



HAL
open science

Résident d'une maison de retraite, personnel soignant, chirurgien-dentiste : quelle relation existe-t-il ?

Isabelle Gomez

► To cite this version:

Isabelle Gomez. Résident d'une maison de retraite, personnel soignant, chirurgien-dentiste : quelle relation existe-t-il ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01738975

HAL Id: hal-01738975

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738975v1>

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARE-NANCY I
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2010

N°: 3189

THESE

Pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Isabelle GOMEZ

Née le 05 février 1982 à Besançon (Doubs)

**RESIDENT D'UNE MAISON DE RETRAITE,
PERSONNEL SOIGNANT, CHIRURGIEN-
DENTISTE : QUELLE RELATION EXISTE-T-IL ?**

Présentée et soutenue publiquement le 01 février 2010

Examineurs de la thèse :

Pr C. STRAZIELLE

Professeur des Universités

Présidente

Dr D. DROZ

Maître de Conférences des Universités

Juge

Dr C. JANTZEN-OSSOLA

Assistant Hospitalier Universitaire

Juge

Dr M-F. GERARD

Chargée d'enseignement en médecine générale

Invitée

Mme M-A. RAGOT

Directeur EHPAD

Invitée



Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

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

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

Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

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

souligné : responsable de la sous-section

* temps plein

Mis à jour le 01.12.2009

*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.*

À NOTRE PRESIDENTE DE THESE,

Mademoiselle le Professeur Catherine Strazielle

Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités
Habilitée à diriger des Recherches par l'Université Henri Poincaré, Nancy-I
Responsable de la Sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques,
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie.

Vous avez su nous guider dans notre travail et nous conseiller
dans sa réalisation.

Nous vous remercions pour votre soutien et votre dévouement
tout au long de ce projet.

Veillez trouvez dans ce travail le témoignage de notre profonde
reconnaissance à votre égard.

À NOTRE JUGE,

Madame le Docteur Dominique Droz

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître de conférences

Responsable de la sous-section : Odontologie pédiatrique.

Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous avez porté à notre travail en acceptant d'en être le juge.

Nous vous exprimons notre respectueuse considération.

À NOTRE JUGE,

Madame le Docteur Caroline JANTZEN-OSSOLA

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante hospitalier universitaire
Sous-section : Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie
légale.

Vous nous avez fait un très grand honneur en acceptant de
diriger cette thèse.

Nous vous remercions pour la très grande disponibilité et
l'attention que vous nous avez toujours accordées, pour votre
perfectionnisme et votre souci de transmettre vos
connaissances.

Veillez trouver dans ce travail l'occasion de vous témoigner
notre profond respect.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Marie-France GERARD

Docteur en médecine générale
Chargée d'enseignement en médecine générale.

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce projet et vous sommes reconnaissant d'avoir si gentiment accepté d'examiner cette thèse et de participer à ce jury.

Veillez trouver dans ce travail l'occasion de vous témoigner notre profond respect.

À NOTRE JUGE

Madame la Directrice Mme Marie-Andrée RAGOT

Directeur EHPAD.

Vous qui nous avez fait l'honneur de juger notre travail, nous tenions à vous remercier pour votre excellent accueil et la sympathie que vous nous avez témoignée.

REMERCIEMENTS

À ma famille :

À mes parents : merci pour votre soutien, j'ai apprécié de ne pas être la seule à me lever à 4h45 lorsque je devais me rendre à Nancy...

À la mémé : merci pour toutes tes attentions.

À mes frères : merci pour votre aide, quelque soit la situation, je sais que je peux compter sur vous. Merci également à Virginie qui a participé à ce travail.

À toi :

Je n'ai pas vu ces six années passer et, même si nous ne savons pas encore ce que l'avenir nous réservera à la fin de l'année, nous surmonterons ces dernières difficultés.

Je remercie également tes parents qui m'ont toujours accueillie chaleureusement.

À **Caroline** : et tous nos sponsors du lundi après-midi (Alinéa®, Quick®, M. Bricolage®...)

Merci pour les balades en 4x4 à travers les Vosges et pour ton implication du début à la fin dans ce projet. Je te souhaite de réussir dans tout ce que tu entreprends.

À toute l'équipe du cabinet Saire-Humbert :

C'est un plaisir que de venir travailler avec chacun d'entre vous, depuis déjà deux ans et demi.

Aux Dr Maire, Dr Angeli et Dr Domenech :

Vous avez chacun joué un rôle dans mon choix pour dentaire et je vous en remercie.

À mes amis :

Les dentistes, sans qui les études auraient été moins drôles, dans l'ordre chronologique d'apparition...

Léa, tu as amené un peu de fantaisie dans ces études et je n'oublierai pas les fous rires que nous avons eus à la résidence des Isles...

Vincent et Julie, je propose que l'on vous crée un poste d'attaché à la gestion du serveur, vous êtes des pros du tableau! Merci pour tous les rendez-vous que vous organisez qui nous donnent l'occasion de nous revoir (même par -21⁹). Les voyages dans la 205, puis dans la Audi, resteront de grands moments.

Marie, encore merci pour tous les gâteaux au chocolat de la rue des jardiniers... (et je n'oublie pas les concerts, les virées à la ronde des godillots et mes voyages au Tholy.)

Marion, je repense souvent aux bons moments passés lors du week-end à Paris et j'ai hâte que l'on en organise un à Toulouse.

Elise, on en a passé du temps sur la route Vesoul-Nancy... je te souhaite d'être heureuse dans ta vie loin de la Franche-Comté.

Claire, je nous revois bronzer à la Pep' ou au parc Olry... J'ai adoré notre après-midi détente avant la thèse.

Vaness, si les circonstances ne nous avaient pas amenées à nous côtoyer, nous ne nous serions peut-être jamais aussi bien connues et je suis contente de ne pas être passée à côté des soirées « terrasse », « série » et « sing star », des escapades dans le sud, mais aussi à Troyes ou encore à Beaune (encore merci au Steph je n'ai jamais autant ri je crois), et des moments mémorables passés en clinique, sans oublier les made in'.

Jérôme, à quand un apéro place Stan' ? Heureusement que tu étais là pour partager mes goûts musicaux ! Bien sûr, tu es indissociable des bons moments passés rue de Nabécor.

Héloïse et Nico, c'est quand vous voulez pour un dîner presque parfait !

Marie, j'ai été touchée que tu m'invites à ton mariage, qui restera un souvenir très émouvant.

Cécile, tes dîners nous faisaient voyager en Afrique à deux pas de Nancy !

Typh, ta bonne humeur a égayé mes études et mes soirées.

Bertrand et nos aventures internesques à la capitale...

Marie, le cabinet ne serait pas le même sans toi ! Avec qui pourrais-je parler cancan, chiffon et twilight ?? Tu es une véritable amie.

Mais aussi les non-dentaires, ça fait du bien de déconnecter de temps en temps !

Maryline, à quand un goûter au bêtise et volupté ??

Marianne, pas de chance, ma thèse tombe en plein festival du cinéma d'Asie...

Sophie, tu es devenue une vraie fille du sud avec l'accent, mais je n'oublie pas les moments que nous avons passés à Besançon.

Je remercie également les résidents et le personnel de la maison de retraite Raynald Merlin de nous avoir accueillis chaleureusement et d'avoir répondu spontanément à notre enquête.

SOMMAIRE

Introduction

1. Le résident d'une maison de retraite

1.1. Introduction

1.2. Matériels et méthodes

1.3. Résultats et discussion

1.4. Conclusion

2. Le personnel soignant

2.1. Introduction

2.2. Matériels et méthodes

2.3. Résultats et discussion

2.4. Conclusion

3. Le chirurgien-dentiste

3.1. Rôles du chirurgien-dentiste

3.2. Obstacles à la prise en charge du résident

3.3. Relation résident-personnel soignant-chirurgien-dentiste

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

A.N.A.E.S: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Elle a été regroupée, avec d'autres commissions, au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS).

A.R.O.M.S.A : Association Régionale des Organismes de Mutualité Sociale Agricole.

A.S.H: Agent des Services Hospitaliers.

A.V.C: Accident Vasculaire Cérébral.

B.P.C.O: Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive.

C.L.I.C: Centre Local d'Information et de Coordination.

C.R.A.M : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

D.D.A.S.S : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

D.V.O : Il s'agit de la hauteur de l'étage inférieur de la face lorsque le sujet est en occlusion.

E.H.P.A.D: Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

H.T.A : Hypertension Artérielle.

M.F.P : Mutualité de la Fonction Publique.

M.S.A : Mutualité Sociale Agricole

N.H.A.N.E.S I: National Health And Nutrition Examination Survey I.
Il s'agit d'un programme d'études destinées à évaluer l'état sanitaire et nutritionnel des adultes et des enfants aux États-Unis entre 1971 et 1974.

O.R.L : Oto-Rhino-Laryngologie.

R.G.O : Reflux Gastro-Oesophagien.

U.R.C.A.M : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

Espérance de vie: L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne – autrement dit l'âge moyen du décès – d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge (Insee, 2009).

INTRODUCTION



Autoportrait entre l'horloge et le lit, Edvard Munch 1940.

Jacques Brel

LES VIEUX

1963

Les vieux ne parlent plus ou alors seulement parfois du bout des yeux
Même riches ils sont pauvres, ils n'ont plus d'illusions et n'ont qu'un coeur pour deux
Chez eux ça sent le thym, le propre, la lavande et le verbe d'antan
Que l'on vive à Paris on vit tous en province quand on vit trop longtemps
Est-ce d'avoir trop ri que leur voix se lézarde quand ils parlent d'hier
Et d'avoir trop pleuré que des larmes encore leur perlent aux paupières
Et s'ils tremblent un peu est-ce de voir vieillir la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, qui dit: je vous attends

Les vieux ne rêvent plus, leurs livres s'ensommeillent, leurs pianos sont fermés
Le petit chat est mort, le muscat du dimanche ne les fait plus chanter
Les vieux ne bougent plus leurs gestes ont trop de rides leur monde est trop petit
Du lit à la fenêtre, puis du lit au fauteuil et puis du lit au lit
Et s'ils sortent encore bras dessus bras dessous tout habillés de raide
C'est pour suivre au soleil l'enterrement d'un plus vieux, l'enterrement d'une plus
laide

Et le temps d'un sanglot, oublier toute une heure la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, et puis qui les attend

Les vieux ne meurent pas, ils s'endorment un jour et dorment trop longtemps
Ils se tiennent la main, ils ont peur de se perdre et se perdent pourtant
Et l'autre reste là, le meilleur ou le pire, le doux ou le sévère
Cela n'importe pas, celui des deux qui reste se retrouve en enfer
Vous le verrez peut-être, vous la verrez parfois en pluie et en chagrin
Traverser le présent en s'excusant déjà de n'être pas plus loin
Et fuir devant vous une dernière fois la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, qui leur dit: je t'attends
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non et puis qui nous attend

La fuite du temps fait partie des hantises de Brel, et il évoque, sur un registre réaliste et pathétique, la vie banale des « vieux ».

Cette peur nous la partageons tous, d'autant plus que l'Organisation Mondiale de la Santé enregistre 390 millions d'individus âgés de plus de 65 ans en 1998 et estime que ce nombre aura doublé en 2025 (Who, 2009).

Parmi les pays européens, la France se place au 8^{ème} rang pour la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans, au 5^{ème} rang pour les plus de 75 ans et au 1^{er} rang pour les plus de 85 ans.

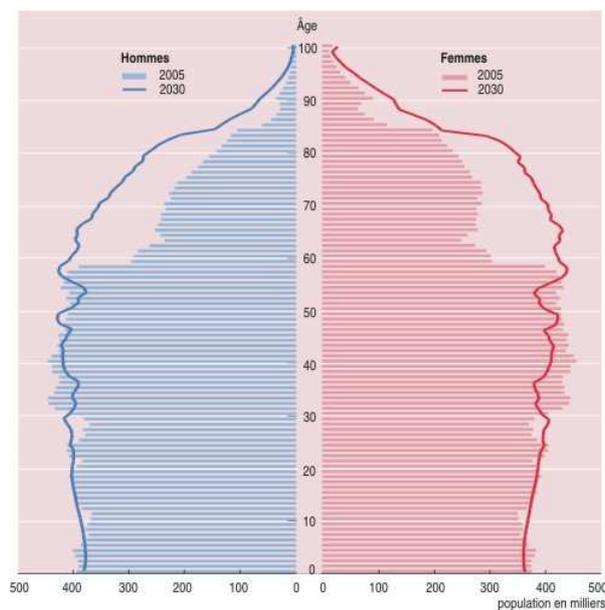
Le phénomène le plus marquant concerne les centenaires qui étaient moins de 200 en 1950 et qui seront probablement plus de 150.000 en 2050.

En France, nous savons déjà que dès 2010, il y aura plus de personnes de plus de 60 ans (qui représenteront 20,9% de la population totale) que de personnes de moins de 20 ans.

En 2015, 40% de la population sera âgée de plus de 50 ans avec par ailleurs, une augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes en 2020 pouvant aller selon l'hypothèse de 762.000 à 1.185.000 (Trivalle, 2002).

La France compterait 70 millions d'habitants en 2050 soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. Un habitant sur trois aura 60 ans ou plus, soit 32% de la population (Robert-Bobée, site consulté en 2009).

Actuellement, l'espérance de vie moyenne à la naissance en France est de 77,6 ans pour les hommes et de 84,5 pour les femmes, en sachant qu'une fille sur deux qui naît aujourd'hui deviendra centenaire. Cette espérance de vie était de 45 ans pour les hommes et de 49 ans pour les femmes au début du XX^{ème} siècle. Nous assistons à une augmentation persistante de l'espérance de vie car, depuis 1950, nous observons une diminution de la mortalité aux âges élevés. De meilleures habitudes de vie et les progrès de la médecine tendent à repousser l'âge d'apparition des maladies chroniques.



Pyramides des âges en 2005 et 2030

Source : bilan démographique 2005 et projection de population, Insee.

Ainsi, avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées qui deviennent dépendantes est en constante augmentation, ce qui conduit à l'institutionnalisation de plus en plus importante de nos aînés.

D'après Trivalle en 2002, l'état bucco-dentaire des personnes âgées accueillies aujourd'hui en institution est défaillant, même si nous constatons que le nombre moyen de dents restantes augmente tous les dix ans au sein de la population institutionnalisée.

En effet, auparavant, les nouveaux résidents arrivaient avec deux prothèses complètes mais de nos jours, il est devenu habituel de rencontrer une personne âgée avec ses dents naturelles en bouche, la dentisterie étant plus conservatrice, ce qui constitue une complication supplémentaire pour les gériatres.

Toutefois, l'hygiène et les soins bucco-dentaires en institution sont difficilement pris en charge.

Les raisons invoquées sont : la résignation des pensionnaires, le contexte polyopathologique des résidents, le manque de temps et d'expérience de l'équipe soignante et le manque de collaboration des pensionnaires et des familles.

Il existe également une certaine pudeur et une certaine répugnance pour la bouche, et une approche insuffisante de l'hygiène bucco-dentaire lors de la formation du personnel soignant.

De plus, il a été observé chez les résidents de maisons de retraite un haut taux d'infections systémiques. Il est évident de penser que la cavité orale peut être à l'origine de ces maladies systémiques ou de leur aggravation. Mais l'hygiène orale quotidienne n'est pas vue comme une priorité alors qu'elle contribuerait efficacement à prévenir certaines infections systémiques.

C'est en matière de soins bucco-dentaires que la prévention a acquis ses lettres de noblesse en démontrant son efficacité ces dernières années. Ainsi, les institutions devraient relever les défis de prévention de la santé bucco-dentaire des résidents qu'elles accueillent, afin de répondre aux risques encourus de dénutrition, d'infection, de perte d'intégrité de leur personne, de leur sourire et de communication verbale.

D'après la Charte des Droits et des Libertés de la Personne Agée Dépendante (Annexe 1), la vieillesse y est définie comme « une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement ».

Dans les articles 8, « préserver l'autonomie et prévenir » et 9, « droits aux soins » de cette même Charte :

- « la prévention de la dépendance est une nécessité. Elle inclut toutes les initiatives visant à augmenter la sécurité [et la qualité de vie] des personnes âgées. »

- « toute personne âgée doit avoir accès aux soins qui lui sont nécessaires. Ces soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur et le confort du malade ».

