux des établissements qui adressent systématiquement leurs pensionnaires à l'extérieur.

Cet état de fait montre vraisemblablement l'écart entre le besoin en soins observé et le besoin en soins ressenti mis en évidence. [MARTINSSO, 2004]

### **1. LE CONSENTEMENT DES RESIDENTS**

Le consentement du résident a été recueilli auprès:

- ❖ des résidents possédant toutes leurs facultés intellectuelles et mentales (nous avons obtenu un consentement éclairé verbal)
- ❖ ou des tuteurs pour les résidents qui n'auraient plus la capacité de s'exprimer et de prendre des décisions

Sur l'ensemble des courriers d'accord de soins envoyés aux résidents de l'EHPAD, nous avons essuyé 8 refus, tous venant de la part des tuteurs légaux. Un refus a attiré particulièrement notre intérêt en raison du commentaire l'accompagnant: «*il nous semble que n'ayant plus de dents, l'examen ne nous paraît pas nécessaire sauf si vous le jugez utile* ». Ce refus lié à un raisonnement partagé par une part du personnel, des tuteurs et surtout des patients, appelle à une nécessaire politique de sensibilisation aux soins bucco-dentaires, mais aussi d'informations sur la santé de la cavité buccale qui passe avant tout par la prévention.

Promouvoir notre action pour obtenir l'indispensable consentement est essentiel.

**La réalisation d'une plaquette d'informations sur l'importance de la santé bucco-dentaire et générale, permettrait de sensibiliser le résident et sa famille. Cette plaquette pourrait être donnée au résident au moment de son admission à l'EHPAD.**

## **2. LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE**

Suite aux nombreuses études constatant le mauvais état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes résidant en établissement [URCAM, 2002, 2006, 2007], la nécessité d'un bilan bucco-dentaire systématique au début du placement s'avère nécessaire. En Essonne par exemple, la CPAM prend ce bilan en charge et les soins conservateurs et chirurgicaux qui en découlent pour chaque nouvel entrant en EHPAD.

La méthode de réalisation de nos consultations a consisté en une organisation par secteur et par étage. Les données administratives, médicales, l'état bucco-dentaire et le plan de traitement personnalisé ont été notés sur la fiche individuelle que nous avons présentée précédemment [ANNEXE 1].

Pour pouvoir effectuer ces consultations, nous avons dû gérer quelques problèmes:

- ❖ la coopération de l'équipe soignante qui devait nous tenir informée des entrées et des sorties des résidents selon la périodicité de nos venues
- ❖ L'horaire de réalisation de la visite dentaire qui devait s'effectuer en dehors des repas ou du goûter, et qui pouvait varier selon l'organisation du travail de l'équipe soignante et du rythme de vie des résidents

- ❖ le secret professionnel difficile à respecter dans les chambres doubles en raison de la présence d'un colocataire non transférable. Si la discréetion de nos entretiens s'avérait insuffisante, nous étions amenée à reporter le questionnaire à une visite ultérieure
- ❖ malgré leur consentement, la coopération de certains résidents était difficilement obtenue lors de l'examen buccal. Nous estimions parfois préférable de laisser un temps d'acclimatation pendant lequel nous faisions connaissance avec le résident afin d'instaurer une relation de confiance.

Le résident doit être informé de la démarche de soin et consentant pour bénéficier de la consultation dentaire.

Il doit être installé confortablement, en tenant compte de ses pathologies et handicaps, soit en position assise, si possible tête en arrière ou en position allongée, tête relevée à 45°.

Le chirurgien-dentiste commence par des gestes d'asepsie (un lavage des mains et port de gants) et utilise une source lumineuse suffisante et un abaisse-langue. Il peut utiliser un kit d'examen dentaire constitué d'un miroir et d'une sonde.

L'examen clinique se déroule de l'extérieur vers l'intérieur de la cavité buccale. Les structures anatomiques sont examinées de façon systématique, les fonctions oro-faciales sont évaluées ainsi que la faisabilité du brossage.

Le matériel nécessaire à son hygiène bucco-dentaire est adapté au protocole d'hygiène personnalisé du résident.

Les fiches d'examen sont rangées dans le dossier médical du résident avec toutes les mesures à prendre et les consignes pour l'équipe médicale, concernant les spécificités des soins. **Ces fiches sont d'un grand intérêt pour l'équipe soignante, qui pourra se référer aux informations bucco-dentaires du résident à tout moment.**

Cet examen est daté. Il permet une évaluation générale de l'état bucco-dentaire et la mise au point d'un protocole de soins personnalisés. Répété régulièrement, il permet de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire du résident au cours de son institutionnalisation.

### **3. LA REALISATION DES PLANS DE TRAITEMENT**

A la suite de cette consultation dentaire, la réalisation des plans de traitement se fait en collaboration avec les soignants et particulièrement avec le médecin.

Les exemples de collaboration entre médecins et chirurgiens-dentistes, montrent que la coordination entre eux évite les contradictions et les informations incomplètes dans les dossiers médicaux. Deux études anglaises [DEVENNIE et Col, 1994, 1998.] ont montré une nette amélioration de la prise en charge des patients lorsque les activités d'un cabinet médical et celles d'un cabinet dentaire sont coordonnées. Une consultation médicale préalable à la prise en charge bucco-dentaire est indiquée pour les patients dont l'anamnèse présente des incertitudes ou quand l'examen du patient fait suspecter un problème médical non traité.

Une étude sur 1800 patients [COTTONE et Col, 1995.] dans une clinique universitaire américaine de juillet 1989 à octobre 1992 a montré que 147 patients (8,2%) nécessitaient un examen médical complet. Le motif de consultation était pour 51,5% d'entre eux un bilan cardio-vasculaire et pour 12,6% un bilan diabétique. La difficulté rencontrée par le chirurgien-dentiste était la prescription d'antibiotiques et l'utilisation d'anesthésique avec vaso-constricteurs. Pour 32,1% des consultations médicales, le plan de traitement bucco-dentaire du patient a été modifié et 8% des patients adressés au médecin ont entrepris un traitement médical.

**Une démarche de soins implique donc l'intervention de plusieurs professionnels de santé dont les compétences diversifiées sont requises pour une prise en charge optimale du patient. Cette démarche se révèle être d'autant plus pertinente dans les EHPAD que les personnes âgées sont dépendantes et fragiles.**

Nous nous sommes aidée du protocole de prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer élaboré par ABIN et Col, 2004 [TABLEAU 4].

Ce protocole respecte les principes suivant lesquels le plan de traitement devra être court, simple, concentré sur la prévention et l'anticipation du déclin. Il contribue à maintenir une certaine qualité de soin et s'insère dans la stratégie thérapeutique globale.

En réalité, de nombreux paramètres entrent en considération dans la planification des soins : les plaintes des résidents, les indications ou contre-indications pour les soins, l'état physique, psychique et fonctionnel du patient, les désirs de la famille, les aspects financiers et le rapport cout/bénéfice du traitement.

Le chirurgien-dentiste vacataire pose les indications de soins : la suppression des douleurs, l'éradication des foyers infectieux et la motivation à l'hygiène sont réalisées en première intention [BITTON et Col, 1998].

Pour les **patients coopérants**, les racines résiduelles sont extraites, les soins et prothèses fixes conservables mais non parfaitement étanches sont étanchéifiés au ciment verre-ionomère et enfin, les lésions carieuses coronaires ou radiculaires sont traitées.

Pour les **patients coopérant irrégulièrement**, nous procédons de la même façon en ce qui concerne les soins conservateurs et l'éradication des racines résiduelles. Pour les prothèses adjointes, nous préférons proposer un rebasage pour que le patient n'ait pas de mal à s'habituer à de nouvelles prothèses.

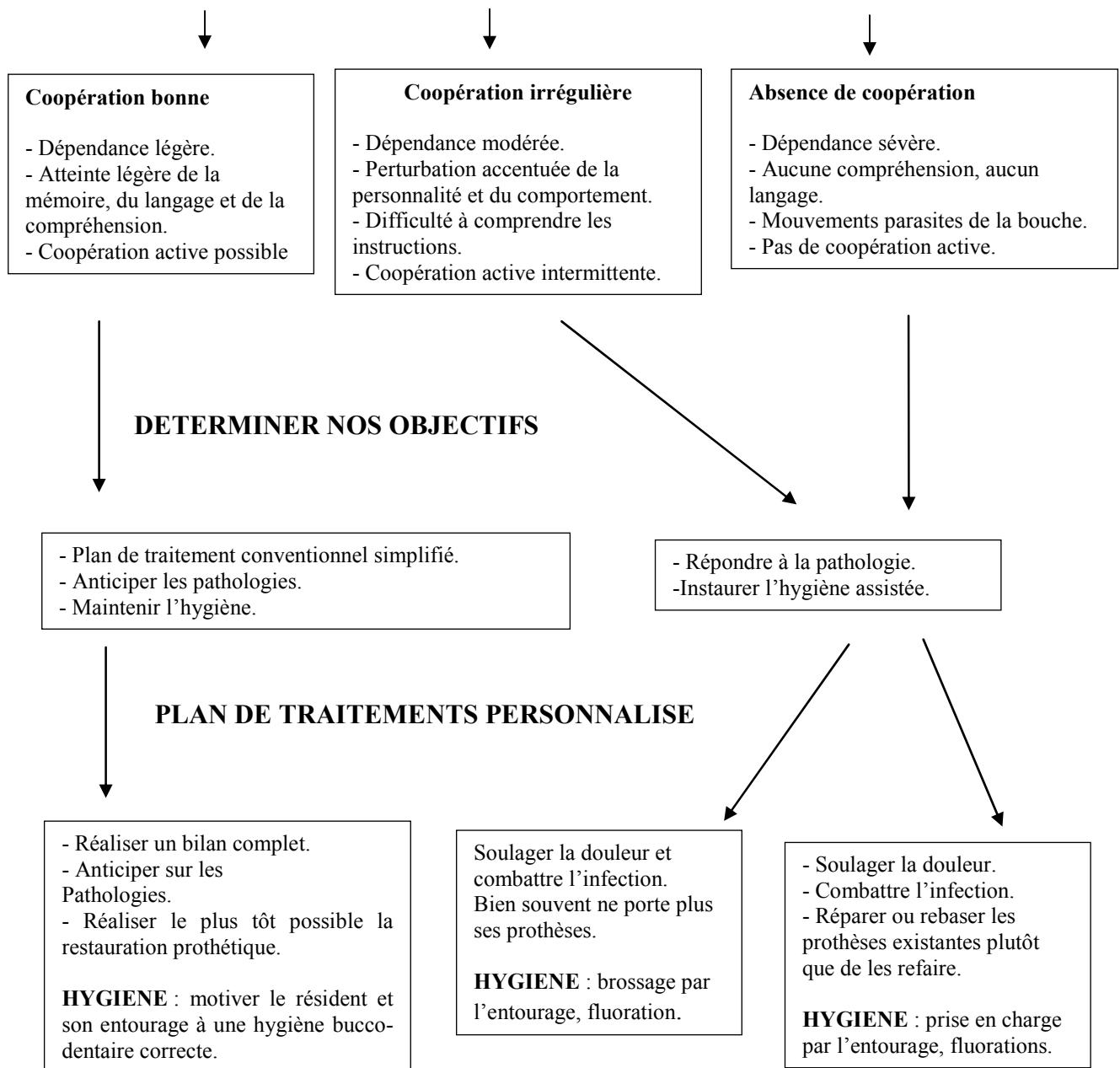
Pour les **patients qui ne peuvent plus coopérer** et avec lesquels la communication est quasi impossible, la douleur n'est plus exprimée verbalement, mais parfois uniquement par un changement de comportement. L'équipe médicale et la famille qui voient évoluer le résident au quotidien sont à même de le remarquer. L'intensité de la douleur peut être quantifiée par l'échelle Doloplus qui est une échelle comportementale d'hétéro-évaluation de la douleur.

Le vacataire peut être amené à diriger le patient en urgence en cas infections ou de douleurs vers le chirurgien-dentiste extérieur qui peut le prendre en charge.

Le tableau joint [TABLEAU 4] présente la hiérarchisation des décisions thérapeutiques en fonction du degré de coopération du résident. La faisabilité est directement proportionnelle à son degré de coopération. Plus la coopération diminue, plus les soins curatifs seront réduits au profit d'une intensification des soins d'hygiène.

**Ces décisions thérapeutiques basées sur des priorités et des compromis, nécessitent de la part du chirurgien-dentiste vacataire des connaissances et de l'expérience dans les soins dispensés aux personnes âgées en EHPAD, par conséquent, une formation spécialisée en gérontologie.**

## EN PREMIER DEFINIR LE DEGRE DE COOPERATION DU RESIDENT



**Tableau 4: Protocole de prise en charge odontologique des personnes âgées en EHPAD**  
 [ABIN et Col, 2004]

### **3.1. LE REFUS DE SOINS DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Toute manifestation de **refus de soins** est une situation difficile à supporter par les soignants et les aidants, car cet acte remet en cause la fonction soignante, elle est source de culpabilité. Le refus expose le patient à l'abandon de soins ou au contraire au risque d'acharnement thérapeutique et même de maltraitance. Ce sont surtout les « petits » gestes du quotidien qui créent l'impasse relationnelle : refus de se lever, refus d'être lavé, refus d'être examiné.

Le soignant doit alors accepter de renoncer à des actes qu'il juge utiles pour avoir le temps de rétablir une relation de confiance. Ce refus peut souligner en effet une inadéquation entre le niveau de soins proposé et les propres attentes du patient : il faut reprendre le dialogue en s'aidant de l'entourage, car parfois un refus est un espace de liberté légitime dans un contexte médical contraignant.

### **3.2. LES SOINS PRÉVENTIFS**

Nous objectivons 3 volets dans cette partie qui englobe essentiellement les soins d'hygiène bucco-dentaire :

#### **3.2.1. CONSEILS D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE**

Tous les résidents qui ont accepté la consultation dentaire initiale ont reçu des conseils d'hygiène personnalisés selon leur dentition et leur appareillage. Nous nous sommes basée sur l'étude du Dr. El Maazi en 2005 pour les réaliser.

Un protocole d'hygiène bucco-dentaire a été instauré pour chacun dont la responsabilité de réalisation incombe:

- à l'équipe soignante, si le résident est dépendant
- au résident, si son degré d'autonomie est satisfaisant sous la surveillance d'un soignant.

Ces consignes sont notées explicitement dans le dossier médical du résident. Elles peuvent être modifiées selon l'évolution de la dépendance.

**Mac Entee et Col [1999] a noté que quand un service dentaire est accessible, la priorité est donnée à ce service, au détriment des soins d'hygiène quotidienne. Les soignants se sentent alors moins impliqués dans la santé bucco-dentaire des résidents.**

La présence d'un chirurgien-dentiste vacataire ne doit pas réduire la responsabilité du reste de l'équipe soignante dans ces soins. L'implication du personnel paramédical doit être rappelée de façon régulière et le chirurgien-dentiste vacataire contrôle tous les facteurs de la santé bucco-dentaire des résidents. Il organise les soins d'hygiène et aide à la faisabilité des protocoles.

### **3.2.2. LES PROTOCOLES D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE**

Le concept de dentisterie préventive est relativement récent pour la génération des personnes vivant en EHPAD et malheureusement peu développé. [ONCD CPAM, 2004]

Ces protocoles sont différents en fonction de la dépendance du résident et de son état bucco-dentaire, dépendant et indépendant, denté et édenté.

#### **❖ LE BROSSAGE DES DENTS [ABIN et Col, 2004 ; Mac ENTE, 2000 ; HUGUEL, 2006]**

La brosse à dents est tenue à 45° avec les dents. Le brossage s'effectue de la gencive vers la dent avec des mouvements circulaires et peut être complété par le brossage de la langue en douceur afin d'éviter les reflexes nauséens.

Le brossage avec un dentifrice aux fluorures d'amines, efficace dès 1250 ppm de fluorures est la méthode la plus facile et la plus efficace pour combattre les caries à tous âges car elle associe le mécanisme du brossage (élimination de la plaque) à la libération du fluor. [ABIN et Col. 2004 ; Mac ENTEE et Col, 2000]

La personne doit utiliser une brosse à dents à poils souples dont l'extrémité de la tête doit être arrondie et un dentifrice doux. De nouvelles générations de brosses à dents ont été mises sur le marché, qualifiées de « sensitive » ou « sensibilité ». Ces brosses à dents ont des poils souples de taille variable, formant des touffes en pointe. Ces caractéristiques permettent un brossage facile des espaces inter-dentaires et sont particulièrement adaptées pour les personnes âgées présentant des gencives fragiles.

### **❖ PATIENT DENTE INDEPENDANT**

Le personnel soignant doit contrôler le brossage voire aidé au brossage des dents et des gencives (brossage avec pâte dentifrice fluorée et une brosse à dents souple).

**Brossage 2 fois par jour et surtout après le repas du soir.**

### **❖ PATIENT DENTE DEPENDANT**

La personne est placée face au lavabo sur une chaise. Le soignant se place derrière lui en passant un bras autour de sa tête. Son corps et son bras non travaillant permettent de constituer un appui-tête pour le résident.

Les dents et les gencives sont brossées avec une brosse à dents souple et une pâte dentifrice fluorée. Il est nécessaire de procéder de façon systématique par cadans, en commençant par les faces vestibulaires, puis les faces occlusales et enfin les faces internes des dents.

Brossage 2 fois par jour après les repas dont **impérativement un brossage après le repas du soir.**

### **❖ PATIENT EDENTE INDEPENDANT**

Le personnel soignant doit contrôler voire aidé au nettoyage des muqueuses et des gencives sans oublier la langue et le palais. Il utilisera alors une compresse imbibée enroulée autour de l'index. Le patient rince sa bouche tout seul.

Toutefois, un rinçage de bouche énergétique à l'eau est normalement suffisant pour déloger tous les débris.

### **❖ PATIENT EDENTE DEPENDANT**

La personne est placée face au lavabo sur une chaise. Le soignant se place derrière lui en passant un bras autour de sa tête. Son corps et son bras non travaillant permettent de constituer un appui-tête pour le résident.

Faire rincer la bouche avec un bain de bouche.

Si le rinçage n'est pas possible, nettoyer les muqueuses, les vestibules, la langue et le palais avec une compresse imbibée d'une solution de bain de bouche maintenue au doigt, pour assurer le retrait efficace des débris alimentaires.

### **❖ HYGIENE DES PROTHESES**

Brosser les prothèses avec une brosse à dents, 2 fois par jour, au dessus du lavabo avec un fond d'eau.

Si un rebassage provisoire mou a été effectué sur une prothèse mal adaptée, le brossage doit être conscientieux mais léger.

Le matin avant le premier repas, rincer les prothèses à l'eau avant de les remettre en bouche.

Le soir, sécher les prothèses (après les avoir nettoyées) et les placer dans une boîte marquée au feutre indélébile.

Une fois par semaine, tremper les prothèses dans une solution de bain de bouche de chlorhexidine à 2,5% dans leur boîte durant 30 minutes.

### **❖ LES SOINS DE BOUCHE EN FIN DE VIE**

Les soins de bouche ont une grande importance en situation de fin de vie car ils sont source de confort, facilitent la déglutition et évitent toutes douleurs et sécheresse buccale.

En cas de bouche sèche, il faut recommander une hydratation fréquente de la muqueuse buccale et éviter l'utilisation de médicaments ayant un effet anti-cholinergique.

En cas de bouche sale, il faut recommander des soins de bouche, une hydratation locale et des antiseptiques locaux. Il faut traiter une éventuelle mycose associée avec un traitement antifongique local

En cas de bouche ulcérée et douloureuse, des traitements locaux anti-inflammatoires et antalgiques en bains de bouche peuvent améliorer les symptômes.

L'équipe soignante s'est chargée de veiller à leur réalisation sous notre directive. Nous avons proposé que ces protocoles puissent figurer sur le planning mural.

#### **3.2.3. FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT**

Un réel manque de formation de l'ensemble des professionnels nuit grandement à l'amélioration significative de la prise en charge des résidents sur cet aspect.

Dans la formation des infirmières, les soins bucco-dentaires sont intégrés dans les soins d'hygiène. Cependant, les étudiants n'observent pas toujours cette pratique sur le terrain et ne l'intègrent pas systématiquement dans la pratique professionnelle.

Dans le cursus médical, environ une heure de cours spécifique de dentisterie est dispensé [BAULIEU, 2005 ; BUDTZ, 2000]. Seules des formations complémentaires de type capacité et diplôme universitaire sont éventuellement proposées aux professionnels après l'obtention de leur diplôme de médecine. Pour les gériatres, la formation relative au domaine bucco-dentaire reste réduite et rarement isolée en tant que telle. L'angle privilégié de sensibilisation reste la nutrition, la santé bucco-dentaire n'apparaissant que comme une problématique mais pas un angle d'étude spécifique. [BELINGARD et Col, 2009]

L'étude menée en 2004 dans les établissements de Saint-Charles et de Saint-Rémy à Nancy [EL MAAZI, 2005] montre que le personnel soignant reconnaît ne pas assurer régulièrement l'hygiène bucco-dentaire des résidents suite à des difficultés multiples :

- ❖ 50% en raison de la difficulté de coordonner et de réaliser ces soins
- ❖ 54% par manque de personnel
- ❖ 43% par manque de temps

L'étude réalisée en 2004 en Poitou-Charentes par l'URCAM portant sur 100 EHPAD révèle que :

- ❖ 90% des directeurs ignorent le niveau d'hygiène bucco-dentaire délivré aux résidents par leur personnel soignant
- ❖ 77% des directeurs estiment que leur personnel soignant est insuffisamment formé à l'hygiène bucco-dentaire. Parmi eux, 60% déclarent ne pas disposer de moyens pour orienter son personnel vers un organisme formateur

L'enquête réalisée en 2004 dans le Lot auprès du personnel soignant montre :

- ❖ un manque de formation aux problèmes bucco-dentaires (25% des réponses)
- ❖ des soins aux résidents qui n'intègrent pas systématiquement l'hygiène bucco-dentaire (25% des réponses)
- ❖ une méconnaissance des résidents porteurs de prothèse (40% des réponses)

Ces constatations doivent être pondérées par l'hétérogénéité du personnel soignant, ainsi, 15% seulement des infirmières indiquent ne pas être suffisamment formées aux problèmes de santé bucco-dentaire alors que 45% des auxiliaires de vie se plaignent du manque de formation.

Toutes ces études, démontrent la nécessité d'apporter une formation aux soignants dont les objectifs sont:

- ❖ sensibiliser les intervenants professionnels exerçant en l'EHPAD, aux soins bucco-dentaires et à la prise en charge spécifique des résidents ayant des troubles comportementaux
- ❖ installer une pratique quotidienne de soins d'hygiène bucco-dentaire pour contribuer à une meilleure santé dentaire
- ❖ participer à un maintien ou une amélioration d'un état de santé global (lutte contre la dénutrition, complications infectieuses, affections d'ordre général, troubles cardio-vasculaires...)
- ❖ apprendre à détecter les anomalies ou pathologies dentaires, gingivales ou muqueuses pour un dépistage précoce et un traitement précoce
- ❖ maintenir l'esthétique, la qualité relationnelle avec l'entourage, les relations sociales et lutter contre l'isolement de la personne âgée
- ❖ contribuer à une meilleure qualité de vie globale de la personne âgée

Dans cette démarche, nous avons réalisé trois formations sur l'hygiène bucco-dentaire pour des groupes de 7 à 8 participants (infirmières, aides-soignantes, auxiliaires de vie).

Au cours de la séance, nous avons projeté un support pédagogique sur la santé bucco-dentaire, sur les pathologies les plus fréquentes ainsi que leur dépistage et sur les pratiques et règles d'hygiène bucco-dentaire et prothétique [PEIGNER, 2006]. Une distribution de matériel dentaire a été accompagnée d'une démonstration des différentes méthodes de brossage.

Nous avons interrogé le personnel sur les raisons principales les empêchant de réaliser la toilette dentaire et les réponses regroupaient : le manque de temps (principalement), le manque de formation et d'informations, les difficultés de brossage, le comportement difficile du résident ainsi que l'halitose et le mauvais état buccal. Cette discussion avec le personnel permet d'être à l'écoute des problèmes et de répondre à leur questionnement.

**L'administration de Senones nous a informé de l'aménagement du temps de travail des aides-soignantes afin qu'elles puissent effectuer correctement les toilettes buccales.**

### **3.3. LES SOINS CURATIFS**

Ils sont assurés en cabinet dentaire. Le rôle du chirurgien-dentiste vacataire est de poser leur indication, de les préparer et de les programmer.

#### **3.3.1. ACTION DU CHIRURGIEN-DENTISTE VACATAIRE**

Nous avons suivi un cadre pour l'organisation de ces soins:

- ❖ après une analyse globale des besoins thérapeutiques, nous avons fixé les objectifs de traitement compatibles avec les capacités physiques et cognitives du résident en concertation avec le médecin et en accord avec la famille ou le tuteur légal
- ❖ Nous avons rempli la fiche de liaison dentaire et noté tous les soins à réaliser
- ❖ Nous avons pris contact avec le praticien libéral et fixé un rendez-vous pour une durée suffisante à la réalisation des soins dans les meilleures conditions
- ❖ nous nous sommes assurée que le cabinet dentaire soit compatible avec l'accueil de résidents handicapés
- ❖ nous avons préparé le patient pour son rendez-vous en fonction du soin à réaliser. (bilans sanguins dont INR), prescription d'antibiothérapie de prophylaxie ou d'un sédatif...
- ❖ nous avons organisé le transport des résidents avec l'animatrice de l'EHPAD, la famille du résident ou un service d'ambulance.

Sur les 24 plans de traitements curatifs dont nous avons organisé la prise en charge des soins à l'extérieur en cabinet libéral, 13 rendez-vous ont été programmés en collaboration avec l'animatrice de l'EHPAD, dans les cabinets dentaires de Senones. Nous avons utilisé le minibus aménagé pour personne à mobilité réduite appartenant à l'EHPAD. Un résident n'a pas pu être déplacé suite à une dégradation de son état général. Les 10 derniers rendez-vous ont été préparés avec les membres de la famille du résident.

Nous avons essayé en collaboration avec l'animatrice de l'EHPAD de Senones, de regrouper les rendez-vous sur des demi-journées pour des résidents qui sont autonomes ou faiblement dépendants. Pour les résidents lourdement dépendants, les accompagnateurs étaient des membres de l'équipe soignante avec des ambulanciers. Lorsque l'emploi du

temps du dentiste le permettait, nous avons prévu des séances de soins longues afin d'éviter la multiplicité des sorties.

Ce paramètre est discutable dans la mesure où les personnes âgées ont souvent peu de patience et se fatiguent vite. La durée était donc évaluée selon des fonctions cognitives et motrices des résidents.