Ainsi, face à cette population vieillissante, et consciente du fait que nous allons être confrontés de plus en plus à la prise en charge de la personne âgée et très âgée dans notre activité de chirurgien-dentiste, un projet d'étude au sein d'une maison de retraite semblait intéressant. Celui-ci allait nous permettre de rencontrer les populations les plus âgées, présentant une grande fragilité psychologique, psychomotrice et sur le plan de la santé.

La directrice de la maison de retraite Raynald Merlin de Dommartin-sur-Vraine, Madame Ragot, soucieuse du bien-être de ses résidents, a répondu favorablement à notre projet lorsque celui-ci lui a été proposé. En effet, la prise en charge de l'état bucco-dentaire des résidents est un sujet qui suscite de nombreuses questions mais la direction et le personnel soignant restent souvent impuissants face aux problèmes rencontrés.

Le sujet de notre étude permet, dans un premier temps, d'évaluer les besoins en soin et l'hygiène bucco-dentaire des résidents de la maison de retraite, puis d'évaluer les connaissances et les capacités d'intervention du personnel soignant et enfin d'analyser les moyens que le chirurgien-dentiste pourrait apporter afin d'améliorer la santé bucco-dentaire de cette population.

En effet, rapidement, une notion de dépendance et de relation s'est révélée entre les résidents de la maison de retraite, le personnel soignant et le chirurgien-dentiste en ce qui concerne la santé bucco-dentaire.

1. LE RESIDENT DE LA MAISON DE RETRAITE DE DOMMARTIN-SUR-VRAINE

1.1. INTRODUCTION

La maison de retraite Raynald Merlin de Dommartin-sur-Vraine, administrée par un Conseil d'Administration, qui est présidé par le maire de la commune, devient EHPAD en 2002 et entre dans le réseau gérontologique par le CLIC de Neufchâteau.

La directrice de l'établissement est nommée par le représentant du ministère de la Santé. Elle a en charge de représenter l'institution en justice et dans tous les actes de la vie civile et de faire exécuter les décisions du Conseil d'Administration. Elle met en œuvre la politique définie par ce dernier, en accord avec la DDASS.

L'établissement accueille les personnes âgées valides ou dépendantes, à partir de 60 ans, bénéficiaires ou non de l'aide sociale. Cependant nous avons rencontré des personnes plus jeunes mais souffrant de handicaps sévères. Dans ce cas, et pour un quota défini, l'EHPAD fait office d'institution spécialisée.

À l'heure actuelle, d'après Trivalle en 2002, les personnes âgées sont issues d'une génération qui présente les caractéristiques suivantes sur le plan bucco-dentaire :

- port de prothèses complètes, sub-complètes voire absence de tout traitement prothétique (dentisterie plus soustractive que conservatrice),
- hygiène peu adaptée voire absente,
- peur du chirurgien-dentiste liée à des expériences douloureuses passées.

Mais nous avons assisté à une évolution de la dentisterie, avec l'apparition des produits d'anesthésie, d'une dentisterie adhésive et grâce à une amélioration des techniques de traitements parodontaux.

Mais en France, l'organisation de la prévention et des soins dans le domaine de la santé bucco-dentaire ne permet pas de satisfaire complètement les besoins des personnes âgées.

D'une façon générale, la prévalence de l'édentement augmente avec l'âge et, au vu de l'évolution démographique, les besoins en soins prothétiques concerneraient en France, plus de 2 millions de personnes du 3^{ème} ou 4^{ème} âge, le plus souvent institutionnalisées.

En effet, les états de dépendance et les troubles cognitifs rencontrés chez ces résidents s'accompagnent souvent d'une incapacité à mesurer et à exprimer ses propres besoins et peuvent en partie expliquer le décalage entre besoins en soins et leur réalisation.

En l'absence de demande de soins provenant de ces patients, c'est donc le plus souvent la famille ou le personnel médical qui déclenche la consultation et formule la demande de réhabilitation prothétique. Les raisons les plus fréquemment évoquées sont l'esthétisme et la fonction.

Cependant, le personnel encadrant n'a pas toujours conscience de ces déficiences ou les accepte comme une fatalité.

Par exemple, lors d'une enquête menée par Cohen en Poitou-Charentes, dont nous avons consulté les résultats sur le site en 2009, 57% des sujets présentaient moins de 4 unités fonctionnelles indispensables au pouvoir masticatoire, mais seulement 37% bénéficiaient d'une alimentation mixée ou moulinée.

Cependant, même lorsque les besoins sont déterminés, la prise en charge effective de ces sujets à besoins spécifiques, demeure problématique. Ainsi, à partir d'un certain niveau de dépendance, une réhabilitation prothétique peut ne pas être indiquée.

Avec l'âge et la perte d'autonomie physique ou mentale, le nombre de maladies augmente. Nous pouvons définir les personnes âgées selon :

- la polypathologie, en moyenne 3 à 5 maladies, chroniques ou aiguës, pour une personne de plus de 70 ans. Les principales causes de mortalité sont dans l'ordre les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire.
- la polymédication, conséquence de la polypathologie, en moyenne 4 à 6 médicaments pour une personne âgée de plus de 70 ans vivant au domicile et 6 à 8, pour une personne en institution. Seulement 10% des personnes âgées de plus de 70 ans ne prennent aucun médicament.
- La dénutrition, souvent liée à la polypathologie, en moyenne 20 à 60% des personnes âgées en institution sont dénutries.

La population accueillie en institution est âgée, polypathologique et dépendante pour les actes de la vie quotidienne et les traitements.

Les études menées dans les établissements pour personnes âgées dépendantes en Essonne (Dorin et al., 2001), dans le pays de la Loire (Dumais et al., 2004) et en Bretagne (Tamisier, 2004), révèlent le très mauvais état dentaire des résidents et s'accordent sur la quasi-absence de recours aux soins contrairement à

ce que prévoit l'article 9 « Droit aux soins » de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (Annexe 1).

La maison de retraite de notre étude s'inscrit dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la Personne Agée Dépendante de la Fondation Nationale de Gérontologie (1997). L'article 9 de cette Charte s'intitule : « Droits aux soins » et stipule que : « toute personne âgée dépendante doit avoir accès aux soins qui lui sont utiles ».

Le résident reste le seul propriétaire de son dossier médical et peut le demander à tout moment. Le libre choix des acteurs de santé lui est garanti.

Le médecin coordonnateur va participer à l'accueil du nouveau résident en évaluant son état médical, psychologique et en s'entretenant avec la famille et la directrice pour organiser les soins.

1.2. MATERIELS ET METHODES

1.2.1. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Pour notre travail, nous avons envisagé de rencontrer les résidents au travers d'une consultation bucco-dentaire libre. Le recueil des données et l'interprétation des résultats nous donnent une idée des besoins bucco-dentaires que représente cette population institutionnalisée.

En mai 2008, nous avons rencontré toute l'équipe travaillant à la maison de retraite de Dommartin-sur-Vraigne afin de leur exposer notre projet. Nous avons échangé des questions et des points de vue et nous avons expliqué le sujet de notre travail avec nos objectifs. Une lettre d'information a été remise à chaque personne présente lors de la réunion, insistant sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire sachant que le vieillissement entraîne :

- des déficits physiques : déclin de tous les systèmes sensoriels, difficultés à entretenir la propreté de ses prothèses et de sa cavité buccale, perturbation de la coordination neuromusculaire, baisse des défenses immunitaires entraînant une diminution de la réaction inflammatoire, réduisant ainsi la sensation de gêne induite par des prothèses mal adaptées ou souillées,
- des troubles cognitifs : maladies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson avec des difficultés d'apprentissage et de mémorisation,
- des troubles psychologiques : indifférence, dépression. Il est nécessaire de motiver et de prendre en charge quotidiennement le brossage des dents des résidents.

La lettre d'information a été distribuée aux patients et/ou à leur famille, accompagnée d'une autorisation à signer, nous permettant de faire la consultation.

Nous avons insisté afin de récupérer les autorisations de consultation avant d'intervenir auprès des résidents.

La prise de photographies était également soumise à une autorisation écrite et signée de la part des résidents ou de la famille.

1.2.2. RECUEIL DES DONNEES

Nous avons établi une fiche clinique comportant :

- les renseignements administratifs,
- les renseignements médicaux,
- les renseignements sur l'hygiène bucco-dentaire,
- les doléances bucco-dentaires du résident,
- le degré de communication et de coopération du résident lors de l'examen initial,
- l'évaluation exo-buccale, bucco-dentaire et prothétique,
- l'évaluation des besoins en soins bucco-dentaires et prothétiques.

Le recueil des données a démarré une fois toutes les autorisations de consultation récupérées.

Nous avons effectué plusieurs visites à la maison de retraite et voyions en général, entre 6 et 10 résidents par séance, en fonction de leur disponibilité. Nous avons tenu à respecter les horaires des repas, des visites, des soins et des activités des résidents.

Nous étions toujours 2 opérateurs en visite :

- un même opérateur procédait à la consultation pour ne pas biaiser les relevés,
- l'autre opérateur notait sur la fiche clinique et prenait les photographies.

Les renseignements administratifs et médicaux des fiches d'examen clinique ont été recueillis avant tout contact avec le résident à l'aide des dossiers infirmiers et des dossiers médicaux. Nous avons obtenu l'entière coopération des équipes soignantes afin de compléter au mieux nos questionnaires.

Les examens bucco-dentaires ont été réalisés dans la chambre des résidents. Ils comprennent l'interrogatoire du patient, complété par les infirmières si besoin, et l'examen clinique (endo et exo-buccal). Si la communication n'est pas possible, le personnel soignant nous donne les renseignements nécessaires.

Avant chaque examen, nous nous sommes lavés les mains avec une solution hydroalcoolique. Nous avons utilisé du matériel à usage unique, jeté dans la poubelle de chaque chambre afin d'éviter toute contamination.

Nous avons utilisé un champ opératoire avec un masque, une paire de gants, un miroir et une lampe.

1.2.3. POPULATION

La population totale comprend 85 résidents (tous ceux qui étaient inscrits à la maison de retraite) mais la population étudiée est constituée de 74 résidents. En effet, 6 personnes ont refusé d'y participer, 2 personnes ont été hospitalisées, 1 personne était en isolement septique et 2 personnes étaient décédées au moment de notre enquête.

Les résidents qui ont participé à l'étude étaient âgés de 56 à 101 ans.

1.2.4. PARAMETRES ETUDIÉS

1.2.4.1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Bien que l'étude nous donne des résultats globaux anonymes, il est nécessaire de relever nom, prénom, sexe, âge et date d'arrivée dans l'établissement. De plus, la répartition par le sexe, l'âge et la date d'arrivée dans l'établissement nous permet d'analyser à quand remonte le dernier suivi bucco-dentaire.

1.2.4.2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nous avons recherché dans les dossiers des patients les antécédents médicaux, les pathologies (ayant une répercussion sur la santé bucco-dentaire et nous permettant de définir les conséquences possibles d'un mauvais état bucco-dentaire sur la santé générale) et les prises médicamenteuses afin d'étudier leurs incidences bucco-dentaires.

Nous avons retenu les pathologies et traitements les plus fréquents :

- les traitements antalgiques, antipyrétiques, anti-inflammatoires,
- les cancers,
- les troubles cardio-vasculaires,
- les troubles endocrinologiques et le diabète,

- les troubles digestifs,
- les troubles nutritionnels,
- les troubles neurologiques et neuro-psychiatriques,
- les pathologies pulmonaires et respiratoires,
- les troubles de l'appareil locomoteur,
- les troubles d'addiction,
- les troubles de la salivation et des muqueuses buccales.

1.2.4.3. AUTONOMIE

Nous avons recensé l'autonomie de chaque résident :

- dans le déplacement : déplacement autonome, difficile, en fauteuil roulant ou patient alité. Ceci nous permet de caractériser la capacité de chacun à se mouvoir et à reconnaître son corps dans les dimensions spatiales,
- dans l'hygiène : cet item permet de savoir si le résident est aidé d'une tierce personne pour sa toilette et notamment pour l'hygiène bucco-dentaire,
- dans l'alimentation : cet item nous permet de savoir si le résident s'alimente seul, s'il a accès au restaurant et si l'alimentation est solide, mixée ou liquide. Nous pouvons mettre en relation les réponses avec une pathologie ou avec l'absence de pouvoir masticatoire.

1.2.4.4. CHIRURGIEN-DENTISTE TRAITANT

Cette question permet de nous renseigner s'il existe un suivi bucco-dentaire et à quand date la dernière consultation. D'autre part, nous pouvons connaître les obstacles aux visites : problème d'accès aux soins par la proximité du cabinet dentaire, à cause d'un souci financier ou d'une indifférence de la part du résident.

1.2.4.5. RENSEIGNEMENTS BUCCO-DENTAIRES ET PROTHETIQUES

1.2.4.5.1. BILAN PROTHETIQUE

Ceci nous permet de voir si le patient est conscient de son état bucco-dentaire et des types de prothèse qu'il porte :

- le patient porte-t-il une prothèse, amovible, fixée ?
- porte-t-il sa prothèse la nuit ?
- utilise-t-il un adhésif à prothèse dentaire ?
- possède-t-il une boîte de rangement pour sa prothèse ?

1.2.4.5.2. HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

Nous avons cherché à évaluer l'hygiène bucco-dentaire des résidents : existe-t-il un brossage quotidien et/ou l'utilisation d'un produit d'entretien ?

- le brossage des dents et de la prothèse : nous avons cherché à évaluer sa fréquence : 1 fois par jour, 2 fois par jour, plus ou moins,
- l'utilisation de bain de bouche : 1 fois par jour, 2 fois par jour, plus ou moins,
- l'utilisation de comprimés nettoyants pour les prothèses dentaires ou non.

1.2.4.5.3. CONFORT ET SATISFACTION

Nous avons voulu comprendre l'état de satisfaction du patient vis-à-vis de sa bouche : comment se sent-il ?

- ressent-il une sécheresse buccale, oui ou non ?
- est-il satisfait globalement de sa bouche, oui ou non ?
- ressent-il une douleur, oui ou non ?
- se trouve-t-il beau avec son état dentaire actuel, oui ou non ?
- rencontre-t-il des difficultés d'ordre fonctionnel (à la mastication, à la phonation), oui ou non ?

1.2.4.5.4. COOPERATION ET COHERENCE

Il s'agit d'une annotation personnelle de façon à pouvoir juger de la véracité des dires du résident : est-il coopérant et surtout nous semble-t-il cohérent ?

1.2.4.6. EXAMEN EXO-BUCCAL

Cet examen nous permet d'avoir une première approche de la sphère oro-faciale du résident et de détecter d'éventuelles anomalies au niveau des téguments.

Nous avons observé :

- la dimension verticale,
- la symétrie du visage,
- la présence de tuméfactions, rougeurs, perlèche,
- la présence d'écoulements salivaires,
- la respiration,
- l'ouverture buccale

1.2.4.7. EXAMEN ENDO-BUCCAL

Cet examen nous permet de rechercher d'éventuelles ulcérations, rougeurs, anomalies des muqueuses et de la langue.

Nous avons observé :

- l'état des muqueuses,
- l'état du dos de la langue,
- l'état du plancher buccal,
- la quantité de salive,
- le bilan dentaire: nous avons relevé le nombre de :
 - dents restantes,
 - caries à soigner,

- racines à extraire,
 - dents parodontales à extraire,
 - dents parodontales à soigner.
- l'hygiène : nous observons la présence de plaque, de tartre et de résidus alimentaires afin de mesurer la qualité de l'hygiène. Nous voulons mesurer la fréquence et la qualité du brossage.
 - l'état prothétique : cette évaluation permet d'appréhender l'entretien de la prothèse et la qualité de la prothèse adjointe, et d'établir si l'alimentation et la communication ne sont pas altérées.