### **3.3.2. LES PROBLEMES DE COORDINATION**

#### **- dans l'établissement**

Nous avons rencontré quelques soucis de gestion dans ces rendez-vous :

- ❖ oubli de la fiche de liaison par un des intervenants
- ❖ absence de retour de la fiche de liaison après le rendez-vous
- ❖ oubli de réalisation des bilans sanguins nécessaire à la réalisation des soins
- ❖ rendez-vous pris par un tiers, sans nos recommandations ni notre avis

La vacation ayant été bimensuelle, nous avons été obligée de déléguer à l'infirmière le soin de veiller au bon déroulement des rendez-vous et au suivi des recommandations. Nous lui avons demandé de nous tenir informée des problèmes survenus en notre absence : **« l'infirmière de l'EHPAD gère tous les rendez-vous médicaux des résidents, leurs prises médicamenteuses et les analyses biologiques, elle collabore avec tous les médecins traitants qui se déplacent à l'EHPAD et avec tous les intervenants de la prise en charge du résident. »**

#### **- avec les chirurgiens-dentistes libéraux**

Nous avons dû gérer les difficultés suivantes:

- ❖ le manque d'accessibilité des cabinets dentaires qui ne sont pas encore aux normes, pour les personnes âgées lourdement handicapées et dépendantes
- ❖ les troubles cognitifs et comportementaux des patients empêchant tout déplacement dans un cabinet libéral ou hospitalier
- ❖ les difficultés que rencontrent les familles et les résidents à prendre en charge le déplacement dans les cabinets dentaires, soit pour son coût, soit pour le temps que cela nécessite

**Le chirurgien dentiste est dans l'obligation de soigner les personnes âgées dépendantes se rendant à son cabinet selon l'article 2 du code de déontologie qui dit : « Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine ».**

**L'article 8 du dit code : « Le chirurgien dentiste doit soigner avec la même conscience ces patients, quelque soient leur situation de famille, leur handicap ou leur état de santé »**

Toutefois, beaucoup de praticiens hésitent ou refusent de soigner des personnes âgées dépendantes. Ils argumentent sur la longueur et la difficulté des soins alors que la tarification est la même que celle d'un soin normal. Ils comparent avec les soins des enfants qui ont été revalorisés en raison de leur difficulté de réalisation et leur durée [ONCD, 2004].

Le système actuel de couverture de soins de gérontologie n'est pas suffisamment attrayant pour encourager les dentistes libéraux à se déplacer hors de leur contexte habituel [KANDELMAN, 2001]. Les conditions d'exercice des soins réalisés au chevet du résident s'avèrent inadaptées et difficiles, peu compatibles avec la pratique libérale [BOCHELEN, 2003].

La réticence des jeunes praticiens à soigner cette population est liée au manque d'expérience, à l'absence d'une formation spécifique initiale et à la difficulté de prise en charge d'un résident dépendant sans assistante dentaire.

De plus, il y a la difficulté pour les chirurgiens-dentistes libéraux de se déplacer en ambulatoire. En effet ils doivent bénéficier d'une dérogation, les soins ambulatoires étant interdits par le code de déontologie. Aucune rémunération spécifique n'est prévue [ONCD, 2005] auquel s'ajoute la difficulté de gestion de la mallette portative qui est à leur disposition dans chaque Conseil départemental de l'Ordre pour la prise en charge en ambulatoire [BOCHELEN, 2003].

Enfin, le problème d'accessibilité des cabinets dentaires aux personnes à mobilité réduite dont les personnes âgées, reste d'actualité malgré les normes qui imposent aux nouvelles structures construites de pouvoir accueillir les personnes en fauteuil roulant. La

**loi paru au JO du 12 février 2005 précise que les établissements recevant du public doivent être accessible aux personnes handicapées, quelque soit le type d'handicap. Les cabinets dentaires devront répondre à ses règles dans un délai maximum de 10 ans à compter de cette date [ONCD, 2005]**

### **3.3.3. LE TRANSPORT**

**Les déplacements à l'extérieur de l'établissement (en voiture personnelle, VSL ou taxi,...) notamment pour se rendre à une consultation chez un spécialiste libéral ou hospitalier, sont à la charge du résident qui garde le libre choix de l'entreprise de transport. Une seule exception existe à cette règle : les déplacements occasionnés par une consultation liée à une maladie prise en charge à 100% dans le cadre d'une affection longue durée (ALD). [HOPITAL DE SENONES]**

Notre rôle était d'établir un cadre de déplacement en fonction du type de prise en charge requis et en fonction des pathologies du résident (ALD).

Pour des soins dentaires, le rendez-vous était pris directement au niveau du chirurgien-dentiste libéral. En notre absence, nous déléguions à l'infirmière qui appliquait alors nos recommandations.

Pour les fractures de prothèses adjointes et quand le déplacement du résident n'était pas indispensable, nous utilisions l'intervention d'un tiers (aides soignante, famille,...) qui se déplaçait alors pour emmener la prothèse chez le chirurgien-dentiste et la récupérer.

Pour des rebasages prothétiques ou des retouches simples, nous avons favorisé le déplacement du chirurgien-dentiste traitant à l'EHPAD, solution plus simple et plus rapide à organiser qu'un rendez-vous avec la nécessité de gérer un transport.

Nous avons constaté que le transport représente une problématique organisationnelle et financière pour l'EHPAD de Senones en raison de:

- ❖ la gestion du personnel soignant qui se retrouve en sous-effectif pour la même charge de travail lorsqu'un des membres part accompagner le résident à ses rendez-vous

- ❖ le problème du financement du transport qui représente la plus grande difficulté rencontrée puisqu'il est à la charge du résident et non à celle de l'EHPAD

En collaboration avec la cadre de santé, nous avons essayé de pallier à ces problèmes par la mise en place d'une procédure générale [ANNEXE 5-5bis] :

- ❖ **au niveau de la prise de rendez-vous dans un cabinet dentaire**

Le chirurgien-dentiste vacataire contacte la famille et lui demande de prendre rendez-vous et d'accompagner leur parent.

En cas d'impossibilité des familles et en fonction de l'autonomie du résident et de l'emploi du temps du chirurgien-dentiste libéral (cabinet Senones), le rendez-vous pouvait être assuré par la responsable de l'équipe d'animation.

- ❖ **Transport et accompagnement des résidents à mobilité réduite**

Lorsque le résident doit être accompagné par un professionnel de santé et / ou nécessite un transport en fauteuil, le chirurgien-dentiste vacataire s'assure de la prise en charge du transport par la CPAM (cas des personnes bénéficiaires de certaines ALD), l'infirmier contacte alors l'ambulancier choisi par le résident

Lorsque la famille n'est pas disponible ou habite loin ou si le résident est isolé et qu'une prise en charge du transport est hors champ CPAM, la responsable de l'animation pouvait accompagner alors le résident et utilisait le moyen de transport de l'EHPAD, en l'occurrence le minibus adapté.

Aucun rendez-vous n'a du être annulé suite à un défaut de transport. En effet, l'EHPAD des Senones possède un minibus spécialisé pour véhiculer les pensionnaires valides ou en fauteuil roulant qu'elle met à la disposition de l'animatrice, des aides-soignantes et de bénévoles accompagnant les résidents en cas de besoins.

**QUATRIEME PARTIE :**

***ELABORATION D'UN CAHIER***

***DES CHARGES D'UNE***

***VACATION DENTAIRE EN EHPAD***

## **1. DESCRIPTION DU PROJET**

En France, de nombreuses expériences et démarches ont été entreprises pour pallier au manque de prise en charge de la santé bucco-dentaire concernant la population âgée dépendante hébergée en EHPAD. L'établissement de Senones, particulièrement investi dans ce problème a entrepris de nombreuses actions ponctuelles dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents de l'EHPAD. Sa démarche actuelle vise à dépasser ce stade initial et à proposer une solution simple et efficace pour pérenniser les acquis avec « **la création d'un poste de chirurgien-dentiste vacataire référent de l'EHPAD** » à l'image du médecin coordonnateur.

Notre travail a consisté à la mise en place d'une vacation dentaire pilote au sein de l'EHPAD de Senones. Nous proposons dans cette partie un cahier des charges d'une vacation dentaire pour que tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes bénéficie d'un support d'étude basé sur l'expérience que nous avons acquise pendant les 6 mois de notre travail.

## **2. OBJECTIFS**

Le cahier des charges définit les missions et les fonctions du chirurgien-dentiste vacataire référent pour une prise en charge optimale de la santé bucco-dentaire des résidents.

Le cahier des charges établit le plan organisationnel de toutes les actions entreprises au niveau de la santé bucco-dentaire des résidents, définissant les rôles et la responsabilité respective de tous les acteurs engagés.

## **3. LES PREALABLES AVANT L'ARRIVEE DU CHIRURGIEN-DENTISTE VACATAIRE**

Nous proposons, en tenant compte de la complexité de la gestion des EHPAD, certaines modifications à réaliser en amont de l'instauration de la vacation dentaire au sein de l'établissement.

**La création d'une convention entre l'EHPAD et le chirurgien-dentiste vacataire** dans laquelle chacun définit ses objectifs et ses obligations. Le chirurgien-dentiste vacataire exerce son activité en toute indépendance sur le plan technique avec le respect des décisions prises par la direction dans le cadre de ses attributions. La répartition des responsabilités rend nécessaire la reconnaissance et le respect des compétences de chacun, la redéfinition des attributions et des responsabilités, la création d'alliance et de coopération, le partage d'un cadre de référence commun et la reconnaissance des complémentarités. L'EHPAD met à sa disposition les outils nécessaires à son travail.

**L'information transmise par la direction** à tout le personnel soignant indiquant l'obligation d'adhésion au projet de soins bucco-dentaires qui sera mis en place par le chirurgien-dentiste vacataire (ce projet est intégré dans le projet de l'établissement).

**La modification du règlement intérieur des établissements** afin d'y inscrire les modalités de la vacation dentaire, le rôle du vacataire référent de l'EHPAD et la prise en charge bucco-dentaire dont vont bénéficier les résidents.

**L'obtention du consentement des résidents** pour bénéficier d'un suivi dentaire par un dentiste référent de l'EHPAD et la réalisation des traitements par un chirurgien-dentiste traitant choisi. Selon le code de déontologie médicale de 1995 article 36 :« Le consentement de la personne soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ».

**Le recueil du nom du chirurgien-dentiste traitant** de chaque résident en respectant leur libre choix (au mieux un dentiste proche de l'EHPAD).

**L'aménagement du temps de travail** des aides-soignantes afin de pouvoir accomplir l'hygiène dentaire dans de bonnes conditions.

#### **4. LES MISSIONS DU CHIRURGIEN-DENTISTE VACATAIRE**

La prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents des EHPAD doit être réalisée par un chirurgien-dentiste formé à la gérontologie et à l'approche des personnes âgées poly-pathologiques et dépendantes, afin que les résidents bénéficient de soins adaptés en adéquation avec leurs pathologies.

Le chirurgien-dentiste participe à l'élaboration du projet de soin du résident, sa mission principale étant d'organiser les soins à la fois préventifs et curatifs et d'assurer la qualité de ces soins.

Il est le pilier de la prise en charge globale de la santé bucco-dentaire. Il a plusieurs missions :

##### **- une mission de santé publique**

La population des personnes âgées dépendantes est une population fragile pour laquelle la prévention est primordiale. Le chirurgien-dentiste référent agit à plusieurs niveaux pour prévenir toute dégradation de l'état bucco-dentaire

Évaluer régulièrement la santé bucco-dentaire des résidents qui passe par une consultation dentaire initiale et puis annuelle ainsi que par la création d'un dossier dentaire personnalisé

Prévenir les risques et les pathologies de la cavité buccale en informant l'équipe soignante de ses spécificités pathologiques pour qu'elle ait un rôle de surveillance

Évaluer l'efficacité des différentes fonctions orales : mastication, déglutition, gustation, phonation, salivation, afin d'adapter ou de traiter les pathologies diagnostiquées

Participer aux réunions du CLAN et conseiller une alimentation peu cariogène et propice au maintien de la santé bucco-dentaire

Déterminer les protocoles de soins d'hygiène adaptés selon les spécificités de chaque résident

##### **- une mission de soins**

Diagnostiquer et prendre la décision de traiter ou d'appareiller en tenant compte de l'état de santé du résident et de l'avis de son médecin traitant

Prescrire des soins lorsque les lésions ne nécessitent pas de consultation chez un chirurgien-dentiste traitant (lésions muqueuse comme un aphte ou une candidose)

Modifier et adapter les protocoles de soins d'hygiène  
Organiser les soins curatifs, invasifs ou soins prothétiques

- **une mission de formation et d'information**

Former le personnel soignant aux soins d'hygiène et au dépistage des pathologies buccales

Informier le personnel, la famille et les résidents de l'importance de la santé bucco-dentaire (plaquette d'informations)

Surveiller la mise en œuvre des bonnes pratiques en EHPAD

**Le chirurgien-dentiste vacataire est l'interlocuteur privilégié dans le domaine de la santé bucco-dentaire des différents acteurs de santé, des familles et des responsables légaux qui entourent la personne âgée en institution.**

## **5. MODALITES DE FONCTIONNEMENT**

### **5. 1. LA PERIODICITE DES VACATIONS DENTAIRES**

Pour assurer un bon suivi de l'état bucco-dentaire des résidents, une vacation dentaire de quatre heures tous les quinze jours pourrait être suffisante pour assurer les soins dans un établissement accueillant une centaine de résidents.

### **5.2.LA CONSULTATION DENTAIRE INITIALE**

Une évaluation régulière de la santé dentaire de tous les résidents de l'EHPAD est assurée par le chirurgien-dentiste vacataire tout au long de leur institutionnalisation.

**« La consultation dentaire de dépistage est systématique pour les personnes âgées dépendantes à chaque nouvelle admission dans un EHPAD selon le plan de prévention bucco-dentaire présenté par le Ministre de la Santé.**

La consultation dentaire peut être faite avec un membre du personnel soignant, de façon à aboutir à une meilleure coordination dans la réalisation de la thérapeutique définie.

Nous conseillons de l'effectuer avec l'infirmière car c'est elle qui est responsable des prescriptions et de la réalisation des soins d'hygiène.

Cette consultation se décline en 3 phases :

- un interrogatoire général
- un examen clinique
- une évaluation de la faisabilité des soins d'hygiène

Lors de la consultation dentaire, l'inventaire du matériel dentaire nécessaire est répertorié sur la fiche d'examen dentaire. Le matériel manquant est demandé au résident, son tuteur légal ou à l'institution.

Le chirurgien-dentiste vacataire s'informera dans un second temps auprès de l'équipe soignante afin de savoir si le matériel manquant a bien été donné au patient conformément aux consignes.

Cette première consultation permet au chirurgien-dentiste vacataire de:

- ❖ objectiver l'état dentaire initial
- ❖ définir les soins préventifs et curatifs dont le résident a besoin
- ❖ définir pour le résident les facteurs de risque de sa santé bucco-dentaire et sensibiliser le personnel à la surveillance spécifique des pathologies dentaires détectées

### **5.3. EVALUATION DE LA SANTE DENTAIRE ANNUELLE**

Le chirurgien-dentiste vacataire effectue les consultations dentaires régulières de tous les résidents de l'EHPAD.

Les visites annuelles sont faites à la date anniversaire de l'admission du résident. Elles permettent de réévaluer l'état bucco-dentaire et de constater les progrès réalisés en terme d'hygiène dentaire par la prise régulière des indices d'hygiène que sont l'indice de plaque et l'indice gingival permettant de contrôler la qualité de ces soins.

La fréquence des consultations sera dépendante des facteurs de risque de chaque résident. Elle sera annuelle si les risques sont faibles, semestrielle ou trimestrielle si les risques sont élevés. Ces contrôles dentaires permettent, avec une bonne hygiène, de

stabiliser les lésions, d'éviter le recours à des soins plus lourds, de relever les doléances des résidents et de suivre l'évolution de la thérapeutique qu'il a proposée.

#### **5.4. LES SOINS PREVENTIFS**

« Les soins de bouche avec application de produits non médicamenteux relèvent du rôle propre de l'infirmière en collaboration avec les aides-soignants (art 3-Décret 93- 345 du 15 mars 1993) ».

**Le chirurgien-dentiste n'est pas responsable de la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire des résidents, mais son rôle est d'organiser les soins, de les guider et d'en tester la faisabilité pour chaque résident et de vérifier la réalisation des bonnes pratiques.**

Les soins préventifs ont pour but de prévenir et de d'améliorer l'état buccal afin d'éviter les altérations, les infections et de préserver autant que possible une bonne image de soi.

Les bénéfices médicaux, psychologiques et sociaux sont multiples :

- ❖ le maintien de la santé buccale tout au long de la vie du résident dans les EHPAD
- ❖ la prévention du capital « dent » et du risque de surinfection
- ❖ la lutte contre la dénutrition
- ❖ la restauration de l'image corporelle et de l'estime de soi
- ❖ la restauration de la relation aux proches et aux professionnels
- ❖ la préservation de la dignité des résidents

Le chirurgien-dentiste vacataire est l'organisateur des protocoles des soins préventifs généraux pour chaque résident de l'EHPAD dont il suit l'évolution de l'état bucco-dentaire.

Son rôle est :

- ❖ d'instaurer des programmes de soins d'hygiène buccale adaptés à chaque résident en privilégiant au maximum l'autonomie de celui-ci, sous le contrôle du soignant
- ❖ de prescrire des adjuvants aux soins d'hygiènes classiques, pour adapter en fonction des pathologies muqueuses ou dentaires
- ❖ d'assurer une alimentation saine pour les résidents de l'EHPAD, afin d'éviter l'installation ou l'aggravation des pathologies buccales et les conseiller sur les

- habitudes alimentaires à acquérir, les aliments cariogènes à éviter et leurs retentissements sur les pathologies buccales existantes
- ❖ d'assurer une bonne hydratation de la cavité buccale des résidents souffrant de sécheresse buccale

Le chirurgien-dentiste vacataire doit s'appuyer sur « **les bonnes pratiques de soins en EHPAD** » de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie en Octobre 2007, qui donne des recommandations sur l'hygiène bucco-dentaire considérée comme une partie intégrante de l'hygiène corporelle. [ANNEXE 6-6bis] [DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2007] D'autres protocoles existent, il suffit qu'ils soient clairs, simples et respectueux des différentes situations.

Nous préconisons d'avoir un suivi régulier de l'hygiène buccale et prothétique ainsi que des prescriptions buccales et que ce suivi soit inscrit dans le dossier de soins. Cette fiche de soins pourrait rassembler 3 à 4 rubriques de suivi comme le brossage des dents, le nettoyage des prothèses, l'application d'un adjuvant si nécessaire, et enfin les doléances ou plaintes du résident.

## **5.5. IDENTIFICATION DES PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES**

[DISDIER et SCHULIARDY, 2009]

Le marquage des prothèses dentaires amovibles n'est pas systématique, pourtant il peut éviter beaucoup de désagréments dans un EHPAD comme les échanges ou la disparition de prothèses.

Dans le règlement intérieur des établissements, il est stipulé que tous les objets personnels doivent être identifiés notamment « les dentiers ».

Le chirurgien-dentiste vacataire peut en collaboration avec le dentiste libéral et le prothésiste, demander une identification des prothèses dentaires amovibles des résidents par inclusion des initiales des patients.

**Cette identification doit être notée sur le dossier médical après accord du patient.**

## **5.6. MISE A DISPOSITION D'UN MATERIEL BUCCO-DENTAIRE INDISPENSABLE**

Lors de l'inventaire des objets personnels du nouveau résident, le personnel soignant doit veiller à ce que le matériel d'hygiène bucco-dentaire nécessaire soit à disposition, à savoir brosse à dents et dentifrice pour un résident denté, brosse à prothèses et boîte nominative pour un résident porteur de prothèses. Dans le cas contraire, le chirurgien-dentiste référent demandera à la famille de mettre ce matériel à disposition du résident. Si le problème persiste, l'établissement se chargera de fournir ce matériel au résident.

## **5.7. REALISATION DES TRAITEMENTS CURATIFS**

**Les soins de bouche avec applications de produits médicamenteux relèvent de la prescription médicale (Art 4-Décret 93-345 du 15 mars 1993).**

L'organisation des rendez-vous (séances de soins) en cabinet dentaire libéral se fait en collaboration avec l'infirmière de l'EHPAD, à laquelle le chirurgien-dentiste référent transmet :

- ❖ les fiches de liaisons personnalisées complétées
- ❖ la prescription des bilans sanguins à effectuer obligatoirement aux résidents avant les rendez-vous
- ❖ la prescription des couvertures antibiotiques de prophylaxie avant les rendez-vous
- ❖ le type de transport choisi
- ❖ le courrier pour le chirurgien-dentiste libéral

La prise du rendez-vous se fait selon les étapes suivantes :

- ❖ évaluation de l'état physique et du degré de dépendance du résident
- ❖ évaluation de la nécessité d'un accompagnement
- ❖ détermination du type de transport :
  - familial
  - mini bus de l'EHPAD (l'équipe d'animation)
  - autres : VSL, ambulance,...

- ❖ évaluation de la durée du rendez-vous (nous conseillons que les soins curatifs soient réalisés en une seule séance, pour éviter la multiplicité des déplacements)

Le chirurgien-dentiste libéral est choisi par le résident.

**Le rôle de l'infirmière est de veiller à la bonne réalisation de toutes les recommandations et précautions prisent par le chirurgien-dentiste référent.**

Le contrôle postopératoire peut être réalisé par le chirurgien-dentiste vacataire. Il peut effectuer au chevet du résident des soins simples qui ne nécessitent pas le déplacement de celui-ci dans un cabinet dentaire et ceci dans le but d'économiser du temps et du personnel, exemples:

- ❖ le rebasage des prothèses amovibles avec des résines souples
- ❖ l'établissement de devis de prothèses directement au contact du chirurgien-dentiste traitant
- ❖ livraison des réparations simples de prothèses...

Après chaque rendez-vous de soins, le chirurgien-dentiste vacataire assure une consultation dentaire au chevet du résident pour s'assurer du bon déroulement de la séance du soin.

Les frais dentaires et prothétiques sont pris en charge en partie par la caisse de sécurité sociale et les mutuelles du résident. Quelques patients bénéficient d'une prise en charge à 100% pour certains soins dentaires suivant leurs pathologies médicales (cardiopathie congénitales, diabète,...) [ANNEXE 7].

Pour les patients qui présentent un édentement partiel ou complet et qui souhaitent une réhabilitation prothétique, un devis est établi et envoyé au résident ou à la personne responsable du résident, les traitements prothétiques n'étant que faiblement pris en charge par la Sécurité sociale. [CPAM AMELI, 2010]

## **5.8. FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT**

La formation sera plus efficace si elle est assurée par un intervenant de l'établissement qui en connaît les conditions de travail et qui soit à même de motiver le personnel soignant en restant à son écoute et en essayant de trouver des solutions aux difficultés rencontrées.

Cette formation va concerter toute l'équipe soignante (médicale et paramédicale) qui entoure le résident. Ce travail doit être considéré comme un travail d'équipe, où tous les acteurs ont été définis, ainsi que leurs responsabilités.

Elle est réalisée :

- ❖ en collaboration avec la direction qui met à la disposition du chirurgien-dentiste vacataire, un local équipé pour dispenser celle-ci
- ❖ en collaboration avec le cadre de santé qui détermine la date, le nombre et les personnes concernées

### **5.8.1. LA PÉRIODICITÉ DES FORMATIONS**

Les formations sur l'hygiène buccale et les pathologies de la sphère ORL peuvent se faire avec une périodicité de 3 mois.

### **5.8.2. LE NOMBRE DE PARTICIPANTS**

La formation doit concerner l'ensemble de l'équipe soignante et se fait par petits groupes en fonction des obligations de service, avec la participation si possible : du médecin coordonnateur de l'EHPAD, des médecins traitants et des dentistes libéraux du canton.

La périodicité des séances de formation devra permettre la mise à niveau des «nouveaux venus», nombreux du fait du turn-over important du personnel.

### **5.8.3. LES OUTILS UTILISÉS**

Les outils utilisés sont :

- ❖ l'utilisation d'un support pédagogique sur la santé bucco-dentaire, les protocoles et les techniques de brossage de la population hébergée en institution
- ❖ la distribution de matériel dentaire en démonstration

- ❖ la réalisation d'un atelier de brossage des dents que les participants effectuent ensemble
- ❖ l'iconographie des pathologies buccales et des questionnaires servant à leur reconnaissance pour favoriser un dépistage plus efficace et précoce

#### **5.8.4. LE CONTENU DE LA FORMATION**

La formation porte sur :

- les constats et problèmes actuels
- les interactions entre la santé bucco-dentaire et la santé générale
- les principales pathologies buccales
- l'évaluation et l'importante de l'hygiène bucco-dentaire
- les problèmes d'adaptation des prothèses dentaires
- les protocoles de brossage des dents pour personnes âgées dépendantes
- le protocole d'hygiène des prothèses
- l'alimentation équilibrée pour personnes âgées
- les substituts salivaires
- les soins palliatifs

#### **6. MODALITES DE FINANCEMENT:**

Selon la convention tripartite, les financeurs des EHPAD (le Conseil général et la Caisse d'Assurance Maladie) s'engagent à apporter leur appui technique et financier pour la réalisation des objectifs de l'établissement approuvés conjointement. Ceci se fait par l'octroi d'une dotation annuelle, qui sera arrêtée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et du budget voté par le Conseil général. La dotation tiendra compte des particularités de l'établissement.

Dans les principes généraux de tarification des EHPAD, le « **tarif soins** » est fixé par l'autorité compétente pour **l'assurance maladie**. Le tarif afférent aux soins couvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidants en établissement, les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies dans la limite des charges et **la rémunération du médecin coordonnateur, des**

infirmières, d'une partie des aides soignantes salariées de l'établissement, des infirmières libérales, du petit matériel médical, de l'amortissement de certains matériels et des médicaments. [LOUIS, 2002]

L'article 23 de la loi du 24 janvier 1997 qui pose le principe d'une réforme de la tarification ne met pas fin à l'exercice des praticiens libéraux qui pourront continuer à intervenir et seront rémunérés sur le forfait soins, mais de nouvelles modalités spécifiques d'intervention de ceux-ci sont définies par l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 1999 (loi N° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 JO du 27 décembre 1998) qui concerne :

- ❖ la nécessité que chaque profession de santé puisse passer un contrat avec le responsable de l'établissement au sein duquel il exerce, en adhérant explicitement au projet institutionnel et au respect des références de bonnes pratiques définies dans le cahier des charges de la convention tripartite.
- ❖ la possibilité de mettre en œuvre des formules innovantes de rémunération des professionnels libéraux dépassant le financement à l'acte et pouvant prendre la forme d'une rémunération forfaitisée ou à la capitation, sur un mode hebdomadaire ou mensuel. [LOUIS, 2002]

**La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie(CNSA)** est un nouvel établissement public, créé en 2004. Elle a pour mission de contribuer au financement de la prise en charge de la perte de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire. Elle assure aussi une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes. La loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées de 2005 a précisé et renforcé ses missions. La CNSA est une caisse chargée de repartir les moyens financiers et une agence d'appui technique. [BELMIN et Col, 2009]

## **6.1. MATERIELS**

Le matériel nécessaire pour assurer la vacation dentaire se compose de :

- ❖ des kits d'examen dentaire jetables
- ❖ une lampe de poche

- ❖ des gants jetables
- ❖ des compresses non stériles
- ❖ un chariot
- ❖ une poubelle pour déchets biologiques
- ❖ des fiches de soins personnalisées
- ❖ des fiches de liaison avec les chirurgiens-dentistes libéraux
- ❖ des blouses personnalisées pour le chirurgien-dentiste vacataire
- ❖ un emplacement de rangement du matériel dentaire.
- ❖ un cahier de liaison et de transmission des consignes pour l'équipe soignante.