Nous observons :

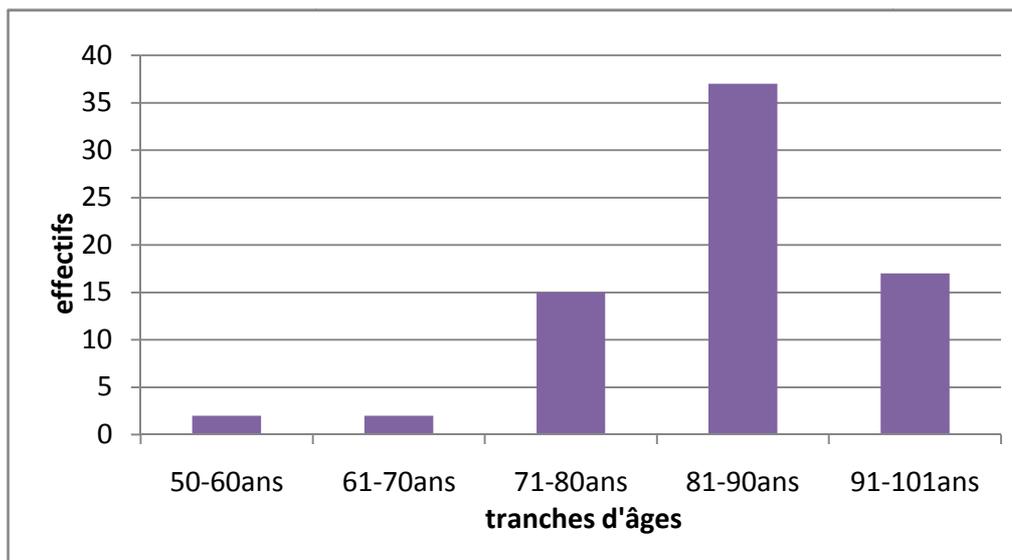
- le type de prothèse : amovible (partielle ou totale) ou fixée,
- le nombre de dents prothétiques manquantes,
- le nombre de crochets manquants,
- l'adaptation de la prothèse,
- la présence de tartre sur la prothèse,
- l'usure des dents et de la résine de la prothèse.

Nous avons exploité l'ensemble des données recueillies sur informatique grâce au logiciel STATVIEW 4.1 pour MacIntosh en codifiant certains items de la fiche clinique et nous avons utilisé des tests de comparaison entre des séries de données afin d'évaluer si la différence est significative ou non.

1.3. RESULTATS ET DISCUSSION

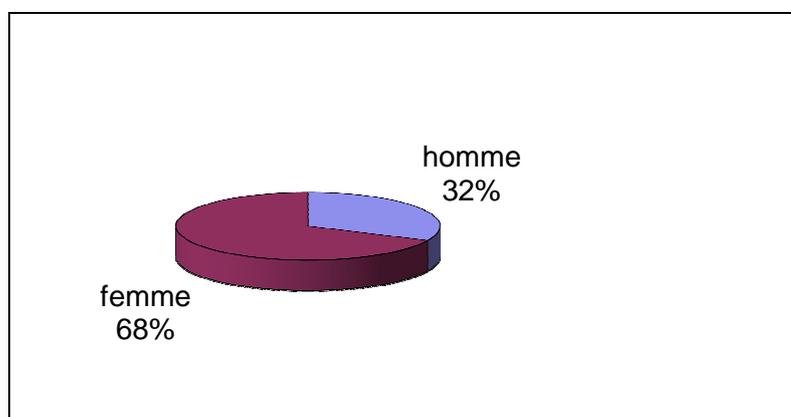
1.3.1. AGE, SEXE ET DUREE DE SEJOUR DE LA POPULATION

L'âge moyen de la population est de 84 ± 9 ans avec le plus jeune résident âgé de 56 ans et le plus âgé de 101 ans.



Résultat 1 : Répartition de la population par tranches d'âges

La population est représentée majoritairement par des femmes : plus des 2/3 des résidents (51 femmes et 23 hommes) avec un âge moyen significativement différent entre les 2 sexes, l'espérance de vie féminine étant plus longue que celle des hommes.



Résultat 2 : Répartition de la population en fonction du sexe

En effet, les femmes présentent un âge moyen de 87 ± 7 ans alors que les hommes sont âgés de 78 ± 9 ans.

Ces âges sont légèrement supérieurs à l'espérance de vie moyenne en France rapportée par l'INSEE, bien qu'il s'agisse d'un institut de la région vosgienne. Ces conditions de vie rurale, avec des habitudes alimentaires et une vie sans doute plus saine, une pollution réduite, permettraient un vieillissement satisfaisant.

Le temps passé en maison de retraite est en moyenne de 53 ± 8 mois, soit environ 4 années et 1/2, avec une exception de 288 mois, soit 24 ans, qui correspond à l'institutionnalisation d'un résident jeune handicapé, et un minimum de 1 mois.

La majorité est arrivée durant les 3 précédentes années, ce qui ne correspond pas aux résultats que nous pouvons obtenir en zone urbaine où le temps de séjour est plus court.

Ainsi, ces résultats nous montrent que la population qui réside à la maison de retraite est une population très âgée et féminisée avec un temps d'hébergement relativement important.

Notre population est donc bien caractéristique d'une population vieillissante avec une espérance de vie pour les femmes supérieure à celle des hommes (Insee, 2007).

1.3.2. ANTECEDENTS MEDICAUX DE LA POPULATION : PATHOLOGIES ET TRAITEMENTS

Il s'agit d'une population présentant des polypathologies souvent liées à l'âge (en moyenne 5 pathologies) et de ce fait polymédicamentée (en moyenne 7 médicaments prescrits).

Nous avons essayé de regrouper nos résultats par catégorie de pathologies ou de traitements. Les résultats obtenus sont présentés de la façon suivante :

- pour les pathologies : le pourcentage affiché correspond au nombre de résidents souffrant de la même famille de pathologie par rapport à la population étudiée de la maison de retraite.
- pour les traitements : le pourcentage affiché correspond au nombre de patients suivant un traitement correspondant à la pathologie relevée mais par rapport à la population étudiée de la maison de retraite.

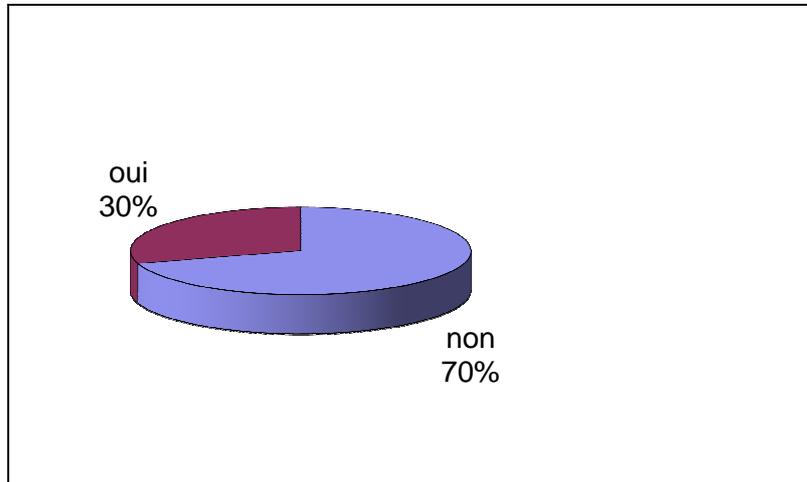
1.3.2.1. LES TRAITEMENTS ANTALGIQUES, ANTIPYRETIQUES ET ANTI-INFLAMMATOIRES

37% (N=27) des résidents prennent un traitement antalgique et/ou antipyrétique, et/ou anti-inflammatoire. La plupart des résidents souffrent de douleurs arthrosiques souvent liées à l'âge.

Les prescriptions sont souvent caractérisées par des antalgiques de niveau I tel que le paracétamol et de l'ibuprofène à visée anti-inflammatoire.

1.3.2.2. CANCERS ET TRAITEMENTS ANTICANCEREUX

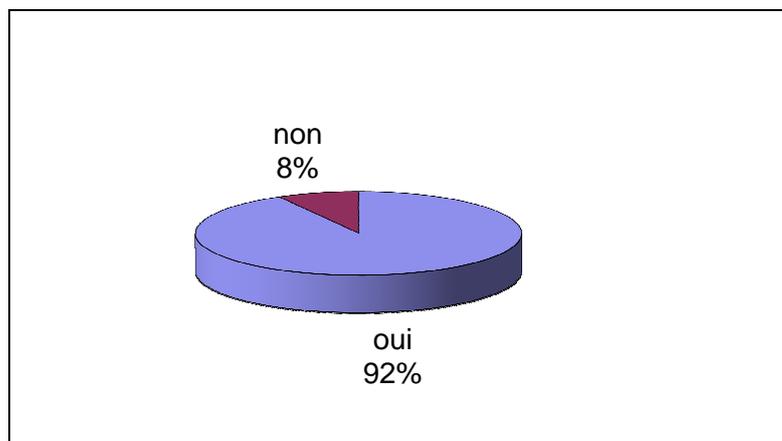
30% (N=22) des résidents sont ou ont été atteints d'un cancer, du sein ou au niveau du plancher buccal par exemple.



Résultat 3 : Répartition du cancer au sein de la population

1.3.2.3. PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

Elles touchent 92% (N=68) des résidents, ce qui en fait une des pathologies majeures au sein de cette population. L'HTA, l'insuffisance cardiaque, l'athérosclérose, la fibrillation atriale, les valvulopathies sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées. Mais de ces pathologies cardio-vasculaires vont découler des pathologies pulmonaires et/ou urinaires.



Résultat 4: Répartition des pathologies cardiovasculaires au sein de la population

Les pathologies orales peuvent entraîner une bactériémie à l'origine de dégradations valvulaires telles que l'endocardite infectieuse mais sont aussi des facteurs de risque pour les AVC (Fiehn *et al.*, 1995).

De nombreuses études tendent à montrer que l'hygiène buccale défectueuse et les pathologies bucco-dentaires pourraient constituer un facteur de risque dans le développement de lésions d'athérosclérose et d'apparition de cardiopathies ischémiques, de coronaropathies et d'accidents vasculaires cérébraux de type ischémique (ELTER *et al.*, 2003).

Parmi les infections de la sphère orale, la maladie parodontale (gingivite ou parodontite) semble être particulièrement impliquée et sa relation avec les maladies cardiovasculaires a fait l'objet de plusieurs études entre 2000 et 2005 (MATTILA *et al.*, 2005 ; MEURMAN *et al.*, 2004).

Actuellement, il est difficile d'affirmer que la maladie parodontale constitue un facteur de risque indépendant des maladies cardiovasculaires mais certains arguments confirment qu'elle doit être considérée comme l'un des facteurs de risque de l'athérosclérose. Ainsi, Destefano et son équipe en 1993, ont mis en évidence dans une étude portant sur près de 10.000 personnes, une augmentation de 25% du risque de survenue de pathologies coronariennes chez les sujets présentant une parodontite.

En outre, bien que la plupart des études aient été menées chez des adultes de moins de 60 ans, les résultats sont transposables aux personnes âgées qui cumulent en général une hygiène bucco-dentaire insuffisante et des systèmes de défenses tissulaires et immunitaires diminués (Loesche et Lopatin, 1998).

La maladie parodontale est une pathologie inflammatoire atteignant les tissus qui entourent la dent et qui constituent son système d'attache, notamment les tissus gingivaux et l'os alvéolaire. Elle est principalement induite par les éléments bactériens de la plaque dentaire.

Or, les personnes âgées, en particulier les personnes dépendantes ou celles souffrant de handicaps, ont de grandes difficultés à réaliser des soins d'hygiène buccale leur permettant d'éliminer de façon satisfaisante la plaque dentaire. Ceci a comme conséquence le développement de phénomènes inflammatoires chroniques au niveau des gencives et des muqueuses buccales.

Si nous estimons que cette pathologie est généralement insuffisante pour faire apparaître les signes d'un syndrome inflammatoire lors d'un bilan hématologique, de nombreux travaux montrent que la maladie parodontale peut avoir des conséquences sur le plan vasculaire.

Ainsi, il est maintenant admis que l'atteinte des tissus gingivaux permet le passage dans la circulation sanguine de débris bactériens d'endotoxines et de lipopolysaccharides à l'origine d'altérations favorisant l'athérosclérose et les thromboses artérielles. Des bactériémies totalement asymptomatiques peuvent

apparaître et perdurer et certaines espèces caractéristiques des pathologies buccales favorisent l'aggrégation plaquettaire.

Ainsi une étude prospective conduite sur 13 années en Finlande (Pussinen et al., 2004) a montré une augmentation du risque de survenue d'accidents ischémiques associée à des taux élevés d'anticorps sanguins dirigés contre deux espèces bactériennes particulièrement impliquées dans la maladie parodontale :

- le risque est multiplié par 1,6 en présence d'IgA dirigés contre *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*,
- le risque est multiplié par 2,6 pour *Porphyromonas Gingivalis*.

Les pathologies liées à l'athérosclérose (maladies ischémiques cardiaques ou accidents vasculaires cérébraux) représentent la première cause de morbidité et mortalité dans nos sociétés :

- l'infarctus du myocarde: les données épidémiologiques des dix dernières années montrent que les maladies parodontales représentent un facteur de risque potentiel des maladies ischémiques coronariennes en particulier l'infarctus du myocarde.
L'équipe de BECK en 2000, montre que même après ajustement des facteurs de risque (âge, sexe, niveau socio-économique, diabète et durée de consommation de tabac), les individus présentant une parodontite ont 1,7 fois plus de risque d'avoir une maladie athéroscléreuse cardio-vasculaire subclinique que les autres.
- les accidents vasculaires cérébraux : Loesche et *al.* en 1998, émettent l'hypothèse que les infections dentaires et en premier lieu les parodontites, représenteraient un facteur de risque dans les AVC.
Mendez et son équipe en 1998, ont établi une relation entre parodontites et pathologies vasculaires périphériques, ces dernières ayant la même physiopathologie que les pathologies coronariennes. Ils concluent que les parodontites augmentent de 2,27 fois le risque de développer une pathologie vasculaire périphérique constituant un facteur de risque plus important que les antécédents familiaux ou les pathologies cardio-vasculaires.
Une étude de Beck en 1996, a conclu que la maladie parodontale peut être considérée comme un facteur de risque et non pas un facteur causal de pathologie cardio-vasculaire. La relation de causalité entre les grandes pathologies cardio-vasculaires et les maladies parodontales semblent être le fait de l'augmentation des phénomènes athérosclérosiques par les composants infectieux et inflammatoires des parodontites.

- l'endocardite infectieuse : c'est la conséquence d'une greffe bactérienne ou fongique sur un endocarde le plus souvent déjà altéré ou fragilisé, suite à l'entrée massive d'agents infectieux dans la circulation sanguine. La porte d'entrée dentaire est considérée comme la plus fréquente et la plus importante, par l'existence de foyers infectieux apicaux ou parodontaux non soignés, lors de soins bucco-dentaires ou lors de simples brossages (Benzarti et Abdellaoui, 2001).

Loesche et Lopatin en 1998, ont établi que des visites régulières (au moins une fois par an) chez le chirurgien-dentiste réduisaient le risque de maladie coronarienne et d'AVC de moitié.

Les résultats montrent que 41% (N=30) des résidents suivent un traitement pour réguler leurs troubles d'hémostase par des anticoagulants oraux (Previscan®) pour les pathologies thromboemboliques veineuses (phlébites, embolies pulmonaires) et par des antiagrégants plaquettaires (Kardegic®) en post-infarctus, pour les patients artéritiques et pour les patients à haut risque vasculaire. Ces traitements peuvent entraîner un déséquilibre de la crase sanguine.

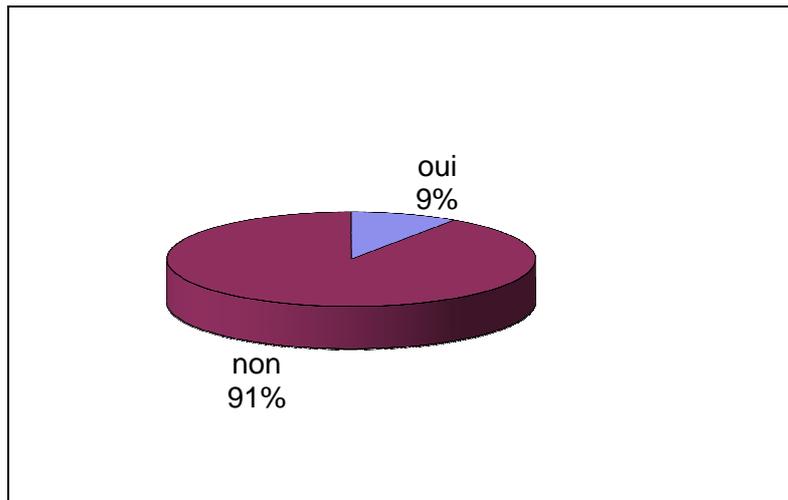
Lors des soins dentaires, lorsque le risque infectieux (endocardite d'Osler) existe, il faut protéger cette population fragilisée par une antibioprofylaxie flash.