**Le financement du matériel d'examen dentaire nécessaire pour effectuer la vacation est pris en charge par les EHPAD.**

## 6.2. LA VACATION DENTAIRE

La présence d'un dentiste vacataire dans l'établissement nécessite une rémunération à la vacation sur la base d'un praticien attaché 7<sup>ème</sup> échelon.

Le financement doit être pérenne et les partenaires peuvent être multiples :

En Moselle, où l'établissement est en forfait soin global, la DDASS assure le financement à titre expérimental du projet sur la section soins. Elle prend en compte l'intervention sur site du chirurgien dentiste (déplacement) et du personnel nécessaire pour la prise en charge, ainsi que le financement du bilan. La sensibilisation de la DDASS à cette problématique a été un facteur de réussite de la mise en œuvre du projet.

Le réseau gérontologique inter-établissements et services du Val d'Oise a obtenu le financement de son volet formation par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), dans le cadre des appels à projets visant aux actions de prévention à destination des personnes âgées résidentes en EHPAD. Une enveloppe supplémentaire a été dégagée par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

**Dans le financement de l'Assurance maladie, il faut intégrer les soins dentaires dans le périmètre de dotation soins des EHPAD, permettant de cette façon de financer l'intervention des chirurgiens-dentistes in situ. Cette intégration de la prise en charge**

**des soins dentaires pourrait se faire en complétant les grilles d'évaluation de la dépendance (AGGIR) et/ou de la charge en soins(PATHOS) de chaque EHPAD par le médecin coordonnateur. Ce financement supplémentaire doit permettre la prise en charge du transport des résidents de l'EHPAD/cabinets libéraux et de l'EHPAD/structures hospitalières.**

## **7. EVALUATION DE LA VACATION DENTAIRE**

L'enquête menée par l'URCAM de Bretagne sur 250 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, montre que seuls 8% d'entre eux assuraient des vacations de chirurgiens-dentistes et 5% possédaient un équipement dentaire. [AZEMA, 2005]

Nos critères d'évaluation sont :

- ❖ l'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire
- ❖ l'impact de la formation sur le personnel soignant
- ❖ le fonctionnement et la mise en œuvre de la vacation dentaire
- ❖ l'aspect médico-économique de la vacation dentaire
- ❖ le taux de satisfaction des résidents et de leur entourage de la garantie de bénéficier d'un suivi bucco-dentaire le long de leur institutionnalisation

L'amélioration de l'accès aux soins dentaires des personnes âgées en EHPAD recherchée par l'URCAM doit passer par des actions d'intervention auprès des administrations des établissements, des professionnels de santé, des organismes de tutelle et des personnels soignants. Au niveau de chaque établissement, une action et une volonté conjointe de tous les acteurs locaux (administrations, chirurgiens-dentistes, médecins et soignant) s'avèrent indispensables pour améliorer cet accès aux soins dentaires.

Le succès d'un tel projet de soins repose sur des réunions pluridisciplinaires avec l'intervention du chirurgien-dentiste vacataire, qui devraient permettre de faire le point sur les besoins des résidents et sur les actions menées. [Mac ENTEE, 1999] Ces bilans dentaires réguliers permettraient à l'équipe soignante de fixer les objectifs de prise en charge adaptée aux personnes âgées dans le cadre d'une politique d'amélioration continue des soins.

Notre projet est structuré, incluant clairement les différentes étapes de la vacation dentaire, permettant sa éventuelle pérennisation au sein de l'EHPAD. L'identification de critères d'évaluation nous permet d'atteindre les objectifs globaux que nous nous sommes fixés, c'est-à-dire une réelle amélioration de l'état de santé bucco-dentaire de la personne âgée en EHPAD et une efficacité d'organisation d'accès aux soins dentaires.

## **CONCLUSION**

Le constat en France est unanime, toutes les enquêtes réalisées en institution révèlent :

- ❖ l'hygiène bucco-dentaire des résidents insuffisante.
- ❖ les besoins bucco-dentaires très importants.
- ❖ les soins dentaires non réalisés.
- ❖ les soins prothétiques négligés.
- ❖ les résidents et les équipes soignantes résignées à renoncer aux soins dentaires.
- ❖ l'état bucco-dentaire altéré se répercutant de façon néfaste sur la santé générale.

Cet état issu des obstacles rencontrés par les résidents des EHPAD pour accéder aux soins, constitue bien un réel enjeu de santé publique. Toutefois les pouvoirs publics semblent ignorer ce problème. Il n'existe pas de politique nationale concertée visant à apporter une réponse adaptée. Pour autant les acteurs de terrain se sont mobilisés face à l'évidence des besoins et aux exigences des prises en charge induites par la poly-pathologie et la dépendance.

La création d'une vacation dentaire au sein de chaque EHPAD de France, peut être une solution efficace pour permettre d'organiser cette prise en charge dentaire négligée des résidents, et de structurer la démarche de soins en cabinets dentaires ou en hôpital.

Le vacataire peut aider les établissements à instaurer la prévention dentaire de leurs résidents, et de réaliser leurs objectifs de soins et de qualité de vie de la population âgée accueillie. L'étroite collaboration multidisciplinaire entre le chirurgien-dentiste vacataire de l'EHPAD, les chirurgiens-dentistes, le médecin coordonnateur, l'équipe soignante de l'établissement, les médecins traitants et le directeur de l'institution, devrait permettre une amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents et la levée des obstacles à la réalisation des soins nécessaires.

## **ANNEXES**

**ANNEXE 1 : LA FICHE D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE**

**FICHE D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE**

Date de l'examen : .....

Chirurgien-dentiste traitant : .....

Médecin traitant : .....

Accord pour l'examen bucco-dentaire : oui  non  absent

**Examen dentaire**

Schéma dentaire :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

0 saine      1 carie      2 couronne      3 absente      4 racine résiduelle

**Etat bucco-dentaire :**

Plaque	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Si oui :	Localisée	<input type="checkbox"/>	Généralisée	<input type="checkbox"/>
Tartre	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Si oui :	Localisé	<input type="checkbox"/>	Généralisé	<input type="checkbox"/>
Inflammation gingivale	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Mobilité dentaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Numéros dents				
Infections	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Etat des muqueuses :				
Blessures	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Anomalies	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Halitose	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Candidose	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

**Etat de l'appareillage prothétique :**

Port de prothèse	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Prothèse adjointe	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Maxillaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Adaptée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Mandibulaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Adaptée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Prothèse conjointe	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Adaptée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

**ANNEXE 1 : BIS**

<b>FICHE D'EVALUATION HYGIENE BUCCO-DENTAIRE</b>		
<b>Matériel :</b>		
Dentifrice	<input type="checkbox"/>	
Brosse à dents	<input type="checkbox"/>	
Brosse à prothèse	<input type="checkbox"/>	
Bains de bouche	<input type="checkbox"/>	
Produit pour nettoyer la prothèse	<input type="checkbox"/>	
Adhésif pour la prothèse	<input type="checkbox"/>	
Boîte pour ranger la prothèse	<input type="checkbox"/>	
Matériel Usagé	<input type="checkbox"/>	
Utilisé	<input type="checkbox"/>	
Non utilisé	<input type="checkbox"/>	
<b>Brossage :</b>		
Aucun brossage	<input type="checkbox"/>	
Brossage réalisé par :		
Le patient	<input type="checkbox"/>	
Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	
La famille	<input type="checkbox"/>	
Fréquence :		
Protocole :		
<b>Soins de bouche :</b>		
Aucun soin de bouche	<input type="checkbox"/>	
Soins réalisés par :		
Le patient	<input type="checkbox"/>	
Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	
La famille	<input type="checkbox"/>	
Fréquence :		
Protocole :		
<b>Nettoyage des prothèses :</b>		
Aucun nettoyage	<input type="checkbox"/>	
Nettoyage réalisé par		
Le patient	<input type="checkbox"/>	
Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	
La famille	<input type="checkbox"/>	
Fréquence :		
Protocole :		
Date	Diagnostic bucco-dentaire et consignes d'hygiène	Signature

## ANNEXE 2 : LA FICHE DE LIAISON DENTAIRE

### **FICHE DE LIAISON SOINS DENTAIRES**

(à garder dans le dossier et doit suivre le patient sous pli confidentiel à chaque consultation)

Coordonnées du médecin traitant : .....  
 Coordonnées du chirurgien dentiste traitant : .....

Coordonnées du tuteur ou personne de confiance pour solliciter l'accord des soins curatifs et de prothèse :  
 .....

- € Contre-indications aux anesthésiques locaux
- € Contre-indications aux vasoconstricteurs
- € Risques infectieux
- € Autres contre-indications
- € Allergies
- € Patient sous AVK
- € INR :

Principaux problèmes pathologiques actuels :

Traitements et médicaments :

Schéma dentaire :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

0 saine    1 carie    2 couronne    3 absente    4 racine résiduelle

Caractéristiques du patient :

- |                          |            |                 |
|--------------------------|------------|-----------------|
| - Coopération générale : | € bonne    | € irrégulière   |
| - Autonomie :            | € autonome | € semi autonome |
| - Communication :        | € bonne    | € aphasic       |
| - Mobilité :             | € valide   | € transférable  |
| - Fausse route           | € oui      | € non           |

Date	Transmissions chirurgien-dentiste vacataire EHPAD	Signature

**ANNEXE 2 : BIS**

**Suivi du traitement dentaire**

**Plan de traitement dentaire** (actes nécessaires et nombre d'étapes pour les réaliser) :

Accord de la personne ou de son référent pour les soins :      €oui      €non  
 Signature Devis :      €oui      €non  
 A la date :

Plan de traitement	Acte réalisé :	soins et précautions à prendre :	Nom et signature du dentiste
	Prochain acte :	préparation à l'acte :	Nom et signature du dentiste vacataire :
	Acte réalisé :	soins et précautions à prendre :	Nom et signature du dentiste
	Prochain acte :	préparation à l'acte :	Nom et signature du dentiste vacataire :
	Acte réalisé :	soins et précautions à prendre	Nom et signature du chirurgien dentiste
	Prochain acte :	préparation à l'acte	Nom et signature du dentiste vacataire
	Acte réalisé :	soins et précautions à prendre	Nom et signature
	Prochain acte :	préparation à l'acte	Nom et signature du dentiste vacataire

### **ANNEXE 3 : LE COURRIER D'ACCORD DE SOIN POUR LES FAMILLES**

Senones, le lundi 12 janvier 2009

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la prise en charge des soins bucco-dentaires dans l'établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes de Senones, nous organisons une consultation de dépistage bucco-dentaire systématique à nos résidents à partir du mois de janvier.

L'équipe médicale de l'EHPAD de Senones, avec l'aide de la faculté de chirurgie dentaire de Nancy, met en place une vacation dentaire réalisée par l'étudiante Mme RACANATI I.

Pour cela, une consultation dentaire gratuite sera proposée à chaque résident .Cette dernière se déroulera dans la chambre de chacun et durera environ un quart d'heure, nécessitant pour son bon déroulement votre accord et votre collaboration, ce dont nous vous remercions par avance.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Docteur Patrick FLORENTIN, médecin coordonnateur

Professeur Catherine STRAZIELLE, faculté de chirurgie dentaire de Nancy

Mme Smahane RACANATI, faculté de chirurgie dentaire de Nancy

XX -----

Nom : ..... Prénom : .....

ACCEPTE d'être vu en consultation dentaire

N'ACCETE PAS d'être vu en consultation dentaire

Date :

Signature :

#### **ANNEXE 4 : LE COURRIER DE CHOIX DE CHIRURGIEN-DENTISTE**

Senones, le lundi 12 janvier 2009

Madame, Monsieur :

L'équipe médicale de l'EHPAD Senones, avec l'aide de la faculté de chirurgie dentaire de Nancy, a mis en place une vacation dentaire visant à évaluer les besoins bucco-dentaires des résidents et à faire des propositions en vue d'améliorer l'accès aux soins dentaires pour les personnes dépendantes résidants en EHPAD.

Dans le cadre de ces vacations, nous avons procédé à l'examen bucco-dentaire de :

..... qui nécessiterait des soins dentaires.

Pour cette raison nous sollicitons votre accord et vous serions reconnaissant de nous indiquer le dentiste que vous avez retenu pour ces soins parmi ceux proposés ci-dessous.

Si vous souhaitez cette prise en charge et après votre accord, le dentiste retenu sera informé des besoins de soins du résident et évaluera les modalités exactes des soins dentaires.

Si des frais sont engagés, un devis sera établi et vous sera adressé. Vous pouvez contacter le dentiste désigné pour de plus amples informations sur les modalités du traitement.

Si cet arrangement vous convient, nous vous serions reconnaissants de déposer le coupon réponse ci-joint au secrétariat des résidents de l'hôpital de Senones.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Docteur Patrick FLORENTIN, médecin coordonnateur.

Professeur Catherine STRAZIELLE, faculté de chirurgie dentaire de Nancy

Mme Smahane RACANATI, faculté de chirurgie dentaire de Nancy

☒ -----

Je soussigné(e).....

accepte que .....

soit suivi pour des soins dentaires.

Chirurgien dentiste retenu :

- Docteur HUEBER Patricia, Senones
- Docteur JEANNIN Olivier, Senones
- Docteur PETIT Carol, Senones
- Docteur SION Michel, Moyen moutier
- Docteur ELCHINGER Martine, Etival-Clairefontaine

## ANNEXE 5 : LA PROCEDURE GENERALE POUR LES SOINS DENTAIRE A L'EHPAD DE SENONES

Hôpital local de Senones	<b>ASSURANCE QUALITE</b>	N° :
	Procédure Générale  Prise de rendez vous et suivi dentaire des résidents	Date : 23/06/2007 Rév° :
		Page 1 sur 4

**Objet :**

La présente procédure a pour objet de définir la prise de rendez vous et le suivi dentaire des résidents

**Domaine d'application :**

Cette procédure s'applique aux services de soins, au service d'animation, au dentiste vacataire.

**Responsabilité :**

La présente procédure sera mise en œuvre par le dentiste vacataire, les équipes soignantes, la responsable de l'équipe d'animation sous l'autorité et la responsabilité du cadre de santé.

**Définitions :**

«... Un mauvais état bucco-dentaire, et surtout une hygiène négligée, peuvent devenir un facteur de risque pour la santé générale et la qualité de vie. Par ailleurs, une fonction masticatrice compromise est souvent un cofacteur de malnutrition ou de dénutrition. La prévention et les soins bucco-dentaires passent par des contrôles réguliers des patients ainsi que par la sensibilisation et la formation du personnel soignant. Les soins bucco-dentaires en gériatrie demeurent une tâche difficile. Il s'agit de savoir gérer des cas complexes aux niveaux éthique, médico-dentaire et socio-économique. »

**Documents de référence :**

- Projet d'établissement 2009 - 2013

**Objectifs :**

**- Objectif général :**

- Contribuer à une prise en charge de qualité des résidents dans le respect de leur dignité.

**Objectifs intermédiaires :**

- Déterminer l'état de santé bucco dentaire des personnes âgées résidentes à l'hôpital local de Senones
- Déterminer l'accès aux soins : Organiser la prise de rendez vous et le suivi dentaire des résidents.

**Matériel – produits :**

Dossier patient

Fiche de suivi des soins bucco dentaires

Liste des actes pris en charge pour les patients sous ALD

Bons de transport

**Mode opératoire :**

**- 1. Examen bucco dentaire à l'entrée en institution**

Le dentiste traitant fait parti des informations collectées à l'entrée par l'infirmier

Le dentiste vacataire réalise un examen bucco dentaire de tous les nouveaux résidents entrés en institution.

Ce bilan est résumé dans une fiche spécifique de liaison entre l'institution et le cabinet dentaire.

Le résident ou sa famille ou son tuteur sont contactés par le dentiste vacataire pour les sensibiliser à la nécessité de soins et du suivi bucco dentaires.

**- 2. Fiche de suivi dentaire**

Initiée par le dentiste vacataire, complétée par le dentiste traitant lors des soins en cabinet.

Cette fiche de suivi suit le résident lors de chaque visite en cabinet. Elle est rangée dans le dossier patient.

**- 3. Prise de rendez vous dans un cabinet dentaire**

Rédigé par :	Approuvé par :	Validé par :
Date :	Date :	Date :

## ANNEXE 5 : BIS

Hôpital local de Senones	<b>ASSURANCE QUALITE</b>	N° : Date : 23/06/2007
	Procédure Générale  Prise de rendez vous et suivi dentaire des résidents	Rév° :  Page 2 sur 4

Le dentiste vacataire contact la famille et leur demande de prendre RDV et d'accompagner leur parent.  
En cas d'impossibilité par les familles et en fonction de l'autonomie du résident et du dentiste (cabinet Senones), le rendez vous peut être pris par la responsable de l'équipe d'animation (accompagnement possible, rendez vous groupés pour plusieurs résidents)

**- 4. Transport et accompagnement des résidents à mobilité réduite**

Lorsque le résident doit être accompagné par un professionnel de santé et / ou nécessite un transport en fauteuil, le dentiste vacataire s'assure de la prise en charge du transport par la CPAM (cas des personnes sous certaines ALD). L'infirmier contacte l'ambulancier choisi par le résident.

Lorsque la famille n'est pas disponible ou habite loin ou que le résident est isolé **ET** qu'une prise en charge du transport est hors champ CPAM: la responsable de l'animation peut accompagner le résident.

**5. Préparation du dossier bucco dentaire :**

L'infirmier prépare le dossier bucco dentaire avant le rendez vous chez le dentiste en suivant les recommandations du dentiste vacataire : résultats INR, fiche de traitement, ....

Si un traitement antibiotique est prescrit par le dentiste vacataire, l'infirmier donne le traitement prophylactique.

**Traçabilité :**

Fiche de liaison bucco dentaire

**Evaluation :**

- Nombre de report de rendez vous
- Nombre de fiche de suivi bucco dentaire non complétée.
- Suivi de l'état bucco dentaire des résidents (bilan d'activité annuel)

**Date limite maximale de validité :**

Toute parution d'un texte réglementaire entraînera une révision de la présente procédure.  
Hors parution d'une nouvelle disposition réglementaire, la procédure sera revue à échéance de 5 ans.

Rédigé par :  Date :	Approuvé par :  Date :	Validé par :  Date :
----------------------------	------------------------------	----------------------------

# Hygiène bucco dentaire

## Partie intégrante de l'hygiène corporelle

### CONSTAT

- ▶ La majorité des résidents ont une hygiène buccale insuffisante et ont besoin de soins dentaires ; l'état parodontal est mauvais, en rapport avec la présence d'une plaque bactérienne et de tartre.
- ▶ La perte d'autonomie partielle ou totale des patients pour les actes de la vie quotidienne est un facteur très important : environ 2/3 d'entre eux ont besoin des soignants pour effectuer leur hygiène de bouche.
- ▶ La toilette buccale est aussi un acte essentiel dans la réduction du risque d'infections, en particulier pulmonaires.
- ▶ Une bonne hygiène contribue à un meilleur état général, au confort et à une bonne alimentation. Une cavité buccale saine préserve l'image corporelle et le sentiment de dignité de la personne âgée.

### PRINCIPE

- ▶ Il faut mettre en place une toilette buccale quotidienne pour tous les patients. Elle relève du rôle propre de l'infirmier(e) en collaboration avec les aides-soignants et doit être distinguée des soins de bouche thérapeutiques qui nécessitent une prescription médicale.

### OBJECTIFS

- ▶ Éliminer les débris alimentaires, la plaque dentaire pour limiter les irritations buccales.
- ▶ Maintenir l'équilibre buccal.
- ▶ Faciliter l'alimentation et la communication.
- ▶ Améliorer la qualité de vie.

## ANNEXE 6 : BIS

RECOMMANDATIONS	TOILETTE ET ENTRETIEN
<p>► Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identifier un référent hygiène buccale dans chaque unité de soins.</li><li>• Déterminer la fréquence de réalisation de l'hygiène bucco-dentaire (en fonction de la charge de travail) : au moins une toilette buccale par jour (dans ce cas, de préférence le soir).</li><li>• Inciter le patient à réaliser la toilette lui-même mais superviser.</li><li>• Demander l'aide des familles.</li><li>• Assurer la traçabilité de la toilette grâce à une fiche de suivi dans le cahier infirmier.</li><li>• Évaluer régulièrement les résultats par le suivi des procédures et l'état de la bouche.</li></ul>	<p>SET DE BOUCHE :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bâtonnets natures / glycérinés</li><li>• Gants et compresses</li></ul>
<p>► Technique</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluer l'état de la bouche.</li><li>• Élaborer des procédures pour les différentes situations<ul style="list-style-type: none"><li>- bouche normale, dentée ou non,</li><li>- bouche pathologique : mycosique, douloureuse, sèche,</li><li>- hygiène des prothèses amovibles</li></ul></li><li>• Choix de matériels bien adaptés</li></ul>	<p>DÉROULEMENT DE LA TOILETTE BUCCALE</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enlever les prothèses et les nettoyer.</li><li>• Examiner la cavité buccale (dents et muqueuses) avec un abaisse-langue.</li><li>• Brosser chaque arcade dentaire séparément par dent, de la gencive vers la dent et les gencives si possible.</li><li>• Chez l'édenté, nettoyer à l'aide de bâtonnière ou au doigt avec une compresse.</li><li>• Nettoyer les muqueuses (palais, joues, langue et gencives) avec une compresse humide en s'aidant d'un abaisse-langue.</li><li>• Remettre les prothèses propres.</li></ul>
<p>Matériel de base :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- serviette, gants, gobelet,</li><li>- haricot (si patient alité),</li><li>- protection source lumineuse.</li></ul> <p>Matériel dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- sets de soins de bouche,</li><li>- brosses à dents souples, à petite tête,</li><li>- brosses électriques, éventuellement,</li><li>- brosses à prothèses,</li><li>- hydropulseurs,</li><li>- boîtes à prothèse,</li><li>- appareil à ultrasons.</li></ul>	<p>ENTRETIEN DES PROTHÈSES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brosser les prothèses tous les jours, avec une brosse adaptée.</li><li>• Immerger les prothèses le soir dans un produit désinfectant, les rincer.</li><li>• Pour la nuit : laisser sur une compresse humide ou remettre en bouche.</li><li>• Nettoyage aux ultrasons recommandé une fois par semaine.</li></ul>
<p>Demander un bilan odontologique en fonction des besoins.</p>	<p>Réaliser un bilan odontologique à l'entrée</p>

## ANNEXE 7: LES ALD ET LES SOINS DENTAIRES

Domaines bucco-dentaires pouvant être impliqués en cas d'affection exonérante - (x) rapport avec une ALD

PATHOLOGIES	SC	DC	Paro	PC	PA	G-F	ODF
1 Accident vasculaire cérébral invalidant							
2 Aplasie médullaire	x	x	x	x	x		
3 Artériopathie chronique évolutive (ischémie)							
4 Bilharziose							
5 Cardiopathie congénitale, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave	x	x	x	x	x		
6 Cirrhose du foie décompensée		x	x				
7 Déficit immunitaire primitif grave et (Sida) déficit immunitaire acquis grave	x	x	x	x	x		
8 Diabète insulino-dépendant ou non ne pouvant être équilibré par le seul régime	x	x	x	x	x		
9 Forme grave d'affection neuro-musculaire (dont myopathie)							
9 Hémoglobinopathie homozygote							
11 Hémophilie		x	x				
12 Hypertension artérielle sévère							
13 Infarctus du myocarde datant de moins de six mois							
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	x	x					
15 Maladie d'Alzheimer et autres démenances		x	x	x	x	x	
16 Maladie de Parkinson	x	x	x				
17 Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé							
18 Mucoviscidose	x	x					
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif	x	x	x	x	x		
20 Paraplégie							
21 Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	x	x	x				
22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	x	x	x				
23 Affections psychiatriques de longue durée	x	x	x	x	x		
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutive							
25 Sclérose en plaque invalidante	x	x	x				
26 Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est = ou > à 25°) jusqu'à maturation rachidienne							x
27 Spinauxarthrite ankylosante grave	x	x					
28 Suites de transplantation d'organe	x	x	x	x	x		
29 Tuberculose active + lepre							
30 Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	x	x	x	x	x	x	

Légende :

SC : soins conservateurs - DC : actes chirurgicaux - Paro : actes de parodontologie - PC : prothèse conjointe (ex. couronne)  
PA : prothèse adjointe (ex. appareil amovible) - GF : couttièrerie et fluoruration - ODF : orthopédie dento-faciale (cotation TO)

## ANNEXE 8 : LA CERTIFICATION DE L'HOPITAL LOCAL DE SENONES

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre III		
Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
Évaluation des besoins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes	Évaluer les problèmes bucco-dentaires pouvant constituer au cours de l'hospitalisation et pouvant avoir des répercussions directes sur l'état de santé général de la personne âgée ; proposer et mettre en place des mesures d'amélioration.	L'étude réalisée a permis de décrire l'état de santé bucco-dentaire de la population âgée de l'hôpital de Senones, et d'évaluer ses besoins en soins et prothèses dentaires. Il s'agissait également de proposer des mesures contribuant à améliorer la santé bucco-dentaire de cette population grâce à une meilleure prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire et à un accès aux soins dentaires facilité. L'étude a montré que 100 % des patients âgés dépendants avaient besoin d'au moins d'un bain de bouche ou de conseil bucco-dentaire approprié et 100 % des patients avaient besoin d'au moins un soin dentaire ou prothétique. Ce travail a débouché sur une formation du personnel et la mise en œuvre de soins dentaires assurés par un dentiste intervenant sur place.