1.3.2.4. ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE

La pathologie endocrinienne touche 9% (N=7) des résidents. Le dérèglement thyroïdien ressort majoritairement dans les pathologies et le traitement le plus souvent rencontré est le Lévothyrox® pour les hypothyroïdies et Néomercazole® pour les hyperthyroïdies.

L'hyperparathyroïdie va entraîner une déminéralisation osseuse par hypocalcémie et hyperphosphorémie.

9% (N=7) des résidents souffrent d'un diabète. Les traitements sont à base de metformine (Glucophage®, Diamicron®) ou d'insuline (Novorapid®).



Résultat 5: Répartition du diabète au sein de la population

Le lien entre pathologies bucco-dentaires et diabète est évoqué depuis longtemps et les différentes études dont nous disposons indiquent que cette relation est à double sens : les affections orales favorisent et/ou aggravent le diabète mais la relation inverse est également vraie (Taylor, 2001).

L'ensemble des infections bucco-dentaires peut être à l'origine de la décompensation d'un diabète au préalable équilibré, qu'elles soient aiguës (abcès ou cellulite) ou latentes (kyste ou granulome).

Cependant, la maladie parodontale semble particulièrement impliquée. La prévalence du diabète chez les patients ayant une maladie parodontale est plus élevée que chez les patients ne présentant pas de parodontite (12,5% vs 6,3%) (Soskolne et Klinger, 2001).

De plus, de nombreuses études ont montré que la maladie parodontale non stabilisée affecte le contrôle métabolique (Taylor, 2001; Grossi et *al.*, 1999) et qu'une thérapeutique parodontale améliore la prise en charge du diabète. L'équipe de Taylor en 2004, affirme que le traitement parodontal permet un meilleur contrôle de la glycémie et une diminution des taux plasmatiques d'hémoglobine glyquée.

Ceci met en évidence la nécessité d'instaurer rapidement la prise en charge des parodontites chez les sujets diabétiques.

Parallèlement, certains auteurs suggèrent que le diabète est un facteur de risque de développer une maladie parodontale (Taylor, 1999) et Emrich en 1991, dans une étude sur 1342 individus, estime ce risque à un facteur 3 chez les patients diabétiques par rapport aux non diabétiques.

Ces données justifient que dès 1993, Loë affirmait que la parodontite était la sixième complication du diabète.

Ainsi, l'hyperglycémie associée au diabète est le résultat d'altérations métaboliques susceptibles d'exacerber la réponse immunitaire et l'inflammation parodontale induites par les germes buccaux pathogènes et par conséquent,

aggraveraient la destruction des tissus parodontaux. Les conséquences vasculaires relatives à la pathologie diabétique sont responsables d'une diminution du remodelage tissulaire et de retards de cicatrisation des muqueuses buccales.

Les recommandations de l'ANAES préconisent 2 examens bucco-dentaires par an pour les personnes souffrant d'un diabète de type II (accord professionnel).

TENG et ses collègues en 2002, ont montré qu'il existe un rapport bidirectionnel défavorable entre diabète et maladie parodontale :

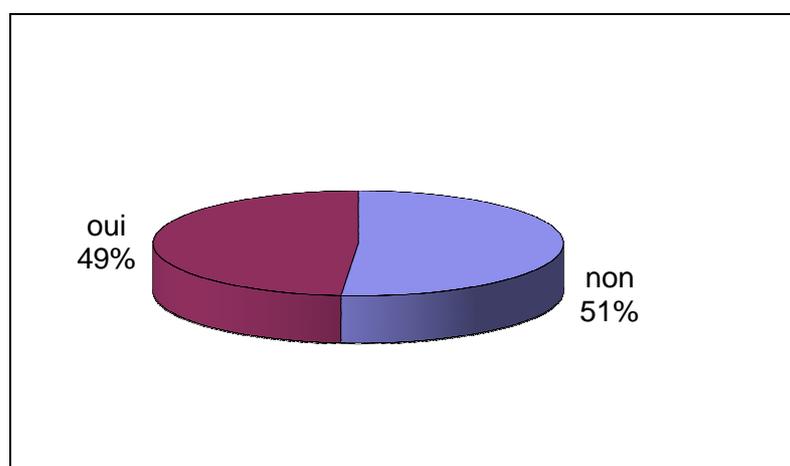
- chez les diabétiques, la maladie parodontale a une plus grande prévalence, et est plus sévère au niveau de son étendue et de sa progression,
- en même temps, une infection parodontale peut déséquilibrer un diabète.

Ainsi, les patients diabétiques seraient 2 fois plus sujets que les non-diabétiques à une perte d'attache : Bridges et son équipe en 1996, ont mis en évidence le fait que le diabète affecte tous les paramètres de la maladie parodontale : score de saignement, profondeur des poches, perte d'attache, mobilité et dents manquantes.

Par ailleurs, le risque est 5 fois plus élevé pour les diabétiques que pour les non-diabétiques d'être édenté (Matthews et Perio, 2002).

1.3.2.5. TROUBLES DIGESTIFS

49% des résidents (N=36), soit près de la moitié, souffrent de troubles digestifs.



Résultat 6: Répartition des pathologies gastro-entéro-hépatiques au sein de la population

Les pathologies fréquemment rencontrées sont le RGO (traité par Mopral® et Inexium®), les ulcères, les fausses routes (l'absence de calage maxillo-mandibulaire va majorer le risque de fausses routes. En effet, la mandibule n'étant plus fixée, cela va entraîner un proglissement, l'épiglotte va être tirée vers l'avant et ne protégera plus les voies aériennes supérieures), les troubles fonctionnels intestinaux tels que les diarrhées, traitées avec de l'Immodium®, du Motilium® ou du Smecta®, ou à l'inverse des constipations traitées par du Duphalac®.

1.3.2.6. TROUBLES NUTRITIONNELS

5% (N=4) des résidents connaissent des troubles nutritionnels.

La relation entre état nutritif et santé bucco-dentaire est complexe. La malnutrition est une affection fréquemment rencontrée chez les personnes âgées. Lorsqu'elle est due à une insuffisance d'apports alimentaires tant sur le plan quantitatif que qualitatif, ceci peut s'expliquer d'une part, par des modifications physiologiques concourant à la perte de la sensation d'appétit et de goût. Les altérations dentaires ou les prothèses inadaptées et inconfortables participent à cette insuffisance d'apport car elles sont sources de troubles de la mastication et de la déglutition.

D'autre part, l'isolement social, la perte d'autonomie physique et psychique, le syndrome dépressif et les prises de médicaments peuvent être également en cause. Ainsi, les personnes âgées éliminent certains types d'aliments et tendent à sélectionner un régime appauvri en fruits frais, légumes et viande et donc, elles sont rapidement carencées en vitamines et en fer.

Toute modification au niveau des tissus oraux (aspect, texture...) reflète souvent un déséquilibre nutritionnel général, en particulier des déficiences en vitamines A, B, C, D, E, K, en fer et une en protéines, nutriments apportés par l'alimentation.

Ainsi, par exemple, une carence en vitamine K, se manifeste au niveau buccal par des hémorragies gingivales. Une carence en vitamine D se caractérise par une mauvaise cicatrisation osseuse, une carence en vitamine B12 ou en fer se caractérise par une stomatite et un apport insuffisant en protéines se caractérise par une langue œdémateuse et lisse.

Le vieillissement s'accompagne d'une modification qualitative et /ou quantitative de la salive et des tissus parodontaux. L'édentement et les modifications neuro-motrices induisent une modification de l'efficacité masticatoire.

De plus, la dimension des particules réduites ingérées est plus importante chez les édentés appareillés que pour leurs homologues âgés dentés. La réhabilitation prothétique doit donc être réalisée précocément en raison de la diminution des possibilités d'adaptation avec le temps et d'un état nutritionnel perturbé par le vieillissement et l'édentement. Dans ce cadre, l'utilisation d'un

adhésif prothétique peut être utile à l'intégration progressive de la prothèse, tant au niveau fonctionnel que psychologique. De même, le contrôle de la morphologie occlusale par le montage des dents semble intéressant chez les personnes présentant un système neuromusculaire altéré.

Les fruits frais (contrairement aux jus de fruits) sont un groupe d'aliments de cariogénéicité basse à cause de leur faible pourcentage en sucres et leur haut pourcentage en eau.

En effet, les fruits fermes comme les pommes jouent un rôle protecteur aussi bien en stimulant le flux salivaire et en favorisant le nettoyage physiologique.

Les aliments les plus cariogènes sont les aliments sucrés, collants dont le temps en bouche et au contact des dents est prolongé. Plus les ingestions sont répétées, plus la production d'acide est fréquente. L'ordre d'ingestion influence la chute du pH de la plaque, comme par exemple, terminer un repas par un fromage diminue l'effet cariogène d'un dessert sucré. De ce fait, les aliments cariogènes créent moins de risque de déminéralisation de l'émail s'ils sont suivis d'un aliment non cariogène ou cariostatique.

Si la salive est saturée en phosphates de calcium et en ions fluorures, le potentiel de reminéralisation et la résistance de l'émail à la dissolution existent. Les protéines, la caséine (principale protéine du lait), le phosphore et le calcium sont des ingrédients non cariogènes ou cariostatiques contenus dans le lait et le fromage. Même si le lactose est cariogène, les autres éléments du lait diminuent le risque de carie dentaire.

1.3.2.7. LES TROUBLES NEUROLOGIQUES ET NEUROPSYCHIATRIQUES

55% (N=41) des résidents souffrent d'une pathologie d'ordre neuro-psychiatrique ou neuro-dégénératif liée au vieillissement comme la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer ou des démences liées à l'âge.

Dans les derniers stades de ces maladies, des symptômes psychiatriques peuvent apparaître.

Bochelen, en 2003, constate que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont une accumulation de plaque et de tartre, et un taux de gingivites plus important que dans la population vieillissante normale. Les prothèses sont souvent moins propres. Le nombre de caries et la prévalence de la maladie parodontale augmentent.

Le flux salivaire submandibulaire est réduit, ce qui entraîne des troubles de la phonation, de la mastication et de la déglutition. Une dysgueusie peut également se développer.

Les déficits cognitifs et moteurs sont accompagnés d'une incapacité graduelle à exécuter une hygiène orale adéquate. L'altération de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme ainsi que l'apraxie (perte de la compréhension de l'usage des objets usuels se traduisant par des actes absurdes) rendent le malade incapable de se servir d'une brosse à dents et de se rendre compte qu'il a une prothèse.

Cette maladie entraîne de gros troubles de la communication perturbant, au cabinet dentaire, la capacité à exprimer sa douleur, et rendant ainsi le diagnostic difficile. La détérioration progressive de la cognition peut engendrer une agitation et des comportements désordonnés qui peuvent perturber la capacité du malade à tolérer la plupart des interventions thérapeutiques. En effet, les difficultés à appréhender clairement l'environnement se marquent par une réduction de la capacité à soutenir l'attention sur les stimuli extérieurs.

Le déclin progressif du malade dans sa capacité de comprendre le traitement dentaire et son incapacité concomitante pour donner son consentement éclairé est aussi une difficulté à laquelle le praticien doit faire face.

Dans ces pathologies, une hyposialorrhée peut entraîner une candidose et plus particulièrement une chéilite anguleuse.

La xérostomie est le résultat de la polymédication. Elle augmente les risques de pathologies de la sphère orale (risque accru de caries notamment radiculaires, et de maladie parodontale) et perturbe le confort oral (perte de rétention des appareils, sécheresse buccale, mauvaise mastication et régime alimentaire réduit). Une dysphagie entraîne alors un risque accru de fausses routes et d'étouffement.

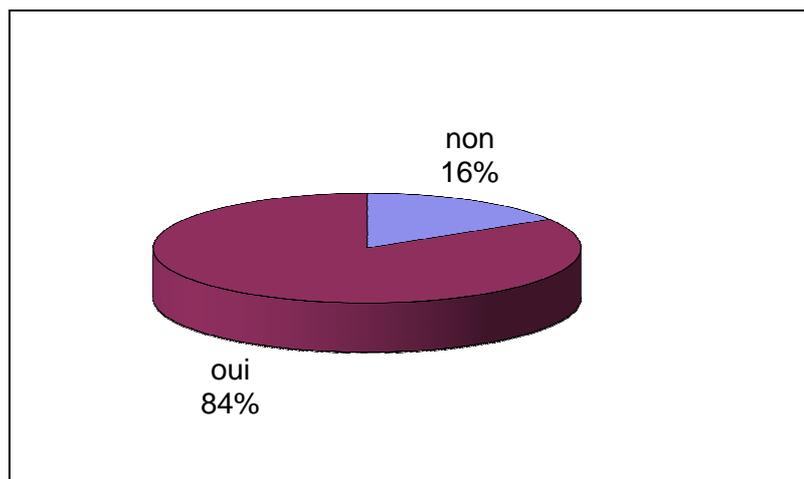
Le tremblement caractéristique de la maladie va retentir sur l'habileté manuelle du patient à effectuer un brossage efficace. Lors des soins, les mouvements involontaires accompagnant ces tremblements peuvent induire des fausses manœuvres, parfois douloureuses, avec les instruments rotatifs. Les actes sont aussi rendus difficiles par le tremblement notamment de la langue et de la mandibule.

De plus, le développement d'un état dépressif en rapport avec le déclin plus ou moins rapide du patient et les syndromes confusionnels entraînent des comportements d'autodestruction, un abandon de soi et de son hygiène.

Fiske et Hyland en 2000, soulevaient le problème de l'accès aux soins lié à la capacité de se déplacer car à des stades avancés de la maladie le patient est en fauteuil roulant.

1.3.2.8. PATHOLOGIES PULMONAIRES ET RESPIRATOIRES

Les résultats montrent que 16% (N=12) des résidents présentent une pathologie pulmonaire comme l'emphysème ou la BPCO, indépendante de troubles cardiaques. Il semblerait qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire pourrait être à l'origine de ces infections (Navazesh et Mulligan, 1995).



Résultat 7 : Répartition des pathologies pneumologiques au sein de la population

Les BPCO, 6^{ème} cause de décès dans le monde, sont caractérisées par une obstruction respiratoire chronique avec excès de sécrétions bronchiques, entraînant une bronchite chronique et/ou un emphysème.

En 1998, une étude rétrospective réalisée à partir des données NHANES I a cherché à vérifier l'hypothèse selon laquelle la plaque dentaire serait un réservoir de microorganismes pathogènes pour les voies respiratoires, essentiellement chez les patients présentant une mauvaise hygiène orale.

Ainsi, cette étude montre que :

- les sujets ayant des caries présentent plus de pathologies aiguës que les autres,
- les sujets présentant une hygiène bucco-dentaire moyenne ont 1,3 fois plus de pathologies respiratoires chroniques que les autres,
- les sujets présentant une hygiène bucco-dentaire mauvaise ont 4,5 fois plus de pathologies respiratoires chroniques que les autres.

Ainsi le niveau d'hygiène orale a une influence significative sur les pathologies pulmonaires chroniques.

Scannapieco et Genco, en 1999, expliquent ce phénomène par le fait que certaines bactéries orales, beaucoup étant associées aux parodontites, peuvent être aspirées dans les poumons, c'est pourquoi nous les retrouvons dans les expectorations de patients atteints de pneumonie.

De plus, des enzymes associées aux parodontites sont susceptibles de détruire les protéines salivaires, comme la mucine, qui sert à enrober les bactéries

pathogènes et à permettre leur élimination hors de la cavité buccale. Les cytokines synthétisées au cours des parodontites peuvent altérer l'épithélium respiratoire et promouvoir l'infection.