ACC01\_F019\_J

Hôpital local de Senones/Code FINESSE 88 078 036 6/ Avril 2008  
282/316

## ANNEXE 8 : BIS

### Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre II

Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
<u>Repas hospitalier = repas plaisir</u>	<p>Respecter les goûts et les non-goûts des patients et par là améliorer la nutrition et le repas plaisir des personnes âgées</p> <p>Évaluer l'acceptation de nouveaux aliments par les patients, faire en sorte que le temps repas soit un temps plaisir, redonner à la personne âgée toute sa dignité en la considérant comme un client.</p>	<p>Les professionnels du secteur restauration évaluent le contenu des plateaux après la prise du repas (ils demandent au personnel des services de ne pas jeter le contenu, donc se donnent une charge de travail supplémentaire) dans le but de savoir si le nouveau menu ou plat proposé a été apprécié ou pas et s'il peut être de nouveau proposé.</p> <p>L'environnement du repas est soigné : nappes, vaisselle. Un projet de service « hôtelier » avec un personnel soignant formé par une équipe hôtelière est à l'étude.</p>

ACC01\_F019\_J

## ANNEXE 9 : CONVENTION DE STAGE

Nancy-Université

Université Henri Poincaré, Nancy 1  
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

96 av de Latre de Tassigny  
B.P. 50208  
54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex



Téléphone : +33 (0)3 83 68 29 50    Télécopie : +33 (0)3 83 68 29 81

### CONVENTION DE STAGE

REÇUE le 15 juil. 2008

#### ARTICLE I

La présente convention règle les rapports entre l'EHPAD de l'Hôpital Local de Senones et la Faculté d'Odontologie de Nancy.

Nom : **Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de l'Hôpital Local de Senones**

Adresse : 2 rue Raymond Poincaré, 88210 SENONES

Représentée par son responsable de site **Sylvie DEWONCQ**

Et

**l'Université Henri Poincaré, Nancy 1**  
plus particulièrement **la Faculté d'Odontologie**

représentée par Monsieur le Docteur Pierre BRAVETTI, Doyen de la Faculté d'Odontologie, qui devra porter cette convention à la connaissance de l'étudiant, et obtenir de celui-ci, préalablement au stage, un consentement exprès aux clauses de la convention.

#### ARTICLE II

Le stage qui fait l'objet de cette convention est réalisé par Mademoiselle Smahane MOHRA épouse RACANATI, étudiante de T1 en Odontologie, dans le cadre de la préparation de sa thèse d'exercice. Il a pour objet essentiel un travail pratique concernant la santé bucco-dentaire des résidents de l'EHPAD de l'hôpital local de Senones

#### ARTICLE III

Le programme du stage est établi par le Professeur Catherine STRAZIELLE, responsable universitaire en fonction, en collaboration avec le Docteur Patrick FLORENTIN, médecin gériatre et responsable médical de l'EHPAD de l'hôpital local de Senones.

#### ARTICLE IV

Le stage se déroulera par vacations un lundi après midi deux fois par mois du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 30 juin 2009. Elle pourra être amenée à se déplacer au-delà de cette date pour analyse des données recueillies

#### ARTICLE V

Les tâches confiées à la stagiaire seront sous la responsabilité des deux encadrants cités dans l'article III ci-dessus, les Professeur Catherine STRAZIELLE et Docteur Patrick FLORENTIN. La stagiaire devra rendre compte de ses activités tant du point de vue sanitaire que de celui de sa formation universitaire. Le contenu du stage comporte des activités de dépistage, d'enseignement de méthodes d'hygiène bucco-dentaires, d'anamnèse et d'organisation de la prise en charge extérieure des soins curatifs bucco-dentaires.

#### ARTICLE VI

Pendant les périodes de présence à l'EHPAD de l'Hôpital Local de Senones, la stagiaire sera soumise à la discipline en vigueur au sein de cet établissement de l'Hôpital Local de Senones, notamment en ce qui concerne le respect des horaires et des règlements relatifs à l'hygiène et à la sécurité.

**ARTICLE VII**

Il n'est prévu aucune indemnité d'enseignement ou de déplacement pour l'encadrement. Au cours de leur formation, l'étudiante ne peut prétendre à aucune rémunération ou indemnité, le stage ayant une durée inférieure à trois mois consécutifs (article 9 de la loi n° 2006-396).

**ARTICLE VIII**

Pendant son stage, la stagiaire demeure étudiante et reste affiliée au même régime de sécurité sociale que durant sa scolarité. Les déclarations d'accidents de travail ou de trajet au sens de l'article L 412.8 du Code de la Sécurité Sociale incombent à l'instance universitaire.  
L'Étudiante soussignée aura obligatoirement souscrit une assurance couvrant sa "Responsabilité Civile" et devra fournir une attestation, enfin l'entreprise (ou l'organisme) doit elle-même avoir souscrit une assurance "responsabilité civile".

**ARTICLE X**

Tout membre du personnel de chaque partie est tenu de se conformer aux règlements en vigueur dans l'organisation où il est appelé à travailler, notamment ceux relatifs à l'hygiène et la sécurité. Chaque partie s'engage à prendre en charge la couverture de son personnel conformément au régime qui lui est applicable du fait de son statut (universitaire ou hospitalier). Chacune des parties est responsable des dommages (corporels ou matériels) causés ou subis par ses personnels ou agents conformément au régime qui leur est applicable du fait de leur qualité d'étudiant ou de leur statut hospitalier.

Fait à Nancy, en 4 exemplaires originaux, le 16/01/2009

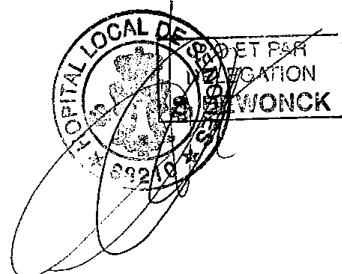
Lu et approuvé :

Signature de la Stagiaire  
Mme Smahane MOHRA RACANATI

*Lu et approuvé  
Mme Racanati Smahane*

Signature des Responsables du Stage  
Pr C. STRAZIELLE - Dr P. FLORENTIN

Signature du Responsable  
de l'EHPAD  
de l'Hôpital Local de Senones  
Sylvie DEWONCK



Signature du Président de  
l'Université Henri Poincaré, Nancy 1  
et par délégation,  
le Doyen de la Faculté d'Odontologie  
Docteur Pierre BRAVETTI



## **BIBLIOGRAPHIE**

**1. ABIN –JAUNET C., ARMENGOL V., CHAUSSAIN-MILLER C.**

Maladie d'Alzheimer et odontologie gériatrique.

Revue d'Odontologie Stomatologie, 2004, 33, 243-272.

**2. ALLOUC C.**

Evaluation des besoins de soins dans les centres de long séjour.

Th: dent, Nancy 1: 2001.

**3. ANDRIEU S., BOCQUET H., CHABANON., et Col.**

Colonization of the oral cavity by *Candida* species: risk factors in long-term geriatric care.

Journal of Oral Sciences, 2003, 45: 51-55.

**4. AZEMA J.**

Santé bucco-dentaire : quelles solutions en EHPAD ?

Le journal du médecin coordonnateur et des équipes soignantes, 2005, 13.

**5. BABAYOF I., MERSEL A., ROSIN A.**

Oral health needs of elderly short-term patients in a geriatric department of a general hospital.

Special Care in Dentistry, 2000, 20:72-74.

**6. BAILLY Y.**

Hygiène bucco-dentaire dans le service de soins palliatifs :

Conception d'un protocole de soins.

Th: dent, Reims : 2004.

**7. BARRE J., COUGNAUD-PETIT A., GAUBERT M., et Col.**

Facteurs de risque de chute chez le sujet âgé : quelle prévalence en court séjour gériatrique.

Revue de Gériatrie, 2008, 33, 4.

**8. BAULIEU M P.**

Formation et pratique de l'aide soignant.

Le rôle de l'aide soignant en institution.

Paris : édition Masson. 2005, Vol 1.

**9. BEIGHTON D., BRAILSFORD S., SIMONS D.**

Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes.

Community Dent. Oral Epidemiol., 2001, 29: 464-70.

**10. BELINGARD-REBIERED., COLLEU G., et Col.**

Accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes résidants en EHPAD: un enjeu de santé publique?

Ecole des hautes études en santé publique.

Module interprofessionnel de santé publique. 2009.

**11. BELMIN J., CHASSAGNE P., FRIOCOURT P., et Col.**

Gériatrie pour le praticien. 2ème édition.

Collection Elsevier Masson. 2009.

**12. BITTON C., DETRUUIT JC., SORING G., et Col.**

Besoins dentaires de la personne âgée en long et moyen séjour.

Le concours médical, 1998, 120,40, p.2865-2870.

**13. BLOUIN N., MASSICOTTE P., VINCENT JR.**

Santé bucco-dentaire.

In : Précis pratique de gériatrie, 2<sup>eme</sup> éd. / éd. par ARCANDE M. et HEBERT R.

Paris : Maloine, 1997, ch.48.

**14. BOCHELEN A.**

La prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante.

Th : dent, Nancy 1: 2003.

**15. BOUCHER Y., CASAMAJOR P., DESCROIX V.**

Les troubles du goût d'origine médicamenteuse.

Information Dentaire, 2009, 20, 1076.

**16. BROCKER P., CHEVEAU J M., GIUMELLI B., NANFI C.**

Candidoses oro-pharyngées et prothèses chez les sujets âgés : les facteurs favorisants.

Information dentaire, 2002, 10, 603.

**17. BUCH D., METTON M.**

Amélioration de l'hygiène bucco-dentaire des patients âgés à l'hôpital Bretonneau (AP-HP).

Le Chirurgien-Dentiste, 2009, 1398, 53.

**18. BUDTZ-JORGENSEN E., CHUNG JP., MOJON P.**

Successful Aging-the Case for Pronosthetic Therapy.

Journal of Public Health in Dentistry, 2000, 60: 308-312.

**19. BUDTZ-JORGENSEN E., DESLAURIERS N., MONJON E., RENTSCH A.**

Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility.

Community Dent. Oral Epidemiol. 2000, 28: 141-149.

**20. BUDTZ-JORGENSEN E., CHUNG JP., MONJON P.**

Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians.

Special Care in Dentistry, 2000, 1.

**21. CAILLO M.**

Etat bucco-dentaire et besoins en soins.

Les dossiers de l'URCAM N°23, Association des MSA de Basse Normandie, de Bretagne et des pays de Loire.

Décembre 2004.

**22. CAMBOURNAC M., POUE C.**

Réflexion sur un protocole d'hygiène bucco-dentaire adapté à des personnes fragilisées.

Etudes menées dans cinq résidences médico-sociales.

Th : dent, Toulouse : 2004.

**23. CHAUMET-RIFFAUD C.**

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Montreuil : édition du PAPPYRUS, 2003.

**24. CONSEIL GENERAL DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE.**

Direction des personnes âgées-personnes handicapées.

5eme schéma gérontologique 2009-2013.

Mai 2009.

**25. CONSEIL GENERAL DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE.**

Personnes âgées : une place pour chacun.

Avril 2008.

**26. COTTONE JA., GUEST GF., JAINKITTIVING A., YEH CK.**

Evaluations of medical consultations in a predoctoral dental clinic.

Oral Surgery, Oral Radiology and Endodonty, 1995, 80: 409-413.

**27. CPAM**

[WWW.AMELI.FR](http://WWW.AMELI.FR). Consulté en 2010.

**28. CPAM DE PARIS., UFSBD.**

Les personnes âgées dépendantes : une priorité de SANTE PUBLIQUE pour UFSBD.

Revue DIALOGUE, 2004, 28, 41.

**29. CRINEAN CL., KIYAK HA., GRAYSTON MN.,**

Oral Health problems and needs of nursing home resident.

Community Dent. Oral Epidemiol., 1993, 21, 49-52.

**30. DEHARO A.**

La nouvelle tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les études hospitalières (Bordeaux), 2002, p.68.

**31. DEVENNIE JC., GIBSON J., HAUGHNEY MG., MACPHERSON LM., MASON DK.**

Integration of primary care dental and medical services: a pilot investigation.

British Dental Journal, 1994, 177: 238 -246.

**32. DEVENNIE JC ., HAUGHNEY MG., MACPHERSON LM., MASON DK.**

Integration of primary care dental and medical services: a three-year study.

British Dental Journal, 1998, 184: 343-347.

**33. DISDIER J L., SCHULIARDY.**

Identification des prothèses dentaires amovibles.

Information Dentaire, 2009, 34, 1956.

**34. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTE.**

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE.-SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE.

Les bonnes pratiques de soins en EHPAD.

Octobre 2007, p.62-63.

**35. DOMIDENT 31.**

[www.sfcf.fr](http://www.sfcf.fr). Consulté 2010.

Rubrique Midi-Pyrénées. 2009.

**36. DUQUESNOY A.**

« APPOLINE », réseau de coordination pour l'accès aux soins et aux bilans bucco-dentaires des personnes âgées hébergées en EHPAD.

D.I.U coordonnateur EHPAD 2008-2009.

**37. EDWARDS BJ., MIGLIORATIC CA.**

Osteoporosis and its implications for dental patients.

Journal of American Dental Association, 2008, 139: 5.

**38. EL MAAZI S.**

Evaluation de protocoles d'hygiène bucco-dentaire dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées de l'agglomération de Nancy.

Th : dent, Nancy 1 :2005.

**39. ETIENNE D., OUHAYOUN JP., SAWAF H.**

Cavité buccale et sénescence : parodontie.

Encycl. Med Chi Stomatologie/Odontologie.

2000.

**40. FAROZI AM., HESCOT P., LAUPIE J.**

Enquête épidémiologique transversale sur 509 résidents de 8 établissements.

Revue de Gériatrie, 2008, 33.

**41. FEN UNSA-Syndicat National des Infirmiers Infirmières Educateur de santé-.**

Décret n°2002-194 relatif aux actes et à l'exercice de la profession d'infirmier.

**42. FITZPATRICK J.**

Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff.

Journal of Advanced Nursing, 2000, 32: 1325-1332.

**43. FOLIGUET M.**

Établissements pénitentiaires :

Soins et prévention bucco-dentaire.

Information Dentaire, 2009, 44: 2729.

**44. FONDATION CAISSE D'EPARGNE-UFSBD.**

Préserver « le capital dent » des personnes âgées

Revue le Dentiste-magazine, 2008, 12, 18.

**45. FRIDLUND B., HOLMEN A., HYG O., et Col.**

Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly.

Special Care in Dentistry, 1998, 18: 234-242.

**46. GAUCHER C., NGUYEN P.**

Les lésions cervicales d'usure : prise en charge des personnes âgées.

La revue du chirurgien dentiste, octobre 2008, N 1363, p.33.

**47. GLASSMAN P., JONES C., MILLER C., WOZNIAK T.**

A preventive dentistry training program for caretakers of persons with disabilities residing in community residential facilities.

Spec. Care Dentist. 1994, 14:137-143.

**48. HAS.**

Rapport de certification de l'hôpital local de Senones.

Chapitre 4 : évaluation et dynamique d'amélioration.

avril 2008, p 283-284.

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) . Consulté en 2010

**49. HAS**

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.

Recommandations professionnelles.

Avril 2007.

**50. HOGARD A.**

Evaluation des besoins bucco-dentaires dans un hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) à Senones (88) :

Réflexion sur une organisation d'un meilleur accès aux soins.

Th: dent, Nancy 1, 2006.

**51. HOPITAL LOCAL DE SENONES.**

Le règlement de fonctionnement de l'EH PAD, 2009.

**52. HUGUEL H.**

Soin de bouche en gériatrie.

D.I.U coordonnateur EHPAD 2005-2006.

**53. INSEE-institut national de la statistique et des études économiques-.**

Vivre et vieillir en Meurthe-et-Moselle : projection à l'horizon 2020.

N°155, 2009.

**54. JONES DB., GODWIN K., GODWIN R K., et Col.**

Oral health assessment by nursing staff of Alzheimer's patients in a long-term-care facility.

Special Care in Dentistry, 1999, 19: 64-71.

**55. KANDELMAN D.**

Le vieillissement de la population: un défi majeur pour les chirurgiens dentistes.

Information Dentaire, 2001, 21: 1547-1551.

**56. KIYAK HA., REICHMUTH M.**

Barriers to and enablers of older adults use of dental services.

Journal of Dental Education, 2005, 69: 9.

**57. KORIAN O.**

Personnes âgées dépendantes.

Information Dentaire, 2009, 17.

**58. KRYGIER G.**

Conséquences du vieillissement sur les maladies parodontales.

Réalités Cliniques, 1991, 2: 219.

**59. LACHANT M.**

Représentation de la personne âgée et du rôle chez les personnes soignantes en institution de gériatrie.

D.U : gérontologie : Paris Nord : 1999.

**60. LAUPIE M.**

Conséquences de l'état de santé bucco-dentaire sur la santé des personnes.

Th: dent, Faculté de Nice, 2004.

**61. LAVIGNE SE.**

L'état de la santé bucco-dentaire dans les résidences pour personnes âgées : une question de santé publique ?

JADC, 2009, 74.

**62. LEQUART C.**

Personnes âgées dépendantes.

Expérimentation dans les EHPAD.

Le Chirurgien-Dentiste de France, 2008, 1341: 27.

**63. LELIEVRE N.**

La collaboration aides-soignants infirmiers : la distribution des médicaments.

[www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com).

**64. LEON F.**

Soins aux personnes âgées en institution de long séjour.

Revue inf., 1999.

**65. LOUIS P.**

Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées.

Convention tripartites et démarches qualité.

Edition Seli Arslam SA. 2002.

**66. Mac ENTEE MI.**

Oral care for successful aging in long-term care.

Journal of Public Health in Dentistry, 2000, 60: 326-329.

**67. Mac ENTEE MI., MORRISON BJ., WAXLER-MORRISON NE., WEISS RT.**

The influence of social, economic, and professional considerations on services offered by dentists to long-term care residents.

Journal of Public Health in Dentistry, 1993, 53: 70-75.

**68. Mac ENTEE MI., THORNE S.**

Conflicting priorities: oral health in long-term care.

Special Care in Dentistry, 1999, 19: 164-172.

**69. MAHLER P., POUYSSEGUR V.**

Odontologie Gériatrique.

Vélizy : CdP, 2001, p, 161.

**70. MARTINSSO A.**

Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire et de l'accès aux soins des personnes âgées hébergées en établissement dans le Lot.

D.U d'évaluation de la qualité de la médecine.

Université de Bordeaux, 2004.

**71. MICHIWAKI Y., NAKAMURA Y., SUMI Y.**

Development of a systemic oral care program for frail elderly persons.

Special Care in Dentistry, 2002, 22: 151-155.

**72. MIDON H.**

Evaluation critique d'un système de prise en charge de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes des EHPAD de la région de Nancy.

Th: dent, Nancy 1, 2010.

**73. MINISTÈRE DE LA SANTE**

Plan de prévention bucco-dentaire.

Congrès de l'Association Dentaire Française.

Novembre 2005.

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**74. O'GRADY M J., PALEY G A., SLACK-SMITH L M.**

Aged care staff perspectives on oral care for residents: Western Australia.

Gerodontology, 2004, 21: 146-154.

## **75. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.**

Une enquête de la C.P.A.M de Paris :

Hygiène défectueuse, des besoins non satisfaits.

La Lettre, 2004, 24.

## **76. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.**

Dix ans pour se mettre aux normes de l'accueil des handicapes.

La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2005, 36, p.17.

## **77. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.**

Personnes âgées dépendantes, une sous-médicalisation bucco-dentaire.

La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2004, 27: 23-31.

## **78. PANPIGNOLE M., POSTAIRE M.**

Prothèse amovible : Faut-il des adhésifs en prothèse amovible.

Revue du Clinicien, 2007, 28(NS).

## **79. PEIGNER H.**

Elaboration d'un support pédagogique pour la formation à l'hygiène bucco-dentaire du personnel soignant en charge des personnes âgées fragilisées.

Th: dent, Nancy 1:2006.

## **80. PELTOLA P., VEHKAHALATI M.M., WUOLIJOKI-SAARISTO K.**

Oral health and treatment needs of the long-term hospitalized elderly

Gérontologie, 2004, 21: 93-99.

## **81. PIRNAY P.**

Soins dentaires et patients handicapés.

Information Dentaire, 2009, 14.

## **82. POUS J.**

Personnes âgées : démographie, aides économiques et sociales, institutions sanitaires et sociales.

Revue du Praticien, 1994, 44.

**83. POUYSSEGUR V.**

Les conséquences psychologiques de la mauvaise santé bucco-dentaire chez la personne âgée.

Colloque national de santé publique. UFSBD/OMS.

Octobre 2004, hôpital Européen George Pompidou

**84. RACINE G.**

La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Edition Berger-Levrault, 2001.

**85. REGIS F.**

Evaluation des connaissances et comportements d'une population en matière d'hygiène bucco-dentaire

Th: dent, Nancy 1: 2000.

**86. REYNOLDS MW.**

Education for geriatric oral health promotion.

Special Care in Dentistry, 1997, 17.

**87. ROSENBERG ET AL.**

Development of the geriatric oral health assessment index

JADA, 1990.

**88. ROUSSELET M.**

C.H.U. RIEMS.

D.U : santé publique, Nancy 1 :2001.

**89. SCULLY C.**

The influence of systemic diseases on oral health care in older adults.

JADA, 2007, 138.

**90. SANZ M., TREASURE E., et Col.**

Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies.

European Journal of Dental Education, 2008, 12 suppl 1: 101-110.

**90. TENENBAUM A.**

La relation médecins-chirurgiens dentistes dans la prise en charge du patient: les évolutions nécessaires.

Analyse dans le cadre d'un réseau de santé. Master 2 : Recherche en Ethique.

Université René Descartes-Faculté de Médecine, Paris 5, 2004-2005.

**91. TRIVALLEC C.**

Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique.

Paris : édition Masson, 2002.

**92. URCAM CHAMPAGNE-ARDENNE**

Inter-causalités pathologies générales et pathologies bucco-dentaires. Inter-relations médecins-chirurgiens dentistes.

2002.

**93. URCAM DU LIMOUSIN.**

Direction régionale du service médicale Limousin Poitou-Charentes.

L'état de santé et l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes résidants en EHPAD en Limousin.

Mai 2007.

**94. URCAM DU PACA.**

L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en maisons de retraite.

En région Provence Alpes Côte d'Azur.

Direction Régionale du Service Médicale PACA-CORSE.

Juin 2006.

**95. VECTEUR SANTE.**

La santé bucco-dentaire.

Une publication du groupement régional de santé publique de Midi-Pyrénées.

mars 2009, 26.

[WWW.SANTE-PUBLIQUE-MIP.FR](http://WWW.SANTE-PUBLIQUE-MIP.FR)

**96. VIGILD M.**

A model for oral health care for elderly persons in nursing homes with an estimate of the resources needed.

Acta Odontologia Scandinavia, 1989, 47: 199-204.

**97. VIGILD M.**

Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark.

Community Dent. Oral Epidemiol. 1987, 15: 309-13.

**98. WARDH I., ANDERSSON L., SÖRENSEN S.**

Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides.

Gerodontology, 1997, 14: 28-32.

**99. WARDH I., ANDERSSON L., SÖRENSEN S.**

Assessments of oral health care in dependent older persons in nursing facilities.

Acta Odontologia Scandinavia, 2002, 60: 330-336.

**100. WEISS R T., MORRISON B-J., MACENTEE M-I., WAXLER-MORRISON N-E.**

The influence of social, economic, and professional considerations on services offered by dentists to long-term care residents.

Journal of Public Health in Dentistry, 1993, 53: 70-75.

**101. WISEMAN M.-A.**

Palliative care dentistry

Gérodontology, 2000.

**102. WOLMARK.**

Perte d'autonomie du sujet âgé

Revue du Praticien, 1997, 48.

**103. ZENG X., SHEIHAM A., TSKOS G.**

Relationship between clinical dental status and eating difficulty in an old Chinese population.

Journal of Oral Rehabilitation, 2008, 35: 37-44.

Jury : Président : C.STRAZIELLE – Professeur des Universités  
Juges : D.DROZ – Maître de Conférence des Universités  
A.SABATIER – Assistant Hospitalier Universitaire  
P.FLORENTIN– Docteur en Médecine - Gériatre  
M.A. MANCIAUX - Docteur en Médecine - Gériatre

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: Madame MOHRA épouse RACANATI, Ismahane

né(e) à: **CHELGHOUMLAID (Algérie)** le **8 décembre 1978**

et ayant pour titre : « **Analyse d'une expérience de six mois en tant que vacataire chirurgien-dentiste dans un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) des Vosges** ».

Le Président du jury,

C. STRAZIELLE

Le Doyen,  
de la Faculté d'Odontologie

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 3292

NANCY, le 17.05.2010

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

Pour le Président  
et par Délégation.  
La Vice-Présidente du Conseil  
des Etudes et de la Vie Universitaire.

J-P. FINANCE

  
CAPTENVILLE-ATHIASON

**RACANATI Smahane.** Analyse d'une expérience de six mois en tant que chirurgien-dentiste vacataire dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) des Vosges.

Th : Chir-Dent. : 140 Pages. Nancy-1 : 2010

**MOTS CLES :** Odontologie gériatrique  
Santé publique  
Soins bucco-dentaires  
Economie de la santé  
Personnes âgées dépendantes

**RACANATI Smahane.** Analyse d'une expérience de six mois en tant que chirurgien-dentiste vacataire dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) des Vosges.

**Th. : Chir-Dent. : Nancy-1 : 2010**

Le constat en France est unanime, toutes les enquêtes réalisées en institutions révèlent au niveau des résidents:

- une hygiène bucco-dentaire insuffisante
- des besoins bucco-dentaires très importants
- des soins dentaires non réalisés
- des soins prothétiques négligés
- des résidents et les équipes soignantes résignées à renoncer aux soins dentaires
- un état bucco-dentaire altéré se répercutant de façon néfaste sur la santé générale

Plusieurs solutions sont proposées pour répondre à une prise en charge efficace des soins dentaires. Notre travail a consisté à définir et tester les différentes missions du chirurgien-dentiste vacataire. L'étroite collaboration qu'il établit avec l'ensemble de l'équipe soignante de l'établissement et le réseau de praticiens libéraux, est un facteur primordial de réussite du projet de soin personnalisé pour chaque résident.

La création d'une vacation dentaire au sein de chaque EHPAD, peut être une bonne solution pour améliorer la santé bucco-dentaire des résidents, en structurant : 1) les soins d'hygiène en institution et 2) la prise en charge des soins curatifs auprès des chirurgiens-dentistes libéraux ou de l'hôpital.

<b>JURY :</b>	<b><u>Mlle C. STRAZIELLE</u></b>	<b>Professeur des Universités</b>	<b>Président</b>
	<b>Mme D. DROZ</b>	<b>Maître de Conférences</b>	<b>Juge</b>
	<b>M. A. SABATIER</b>	<b>Assistant Hospitalo-Universitaire</b>	<b>Juge</b>
	<b><u>M. P. FLORENTIN</u></b>	<b>Docteur en Médecine - Gériatre</b>	<b>Juge</b>
	<b>Mme M.-A. MANCIAUX</b>	<b>Docteur en Médecine - Gériatre</b>	<b>Juge</b>

**Adresse de l'auteur : RACANATI SMAHANE**  
**21, rue saint Claude- Heillecourt. 54180**