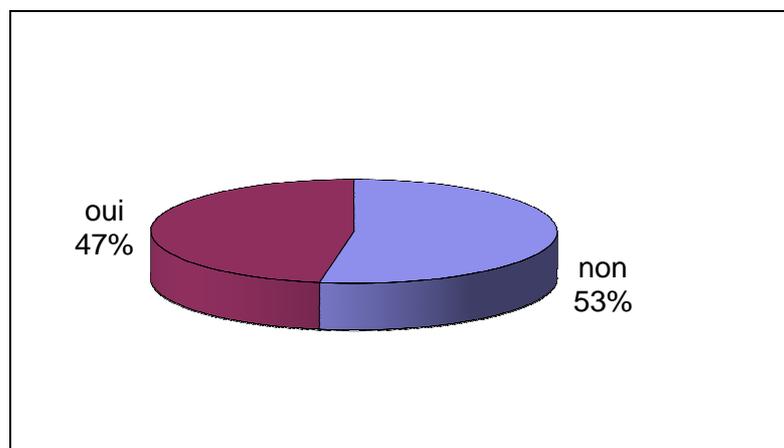
1.3.2.9. TROUBLES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Quasiment la moitié des résidents, soit 35 personnes, connaît ou a connu des problèmes touchant le système locomoteur : arthrose, fractures, ostéoporose.

En effet, avec l'ostéoporose, les pertes d'équilibre et de connaissance, la personne âgée est sujette aux accidents entraînant des fractures osseuses et articulaires (col du fémur et épaule) aux conséquences lourdes : c'est souvent à partir de ce moment là que la personne âgée devient dépendante et souvent le transfert en maison de retraite est motivé par ces accidents.

Les personnes âgées ont alors une diminution d'autonomie dans les gestes quotidiens et sont ralenties ou dépendantes dans les déplacements. Parfois, un état dépressif apparaît.

A cet âge, l'arthrose est également présente, avec des douleurs et des déformations articulaires qui peuvent handicaper la personne âgée.



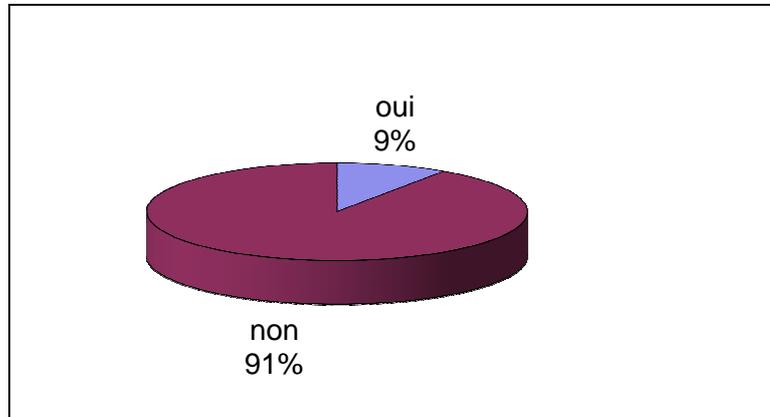
Résultat 8 : Répartition des pathologies de l'appareil locomoteur au sein de la population

La répercussion est présente au niveau de la motivation à se prendre en charge, au niveau de l'hygiène, notamment bucco-dentaire, et se manifeste également par une perte de dextérité et d'efficacité dans le brossage et la manipulation des prothèses dentaires.

Nous pouvons aussi parfois être confrontés à une arthrose des ATM limitant l'ouverture buccale.

1.3.2.10. TROUBLES D'ADDICTION

9% des résidents présentent une dépendance (actuelle ou au moment de l'entrée) liée à l'alcool ou au tabac.



Résultat 9: Répartition des pathologies toxicologiques au sein de la population

1.3.2.11. TROUBLES DE LA SALIVATION ET DES MUQUEUSES BUCCALES

Les troubles de la salivation sont fréquents chez la personne âgée dépendante.

Une atrophie glandulaire liée au vieillissement perturbe le flux salivaire, si ce n'est dans sa quantité, au moins dans sa qualité. Ils peuvent aussi être causés par des facteurs buccaux locaux (respiration buccale), une atteinte des glandes salivaires (obstruction, syndrome de Sjögren, irradiation, néoplasie...), une atteinte métabolique (diabète, insuffisance cardiaque, déshydratation) ou une atteinte du système nerveux. Enfin, la cause la plus fréquente est la xérostomie, causée par des médicaments tels que les anxiolytiques et hypnotiques à base de benzodiazépine, les antidépresseurs, les antiparkinsoniens, les anti-hypertenseurs, les antispasmodiques urinaires, les diurétiques...

Tous ces traitements peuvent avoir une répercussion odonto-stomatologique.

Les complications de l'hyposialie peuvent être nombreuses :

- candidoses buccales récidivantes,
- langue villeuse, noire, lisse, dépapillée,
- ulcérations,

- stomatite érythémateuse,
- dysgueusie (la salive étant le solvant nécessaire à la sensation des substances sapides présentes dans le bol alimentaire),
- dysphagie,
- perte de l'appétence,
- difficultés à maintenir une prothèse dentaire en bouche,
- trouble de l'élocution,
- atteintes carieuses.

Des substituts salivaires sont disponibles dans le commerce afin d'améliorer significativement le confort buccal de certains patients (Artisial®).

Une étude récente a montré que l'utilisation régulière d'une brosse à dents électrique (Sonicare®) peut augmenter le flux salivaire de 250% chez des patients atteints de xérostomie (Hogard, 2006).

Les altérations des muqueuses buccales peuvent résulter de la prise de certains médicaments :

- les antiagrégants plaquettaires entraînent des saignements gingivaux,
- les antibiotiques peuvent modifier le goût et certains, à large spectre, peuvent être à l'origine d'une candidose,
- les antiépileptiques et la cyclosporine sont à l'origine d'hyperplasies gingivales.

Lors de notre enquête, 7% (N=5) des résidents souffraient d'une infection traitée par antibiothérapie. Nous n'avons pas jugé utile de répertorier ces pathologies infectieuses.

Les pathologies de la personne âgée sont principalement les pathologies cardio-vasculaires, digestives et celles d'ordre locomoteur.

1.3.3. COOPERATION ET COHERENCE

La très grande majorité des personnes (N=72) interrogées lors de notre enquête est coopérante et les 3/4 (N=56) des résidents sont cohérents.

Le refus de participer à l'enquête de la part du résident peut s'expliquer par :

- la crainte du dentiste ou des douleurs,
- la peur que la visite entraîne un investissement financier pour le résident ou sa famille,
- le fait que le suivi ne leur semble pas primordial, préférant consulter seulement en cas de douleur,
- une certaine fatalité, ne percevant pas l'utilité des soins dentaires vu leur état de santé générale.

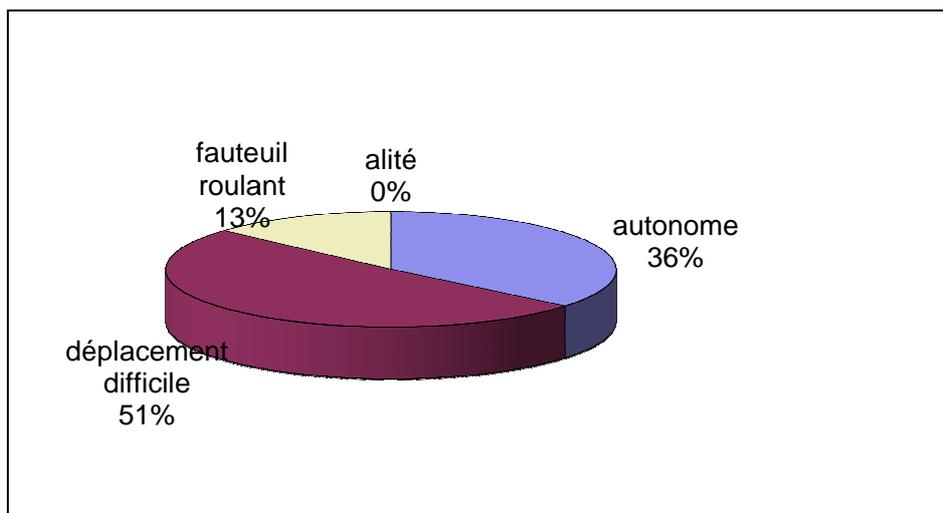
Cependant, des troubles du comportement très prononcés ont également empêché la réalisation de l'examen.

1.3.4. DEPLACEMENT, ALIMENTATION, HYGIENE

L'autonomie dans le déplacement et l'alimentation du résident nous a semblé être une question importante afin de savoir si ce dernier profite de la salle de restauration pour la prise de ses repas, s'il est capable de s'alimenter tout seul et si le coefficient masticatoire est suffisant pour une alimentation normale.

Ce qui détermine chez la personne âgée son alimentation, c'est le nombre de dents en occlusion, et surtout pour les géiatres, le risque ou non de fausse-route.

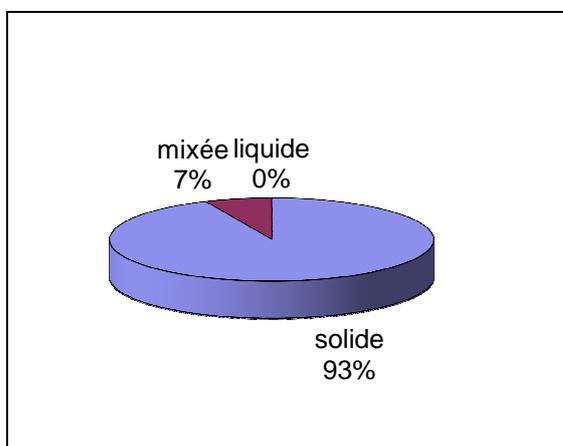
Plus d'un tiers de la population est autonome (N=33), la moitié (N=47) de la population se déplace à l'aide d'une canne ou d'un déambulateur, et 13% (N=12) est en fauteuil roulant.



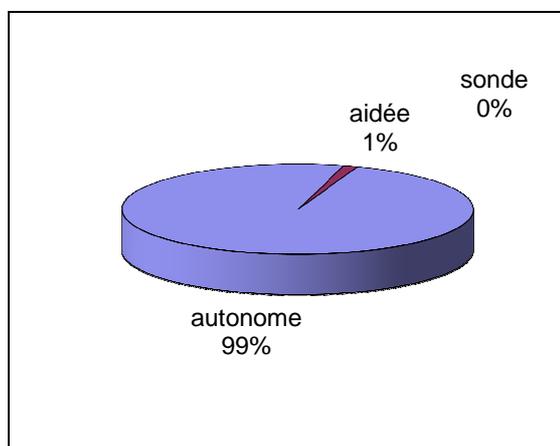
Résultat 10 : Répartition de la population en fonction de l'autonomie de déplacement

Il s'agit donc d'une population valide.

Les résidents mangent une alimentation quasi normale, solide pour 70 d'entre eux, ce qui correspond au peu de personnes souffrant de dénutrition constaté précédemment (seulement 4 personnes souffraient de malnutrition). En effet, la personne âgée aime manger, il s'agit du dernier plaisir qui subsiste.



Résultat 11 : Répartition des différents types d'alimentation au sein de la population



Résultat 12 : Répartition de la population en fonction de leur autonomie dans l'alimentation

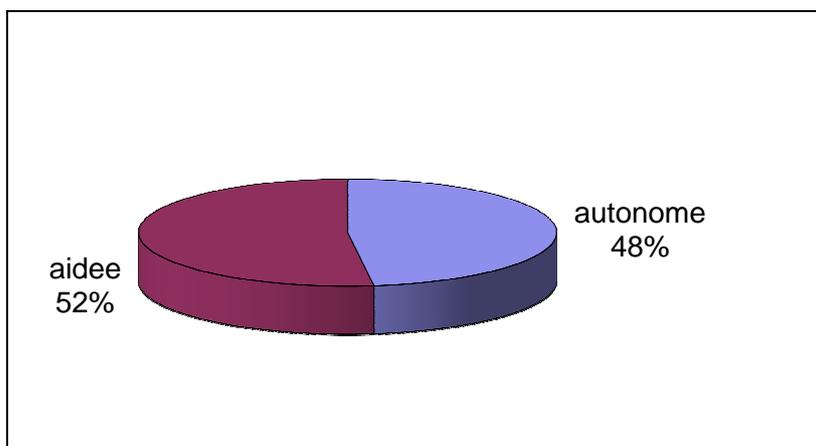
En théorie, la texture des aliments est fortement corrélée à l'existence de la denture naturelle résiduelle et/ou au port de prothèse. De nombreuses personnes âgées édentées depuis longtemps ont adapté leur mode alimentaire et/ou pris l'habitude de manger sur leurs crêtes osseuses par manque de réhabilitation ou d'adaptation prothétique. Cependant, le port d'une prothèse favorise une alimentation à texture normale.

Nous remarquons également que 99% des résidents sont indépendants pour les repas.

La majorité mange de manière autonome et de consistance solide..

L'autonomie dans l'hygiène corporelle et donc la faculté à se mouvoir, et la reconnaissance spatiale de son corps nous permettent d'évaluer les habitudes et les capacités à entretenir sa cavité buccale.

Pour près de la moitié d'entre eux (N=36), la toilette corporelle se fait sans assistance.



Résultat 13 : Répartition de la population en fonction de leur autonomie pour l'hygiène corporelle

L'intervention du personnel soignant pour certains résidents est ressentie comme une violation de l'intimité, de leur dignité. Parfois une appréhension à la réalisation de soins de bouche se laisse ressentir. Pourtant, l'hygiène apportée par le personnel est très souvent indispensable.

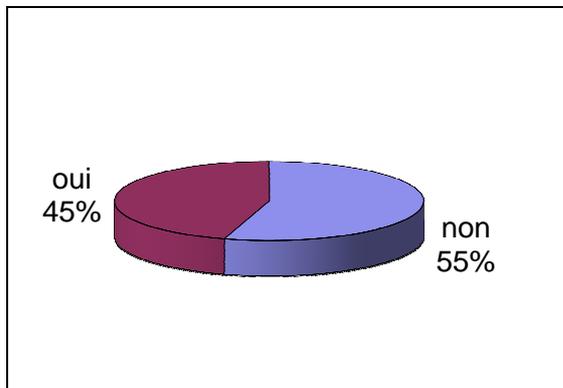
1.3.5. CHIRURGIEN-DENTISTE

Un peu moins de la moitié (N=34) des résidents dit avoir un dentiste et même si seulement moins d'un quart dit rencontrer un obstacle s'il a besoin d'en consulter un, la dernière visite chez le dentiste remonte environ à 7 ans en moyenne.

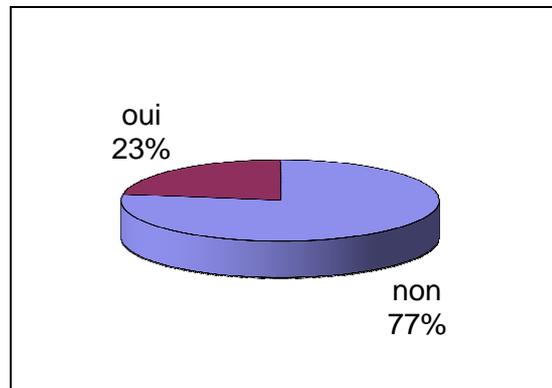
Certains ont vu leur praticien 1 mois avant notre visite, alors que pour d'autres cela remontait à plus de 50 ans. Mais la plupart ne se souviennent même pas quand avait eu lieu le dernier rendez-vous.

13% (N=10) ont vu leur dentiste il y a moins d'1an, 7% (N=5) dans un laps de temps de 1 à 2 ans et 80% (N=59) n'ont pas vu de dentiste depuis au moins 2 ans.

Mais normalement, lors de l'entrée dans l'EHPAD, le résident doit bénéficier d'au moins une consultation à l'entrée.



Résultat 14 : Existence d'un dentiste à qui s'adresser en cas de besoin



Résultat 15 : Existence d'obstacle à consulter un dentiste

Les obstacles à la consultation dentaire, pour beaucoup, sont d'ordre financier : « le dentiste voudra faire un nouvel appareil », « je ne veux pas lui donner mes sous », « cela coûte cher », ou alors une visite leur semble compliquée à mettre en place : « le dentiste est trop loin », « je ne supporte pas la voiture », « je me déplace difficilement », « je ne peux pas me déplacer », « ma fille habite loin », « je n'ai pas de moyen de transport ».

Certains ont simplement peur, ont connu une mauvaise expérience, ne savent pas à qui s'adresser ou tout simplement ne comprennent pas l'intérêt de s'y rendre sachant qu'ils sont porteurs de deux prothèses amovibles complètes ou sont édentés depuis très longtemps même sans réhabilitation prothétique. Ils ne voient pas l'intérêt de prendre rendez-vous auprès d'un praticien sans douleur dentaire.

La majorité ne voit plus l'intérêt de se faire soigner car « cela ne sert plus à rien à notre âge. »

Un seul résident a un rendez-vous prévu avec son praticien.

1.3.6. DONNEES BUCCO-DENTAIRES ET PROTHETIQUES

1.3.6.1. REHABILITATION PROTHETIQUE

Les résidents sont conscients de leur état bucco-dentaire. En effet, les résultats donnés par le résident et celui considéré en bouche, sont les mêmes.

68% (N=50) des résidents portent une prothèse, et la majeure partie de ceux-ci (94%, N=49) possède une prothèse de type amovible.

88% (N=43) des porteurs de prothèse amovible ont au moins une prothèse complète en bouche et 47% (N=24) ont des complets haut et bas.

Lorsqu'il persiste un nombre de dents satisfaisant, avec un coefficient masticatoire correct, le port de prothèses dentaires n'est pas une nécessité à l'alimentation, mais apporte un confort supplémentaire.

Cependant nous avons rencontré 8 résidents édentés totaux et 7 résidents avec un nombre de dents en bouche insuffisant (de 1 à 9 dents) sans aucune réhabilitation prothétique.

La majorité des résidents sont porteurs de prothèses amovibles depuis des années, ce qui constitue une aide indispensable pour mastiquer, déglutir, s'alimenter. Mais ces prothèses ont des limites dans la mesure où elles prennent place dans un environnement vulnérable altéré par le vieillissement.

Il est souvent possible de réparer, modifier, réadapter ce type de prothèse, le patient comprenant l'aide et ressentant le confort et le bien-être qu'elles apportent. Ce caractère évolutif des prothèses amovibles est particulièrement intéressant chez le patient âgé, et l'intérêt d'éviter de subir de nouveaux traitements prothétiques parfois longs et onéreux est évident.

En gériatrie, l'instabilité prothétique (causée par une perte de rétention et entraînant inconfort, blessures et dysfonctions) constitue un des motifs de consultation les plus fréquents. L'entourage du patient (famille, soignant) ou le patient lui-même décrit le manque de rétention par le « décrochage » des prothèses au repos ou lorsqu'il parle et mange.

Les prothèses amovibles permettent de réaliser facilement toutes les interventions de réglage ou de réparation par le chirurgien-dentiste, ainsi que les soins d'hygiène bucco-dentaire par une tierce personne.

Nous rencontrons parfois des difficultés à intervenir par refus de soins de la part des patients déments ou non coopérants.

L'amaigrissement suite à une hospitalisation ou à une dégradation de l'état général du résident, est une étiologie à prendre en compte. Les zones de Schroëder, situées dans la zone postérieure du palais, sont des zones graisseuses exploitées lors de la réalisation prothétique. Avec un amaigrissement, ces zones sont modifiées, la base prothétique n'est alors plus adaptée à la fibromuqueuse du palais et la rétention n'est plus assurée. Toute la prothèse devient instable.

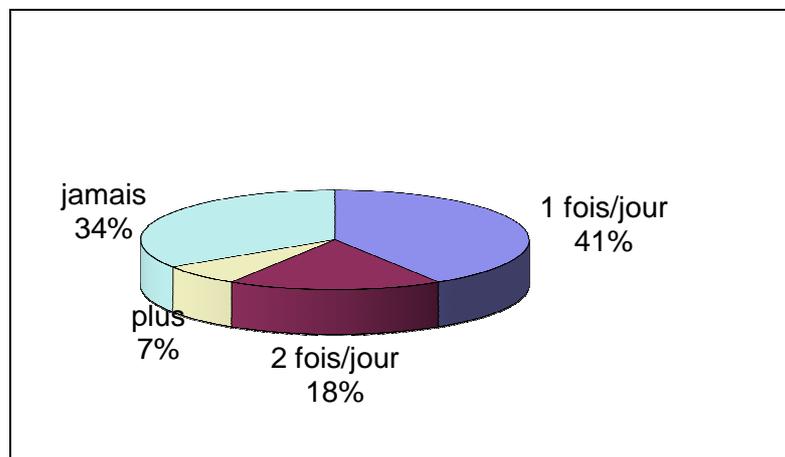
Par ailleurs, l'installation d'une instabilité prothétique peut aussi être due à la fracture d'un crochet et/ou à l'altération des dents naturelles restantes (par carie ou problème parodontal).

Si la spirale « prothèse instable-mauvaise alimentation-amaigrissement » s'installe et si elle perdure, elle conduit à l'abandon des prothèses et à une dégradation de l'état général de la personne âgée.

Nous avons constaté parfois que les nouvelles prothèses étaient abandonnées au profit des anciennes inadaptées, car aucun réglage n'avait été réalisé.

Par ailleurs, certains résidents ne portent leurs prothèses qu'au moment des repas pour aider à la mastication, mais en dehors des repas elles sont inconfortables.

1.3.6.2. HYGIENE BUCCO-DENTAIRE



Résultat 16 : Fréquence de brossage

Le constat n'est pas bon, plus d'un tiers (N=27) de la population n'a pas d'hygiène bucco-dentaire et 41% (N=29) ont une hygiène insuffisante.

Les habitudes d'hygiène ne sont pas correctes. Un résident nous a confié ne jamais brosser ses dents trouvant cela trop « sophistiqué ».

Il a été montré que la plaque est bien mieux éliminée par les sujets présentant une bonne dextérité manuelle, les autres ont des difficultés à réaliser un brossage efficace.

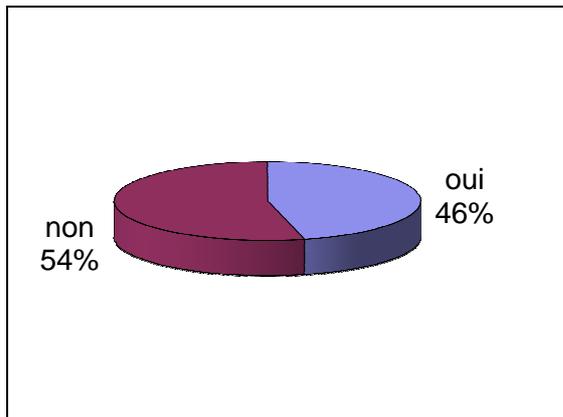
Ainsi, une dextérité manuelle diminuée est considérée comme un facteur de risque pour l'institutionnalisation (Williams et al, 1990).

Plus des trois-quarts (N=57) n'utilisent jamais de bain de bouche. Or l'utilisation d'un bain de bouche à 0,12% de chlorhexidine diminue le taux de bactéries dans la salive et améliore la prévention de la maladie parodontale, mais ce, pas plus de 15 jours d'affilée (Persson et al, 1991).

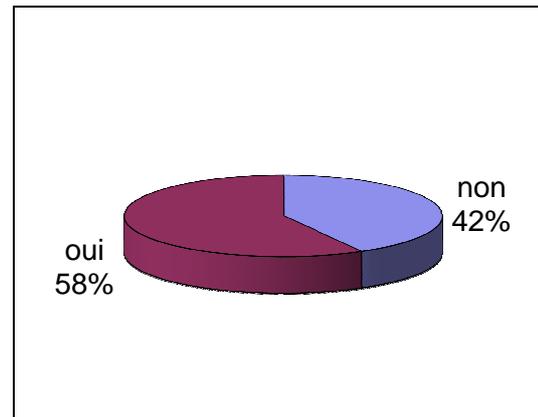
Seule une personne utilise un adhésif à prothèse et plus d'un tiers, N=20, emploie des comprimés pour nettoyer leur prothèse.

Plus de la moitié des résidents ne portent pas leurs prothèses la nuit, N=28, mais 42% (N=23) d'entre eux déclarent ne pas posséder de boîte pour les ranger. Ce qui signifie qu'un peu moins de la moitié (N=24) dort avec leurs prothèses, ce qui peut être accepté à partir du moment où elles sont propres.

Nous n'avons pas trouvé de différence significative quant à la propreté des prothèses entre ceux qui dorment avec ou non.



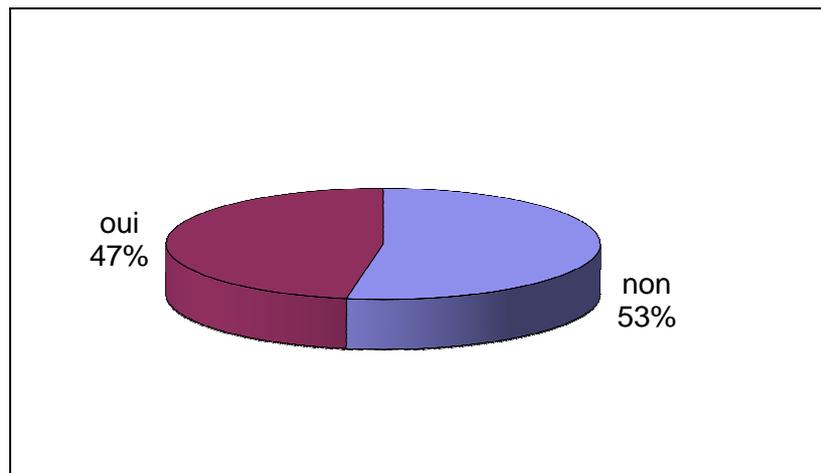
Résultat 17 : Port de la prothèse durant la nuit



Résultat 18 : Possession d'une boîte à prothèse

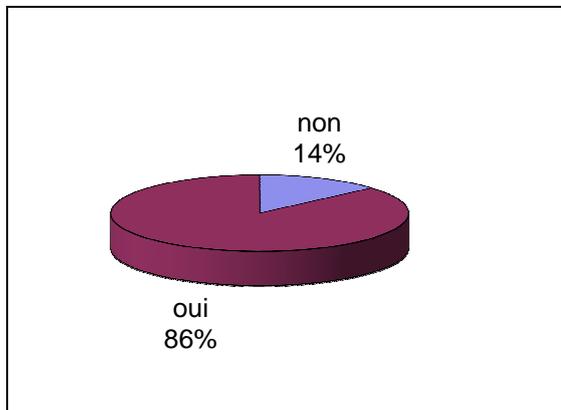
1.3.7. CONFORT ET SATISFACTION

Près de la moitié (N=35) des résidents déclare ressentir une sécheresse buccale :

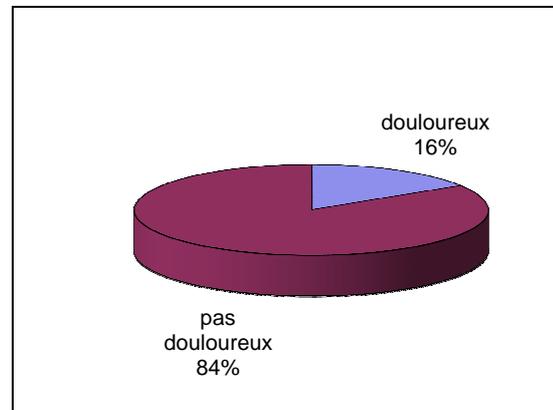


Résultat 19 : Ressenti d'une sécheresse buccale

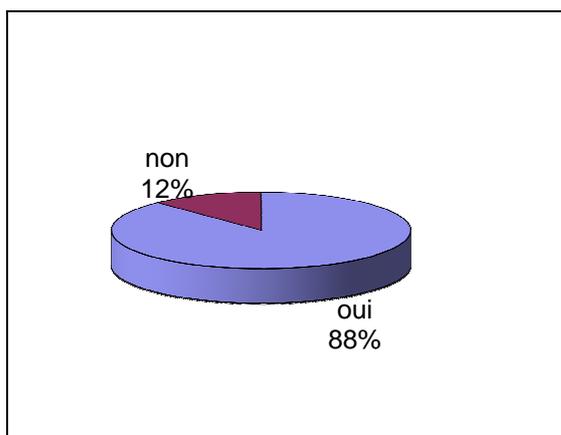
16% (N=12) d'entre elles ressentent également une douleur buccale, 12% (N=9) un déficit esthétique et 20% (N=15) un trouble fonctionnel. **Mais plus des 4/5 (N=64) des personnes se déclarent satisfaites de sa bouche.**



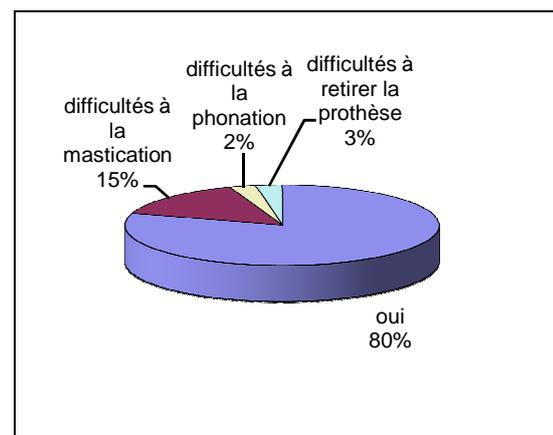
Résultat 20 : Satisfaction de leur bouche



Résultat 21 : Ressenti d'une douleur



Résultat 22 : Satisfaction esthétique



Résultat 23 : Satisfaction fonctionnelle

L'adaptation prothétique d'un point de vue esthétique est très importante afin de conserver une bonne image de soi. D'ailleurs, certaines prothèses ne permettant pas une mastication efficace sans douleur, sont retirées au moment des repas : elles ne sont qu'une parade esthétique pour le résident.

Des études ont montré l'impact négatif des pathologies orales sur la qualité de vie et la satisfaction chez les personnes âgées. La fonction orale, l'apparence et la capacité à parler clairement sont affectées par la pathologie orale et près d'un tiers des personnes ne sont pas satisfaites de leur santé orale (Jokovic et al., 1997).

Les troubles de la phonation associés au préjudice esthétique et à une halitose ont pu contribuer à l'exclusion sociale volontaire des personnes âgées dépendantes au sein même de l'institution d'hébergement (Pouyssegur et *al.*, 2005). Ce phénomène de retrait de vie communautaire avait déjà été évoqué par McNally et Kenny au Canada en 1999.

Les personnes âgées sont très vite démissionnaires face à l'annonce d'une pathologie même bénigne, adoptant volontiers des conduites de fuite avec : une régression et un ralentissement psychique, une totale dépendance, un refuge dans la maladie. C'est pourquoi, il faut renvoyer au résident une image positive de sa personne, contribuant à son désir de vivre.

Au niveau de l'alimentation, l'édenté ne peut pas broyer sa nourriture, il avale « tout rond » et oriente alors ses choix alimentaires en fonction de ses possibilités masticatrices (Dupuis, 2005).

La digestion est ainsi perturbée générant des douleurs stomacales. La déficience bucco-dentaire multiplie par 2,62 le risque de développer des pathologies gastro-intestinales (ulcère, gastrite, constipation, diarrhées) et favorise l'apparition de carences, notamment l'hypovitaminose (Tosello et *al.*, 2001).

30% des individus édentés ou mal appareillés ont des problèmes de malnutrition que ce soit par malabsorption ou carence d'apport.

En effet, la mastication est le premier temps de la digestion. Même si la prothèse amovible est parfaitement réalisée, l'efficacité masticatoire est réduite de façon significative (1/3 à 1/6^{ème} par rapport à la denture naturelle).

Pour obtenir un même niveau de broyage alimentaire, l'individu doit donc mastiquer plus longtemps.

Or l'édentation touche majoritairement les personnes âgées, et la sénescence s'accompagne de multiples altérations de la sphère oro-faciale : atrophie musculaire avec diminution de la puissance masticatoire, diminution de la gustation, diminution des sécrétions salivaires.

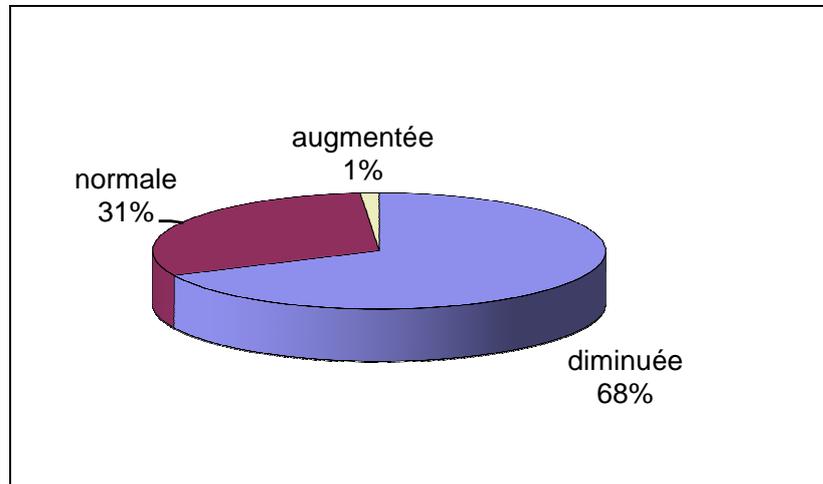
Cette alimentation faiblement nutritive et déséquilibrée ne favorise pas l'hygiène orale et augmente le risque carieux. (Briand, 1997)

L'édentation participe donc à une altération de l'état local et général de la personne âgée. ***Certains résidents regrettent les dents de « quand ils étaient jeunes ».***

1.3.8. OBSERVATIONS EXO-BUCCALES

En prothèse gériatrique, la perte de calage est une situation fréquente due à l'usure des dents prothétiques (molaires) ou à l'absence de prothèses dans les secteurs molaires ; seul le bloc incisivo-canin persiste le plus souvent.

Cette perte de calage se traduit par l'affaissement de la dimension verticale (ici plus des 2/3 (N=51) des résidents) et un proglissement mandibulaire (Lauret, 1991).



Résultat 24 : Etat de la dimension verticale

Chez le patient âgé, nous observons une diminution de la tonicité musculaire et une augmentation de la laxité ligamentaire, ce qui accentue l'affaissement des tissus et le proglissement de la mandibule.

Le profil du patient est caractéristique :

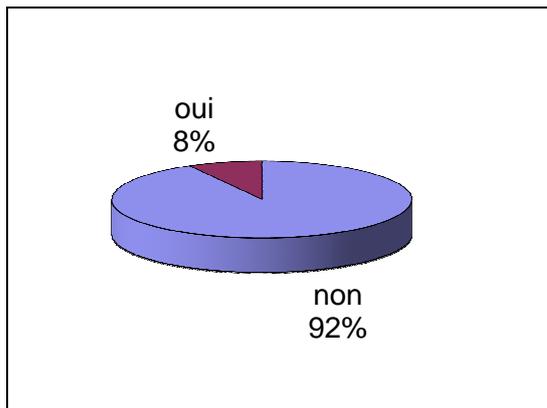
- diminution de l'étage inférieur du visage,
- menton positionné vers l'avant,
- plis cutanés accentués (naso-géniens, labo-mentonniers),
- fuite salivaire (perlèche labiale chronique) : chez nos résidents, 17% (N=13) présentaient une perlèche et 11% (N=8) des écoulements salivaires.

Cependant, la grande majorité (N=69) présente une ouverture buccale satisfaisante.

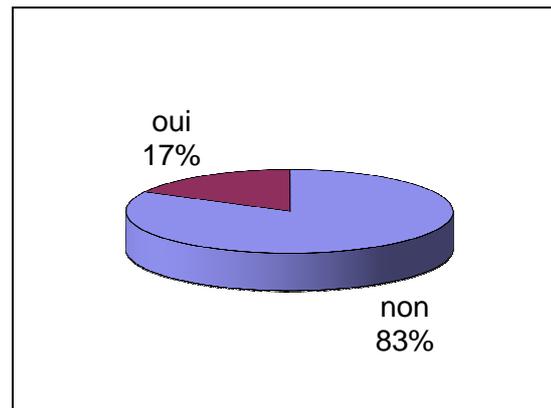
1.3.9. OBSERVATIONS ENDO-BUCCALES

1.3.9.1. ETAT DES MUQUEUSES BUCCALES

Nous avons relevé 8% (N=6) d'ulcérations et 17% (N=13) de rougeurs au niveau des muqueuses buccales.



Résultat 25: Présence d'ulcération endobuccale



Résultat 26 : Présence de rougeur endobuccale

Pietrokovski et son équipe en 1995 rapportent que les lésions des tissus mous sont quatre fois plus fréquentes chez les porteurs de prothèses amovibles. Le port des prothèses amovibles entraîne une irritation mécanique provoquée par l'ensemble de la charge occlusale et le frottement inévitable de la prothèse sur la muqueuse, et à une fragilisation des tissus de soutien (Giumelli, 1993).

Avec l'avancée en âge, les modifications du complexe ostéomuqueux favorisent l'affaiblissement de sa résistance, de sa régénération et de sa capacité biomécanique (Le Bars et Giumelli, 1994).

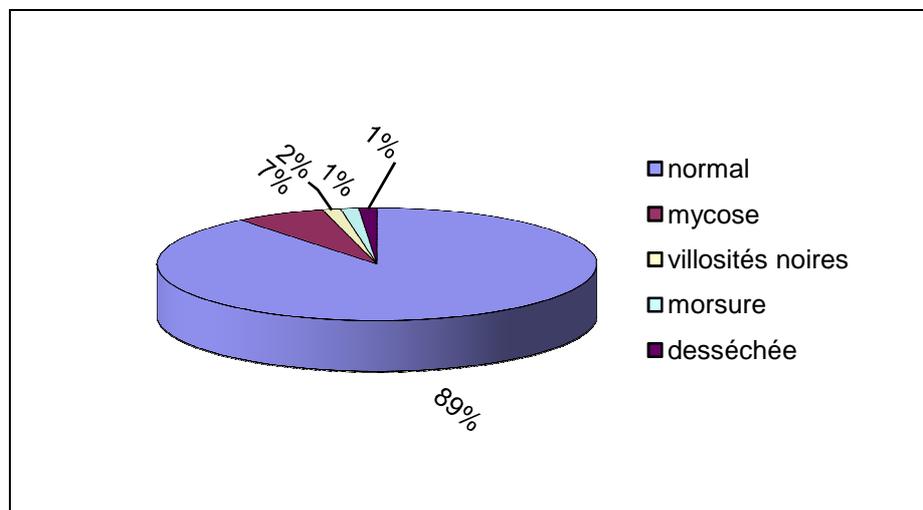
La stomatite sous prothétique et la résorption osseuse sont les réponses tissulaires à l'agression prothétique (Le Bars et *al.*, 2002). La stomatite sous prothétique est une réaction inflammatoire chronique caractérisée par un œdème et un érythème. Elle touche 50% des porteurs de prothèse amovible complète et est plus fréquemment rencontrée au maxillaire qu'à la mandibule. Mais la stomatite passe souvent inaperçue pour les patients.

Pour certains auteurs comme Budtz-Jørgensen en 1992, la stomatite prothétique est d'origine candidosique : *Candida Albicans*, organisme saprophyte, devient pathogène suite à un déséquilibre de la flore buccale consécutive à l'insertion des prothèses. Sa prolifération est favorisée par la diminution du flux salivaire et du pH (suite à l'atrophie des glandes salivaires et à la prise de médicaments). A cause de cette déshydratation, la fibromuqueuse n'assure plus son rôle biomécanique et la salive, son rôle lubrifiant.

La conduite à tenir est donc basée sur l'hygiène (Le Bars et Giumelli, 1994). Après chaque repas, la prothèse est retirée, brossée minutieusement dans son ensemble (intradors, extradors, dents prothétiques), à l'aide d'une brosse dure spécifique, puis rincée.

Les muqueuses et la langue sont brossées à l'aide d'une brosse chirurgicale trempée dans du bicarbonate de sodium. L'équipe médicale doit être sensibilisée aux problèmes de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique. Les signes candidosiques associés à ceux de la stomatite disparaissent dès l'instauration de l'hygiène (Budtz-Jørgensen, 1999).

7% (N=5) des résidents souffrent d'une mycose linguale.



Résultat 27 : Etat du dos de la langue

Chez les personnes en institution le développement des mycoses buccales est favorisé par une antibiothérapie, par une immunodépression, par le port de prothèses et par un pH buccal acide.

La mycose peut être à l'origine d'une anorexie en raison des brûlures qu'elle occasionne. Les lésions siègent en premier lieu sur la face dorsale de la langue et en absence de tout traitement elles s'étendent à d'autres sites de la cavité buccale, de la cavité palatine et au niveau des commissures labiales.

9% des résidents souffrent d'un déficit salivaire (N=7).

Les études ne montrent pas de façon concordante que le vieillissement physiologique s'accompagne d'une diminution du débit salivaire.

Nous estimons qu'une diminution ou l'absence de sécrétion salivaire est sous la dépendance de processus physiopathologique associé au vieillissement des tissus, à un état de déshydratation, à une pathologie systémique et neurologique mais surtout aux effets secondaires iatrogènes des traitements (comme les neuroleptiques).

L'hyposialie a pour effet la xérostomie ou bouche sèche, qui se traduit par des difficultés à s'alimenter, à déglutir ou à porter une prothèse adjointe. Le développement de lésions carieuses, gingivales ou mycosiques associées au déséquilibre de l'écosystème bucco-dentaire est lié à l'hyposialie.

Les degrés de xérostomie se manifestent par une salive de type écume et des muqueuses non lubrifiées présentant des dépôts adhérents.

Un traitement symptomatique s'imposera par un gel substitut de salive.

Le débit salivaire des patients hébergés en soins longue durée est inférieur à celui des patients de suite de soins. Un tiers des résidents souffre d'hyposialie.

L'hyposialie peut être causée par le syndrome de Sjögren, un diabète, une sarcoïdose, les effets secondaires des médicaments, une dépression, consécutive à une radiothérapie cervico-faciale... L'hyposialie peut poser des problèmes de rétention des prothèses, augmenter le risque de caries et entraîner des problèmes lors de la mastication et de la déglutition, ce qui affecte la qualité de vie (Diu et Gelbier, 1989).

Frenkel en 2000, a trouvé cependant chez 82% des résidents de maison de retraite des calculs des voies salivaires.

1.3.9.2. ETAT BUCCO-DENTAIRE

Chez les 37 personnes dentées, 8 ± 5 dents en moyenne étaient présentes, avec un minimum d'1 dent et un maximum de 22 dents.

Si nous réalisons un index carieux (nombre de caries/nombre total de dents) dans la population dentée (N=37), 80% de la population est indemne de carie, et 14% ne présente qu'une carie.

Ainsi, malgré une hygiène déplorable, la carie n'est pas le problème majeur de la population expertisée.

Toutefois, la maladie carieuse constitue un problème de santé publique en raison de la démographie des personnes âgées et l'augmentation du nombre de patients âgés dentés.

La cause prédominante de la perte dentaire, même à des âges élevés dans la population des pays industrialisés et en voie de développement, est la carie dentaire, maladie plurifactorielle, conséquence de l'interaction entre les bactéries cariogènes, les sucres métabolisés par les bactéries, les réponses de l'hôte et le facteur temps.

Elle désagrège les tissus durs de la dent : non traitée, elle atteindra la pulpe et provoquera sa nécrose puis l'infection diffusera vers l'os alvéolaire et se traduira par un abcès.

Chez la personne âgée, le processus carieux peut évoluer à bas bruit sans douleur.

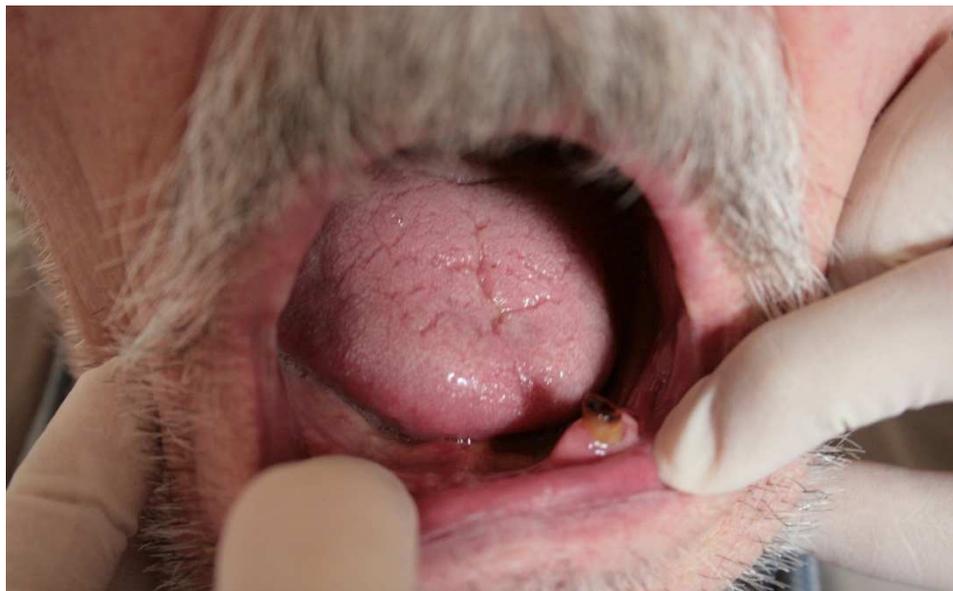
La carie de la personne âgée est essentiellement la carie radiculaire contrairement à la carie coronaire du jeune adulte. Les caries radiculaires ne peuvent apparaître que

sur les surfaces exposées dans le milieu buccal, c'est-à-dire au niveau des récessions gingivales.

Certaines lésions non carieuses sont liées au brossage traumatique ou à une occlusion défavorable : myololyse observée dans 30% des cas en institution.

Une étude sur l'état de santé des personnes âgées hébergées en soins longue durée à Rennes montre que l'indice CAO moyen (nombre de dents absentes, cariées et obturées) augmente entre 70 ans (25,71) et 90 ans (29,87) (Trivalle, 2002).

40% de cette population dentée (N=15) est indemne de besoin en soins, regroupant les soins de carie, les racines ou dents à avulser. ***Ce qui signifie que 60% (N=22) ont besoin d'un chirurgien-dentiste pour une ou plusieurs séances. En effet, l'indice de soins (nombre de soins à faire/nombre total de dents) montre que 25% (N=9) des personnes dentées ont plus de la moitié de leur dentition à soigner.***



Photographie 1 : Racine résiduelle

Il est fréquent de trouver des dents délabrées présentant une nécrose chez un sujet dont les défenses sont réduites. Ces lésions doivent être traitées en raison du risque de greffe bactérienne accru chez le sujet âgé et par conséquent le risque pour l'état de santé général.

L'édentation totale d'un des deux maxillaires concerne plus le maxillaire supérieur que la mandibule.



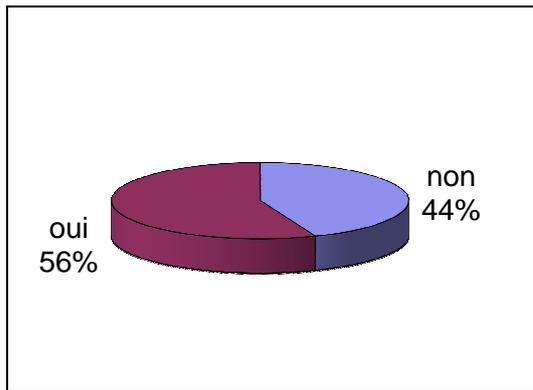
Photographie 2 : Edentation du maxillaire supérieur

1.3.9.3. ETAT PARODONTAL

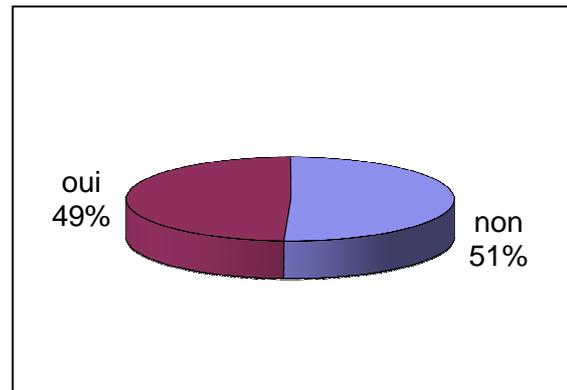
La maladie parodontale est la seconde cause de perte des dents. Elle atteint les tissus de soutien de la dent (gencive et os alvéolaire) ou parodonte. L'évolution de cette affection provoque la destruction du parodonte qui se traduit par une mobilité dentaire puis la perte de la dent.

Localement, le développement de la maladie peut être contrôlé en maîtrisant les facteurs bactériens, en éliminant la plaque dentaire par un brossage efficace.

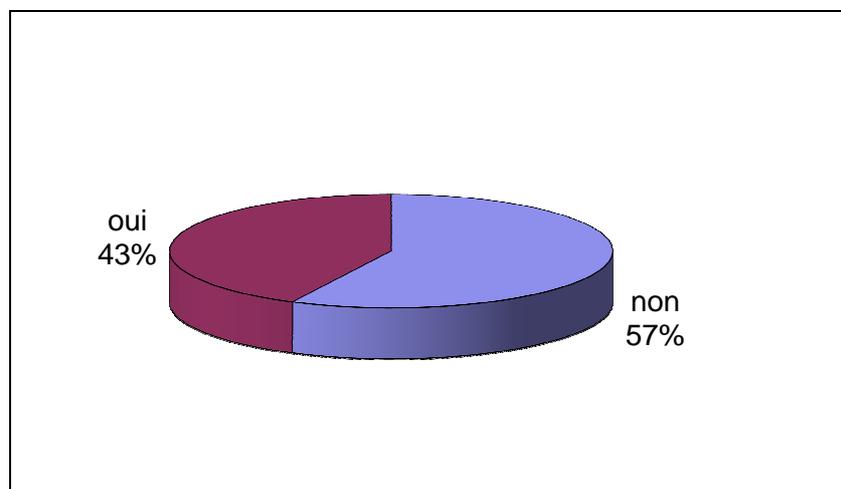
Plus de la moitié (N=42) des résidents présente de la plaque dentaire, la moitié (N=37) du tartre et plus de la moitié (N=52) des résidus alimentaires collés aux surfaces dentaires ou dans le fond du vestibule.



Résultat 28 : Présence de plaque



Résultat 29 : Présence de tartre



Résultat 30 : Présence de résidus alimentaires

Or, la présence d'une gingivite sévère ou d'une parodontite chez les personnes âgées peut entraîner une bactériémie transitoire pouvant être à l'origine d'une septicémie ou d'une endocardite infectieuse.

L'indice d'hygiène (plaque+résidus) est meilleur dans la population dépendante pour l'hygiène corporelle (et donc dentaire) que dans la population autonome. En effet, l'indice baisse de 42% ($p < 0,05$, $t_{37} = 2,34$) quand il y a une aide pour l'hygiène bucco-dentaire, ceci quelque soit la fréquence du brossage. ***C'est donc l'efficacité du brossage qui prime.***

L'indice de propreté (plaque+résidus+tartre) nous montre que sur 37 résidents qui ont des dents, seulement 6 personnes ont une hygiène satisfaisante. Si, pour être moins sévères, nous éliminons les personnes qui ont du tartre (tartre, que seul le chirurgien-dentiste est à même d'éliminer), nous arrivons à 10 personnes, soit 25% qui ont une hygiène correcte.

Donc, les 3/4 de la population est mauvaise dans l'hygiène, ce qui est un constat lamentable.

L'hygiène bucco-dentaire est insuffisante dans la majorité des cas.

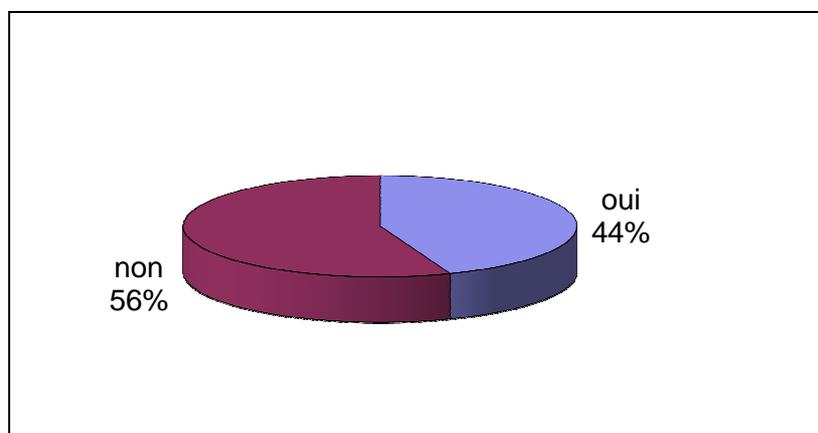


Photographie 3 : Présence de plaque dentaire et de tartre sur les dents inférieures

Selon Frenkel et son équipe en 2000, en moyenne un tiers des résidents d'une maison de retraite souffrent de stomatite, et le constat est établi que les deux tiers des surfaces dentaires sont recouvertes de plaque bactérienne.

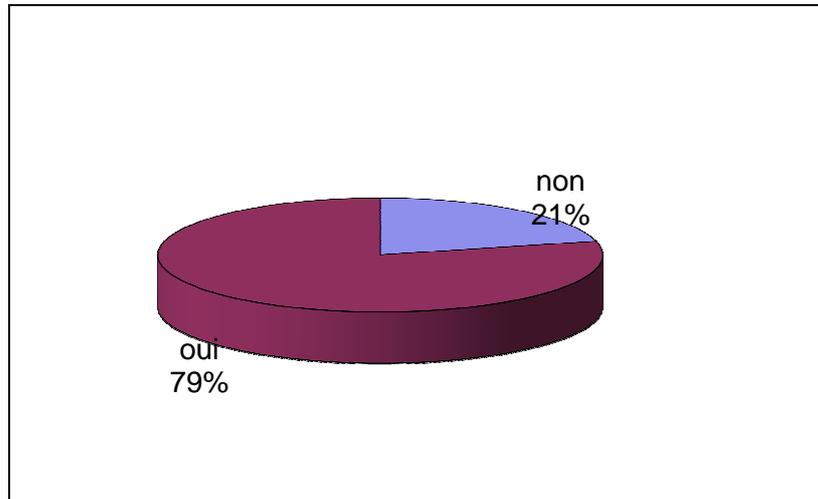
1.3.9.4. Etat prothétique

Nous avons relevé un défaut d'adaptation de ces prothèses dans 56% (N=29) des cas, prothèses qui sont donc à réhabiliter alors que 92% des appareillés prothétiques sont satisfaits.



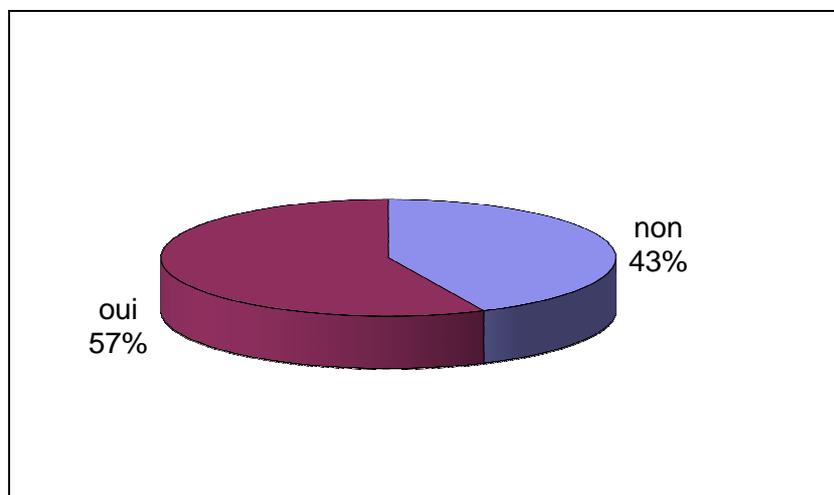
Résultat 31 : Adaptation de la prothèse

Nous observons également un dépôt important de tartre sur 79% (N=41) d'entre elles.



Résultat 32 : Présence de tartre sur la prothèse

L'usure des dents prothétiques montre la vétusté et le non-suivi prothétique auprès d'un chirurgien-dentiste depuis longtemps.



Résultat 33 : Usure des dents prothétiques



Photographie 4 : Résidu alimentaire au niveau de l'extrados d'une prothèse amovible complète supérieure



Photographie 5 : Résidus alimentaires au niveau de l'intrados d'une prothèse amovible complète supérieure

1.4. CONCLUSION

Ainsi, globalement, la population de la maison de retraite de Dommartin-sur-Vraine est plutôt féminisée, âgée (84 ans en moyenne), souffre de polypathologie (en particulier de pathologies cardiovasculaires, de diabète, de pathologie neuropsychiatrique) et par conséquent est polymédicamentée.

Elle se déplace difficilement et a besoin d'aide pour effectuer sa toilette corporelle. Elle nous confie se brosser les dents 1 fois par jour, ne jamais utiliser de bain de bouche ni d'adhésif et possède des prothèses amovibles (complètes principalement).

De plus, elle n'a pas de chirurgien-dentiste à qui s'adresser, et la dernière visite remonte à plus de 7ans. Mais globalement elle est satisfaite de sa bouche malgré le ressenti d'une bouche sèche.

Toutefois, on observe chez la majorité des résidents une dimension verticale diminuée, de la plaque dentaire et/ou du tartre, des résidus alimentaires en bouche et des prothèses usées et entartrées inadaptées.

Ainsi, l'hygiène n'est pas du tout satisfaisante, il y a un grand nombre de prothèses à réhabiliter.

Le constat est négatif, mais les résidents sont satisfaits, donc la demande ne va pas venir du résident.

Les habitudes d'hygiène doivent donc être mises en place par le personnel soignant et doit être intégré systématiquement à la toilette classique, sans se poser de question.

Dans une étude menée en Essonne par l'Assurance Maladie en 2002, sur l'état bucco-dentaire des personnes âgées en établissement, il avait été mis en évidence que le seul facteur influant sur le besoin en soins est la présence ou non de vacations ou d'une filière de soins bucco-dentaires (praticien correspondant, majoritairement libéraux, le transport s'effectuant par VSL, taxi, ambulance ou par la famille) dans l'établissement.

Dans l'étude de Hogard à Senones en 2006, tout comme dans de nombreux établissements, malgré l'existence d'une filière de soins, les résidents ne bénéficient de soins dentaires qu'en cas de douleur ou d'inconfort (Simons et *al.*, 2001).

Il existe une grande disparité dans la prise en charge bucco-dentaire d'un établissement à l'autre, allant du cabinet dentaire intégré, à la possibilité d'adresser à un service odontologique hospitalier en passant par le recours à des dentistes libéraux.

Ainsi, il semble primordial de savoir si le personnel soignant est attentif aux problèmes bucco-dentaires des résidents, à leurs plaintes avant de savoir si

l'établissement dispose d'une filière de soins. Il est important que l'hygiène bucco-dentaire quotidienne soit assurée.

Enfin, même si la bouche du sujet âgé peut être le lieu de lésions et de dysfonctionnements (xérostomie, mycose, édentation, dysgueusie, troubles de la déglutition...), il s'agit aussi d'un organe de plaisir, de tendresse, de transmission du savoir, de communication et de partage.

2. LE PERSONNEL SOIGNANT

2.1. INTRODUCTION

La consultation, réalisée auprès de chaque résident pour notre étude, a révélé très rapidement un constat général négatif concernant l'état bucco-dentaire. La plupart d'entre eux ayant des problèmes d'autonomie, c'est le personnel soignant qui devient le maillon indispensable à toute action d'hygiène.

À partir de ces données, est née l'idée de réaliser également un questionnaire auprès du personnel soignant et plus particulièrement concernant leur formation au sujet de l'hygiène bucco-dentaire. Nous pouvons alors évaluer la capacité de chaque acteur à prendre en charge le résident dans la discipline qui nous intéresse.

Toutefois, le terme de « soignant » revêt une signification particulière dans le sens où nous y avons englobé tout le personnel qui aide la personne âgée, lui apporte un soutien moral, une assistance à l'hygiène.

2.2. MATERIELS ET METHODES

2.2.1. DEROULEMENT DE L'ENQUETE ET RECUEIL DES DONNEES

Nous avons rédigé le questionnaire de façon à ce que les personnes puissent le remplir très rapidement et de façon anonyme. Nous souhaitons la mobilisation la plus importante possible de la part du personnel et de façon objective. Celui-ci se divise en 3 parties :

- un questionnaire personnel individuel,
- un questionnaire sur l'hygiène et la cavité buccale,
- un questionnaire à propos de leur formation sur la cavité buccale.

Nous avons mis ces questionnaires à disposition des soignants en mai 2008 et nous les avons recueillis jusqu'en août 2008.

2.2.2. POPULATION

La population est constituée par l'ensemble des soignants et des personnes travaillant au contact de la personne âgée de la maison de retraite de Dommartin-sur-Vraine ayant répondu à notre questionnaire.

2.2.3. PARAMETRES ETUDIES

2.2.3.1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nous souhaitons connaître la fonction au sein de la maison de retraite, l'âge et le sexe de la personne ayant répondu. Nous avons également voulu savoir pour chaque personne, si ce poste en maison de retraite est le premier du genre et depuis combien de temps elle l'occupe.

2.2.3.2. RENSEIGNEMENTS SUR LEUR PARTICIPATION A L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DES RESIDENTS

2.2.3.2.1. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Nous voulons savoir si tout le personnel est amené à s'occuper du résident d'un point de vue global et non bucco-dentaire et ce, à quelle fréquence : tous les jours / parfois / jamais.

2.2.3.2.2. PARTICIPATION A L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

Cette fois, nous cherchons à savoir si le personnel ayant répondu à notre questionnaire participe à l'hygiène bucco-dentaire de la personne âgée, et ce, à quelle fréquence : 1fois par jour / 2fois par jour / plus / jamais / parfois.

2.2.3.2.3. COMMENT PARTICIPENT-ILS A L'HYGIENE BUCCO- DENTAIRE

Lorsque le personnel déclare participer à l'hygiène bucco-dentaire, nous voulons savoir comment cela se manifeste, quelle importance prend cette aide dans la réalisation des soins de bouche et ce, à quelle fréquence (1 fois par jour, 2 fois par jour, plus, jamais).

Ainsi, nous leur proposons plusieurs items :

- préparation du matériel de brossage,
- aide au brossage en bouche,
- aide au brossage de la prothèse,
- utilisation de bain de bouche,
- utilisation d'adjuvant,
- utilisation d'agent adhésion.

2.2.3.3. RENSEIGNEMENTS SUR LEUR FORMATION

Il nous semble pertinent de nous renseigner sur la formation reçue par le personnel participant ou réalisant l'hygiène bucco-dentaire, afin de nous rendre compte si elle est suffisante pour remplir ce rôle.

Nous leur avons donc posé différentes questions :

- leur a-t-on parlé de l'hygiène bucco-dentaire ?
- les a-t-on formés à l'hygiène bucco-dentaire ?
- ont-ils acquis des connaissances sur : les prothèses dentaires, les pathologies carieuses, les pathologies muqueuses ?
- leur formation leur semble-t-elle suffisante ?

Nous demandons également à chaque personne si elle souhaite aborder un sujet en particulier, et nous avons laissé une réponse ouverte afin de connaître leurs questions.

2.2.3.4. RENSEIGNEMENTS SUR LEURS CONNAISSANCES ACTUELLES

Il nous semble également essentiel de mettre en parallèle les renseignements obtenus sur leur formation avec leurs connaissances actuelles à l'aide de quelques questions :

- savez-vous reconnaître une prothèse amovible d'une prothèse fixée ?
- savez-vous reconnaître une prothèse partielle amovible d'une prothèse complète ?
- savez-vous reconnaître une lésion buccale ? une ulcération ? une mycose ?

2.2.3.5. RENSEIGNEMENTS SUR LES DIFFICULTES RENCONTREES

Enfin, après ces renseignements obtenus, il nous semble essentiel de savoir si le personnel rencontre des difficultés à accomplir l'hygiène bucco-dentaire, et s'il ressent du dégoût lors de sa mise en œuvre.

De la même façon que pour les résultats du questionnaire précédent, nous avons exploité l'ensemble des données recueillies sur informatique grâce au logiciel STATVIEW 4.1 pour Macintosh en codifiant certains items de la fiche clinique, et avons utilisé des tests de comparaison entre des séries de données afin d'évaluer si la différence est significative ou non.

2.3. RESULTATS ET DISCUSSION

Nous avons laissé 40 questionnaires à disposition du personnel de la maison de retraite (correspondant au nombre de personnes y travaillant au moment de notre étude) et en avons récupéré un peu plus de 50 %, soit 23 questionnaires.

2.3.1. FONCTION, SEXE, AGE DU PERSONNEL

Les membres du personnel ayant répondu à notre enquête sont en majorité des ASH (10 soit 43%) et des aide-soignants (8 soit 35%). Mais nous comptons aussi des infirmières (2 soit 9%), des étudiants stagiaires infirmiers (9% également) ainsi qu'une animatrice, ayant été aide-soignante elle-même durant 20 ans.

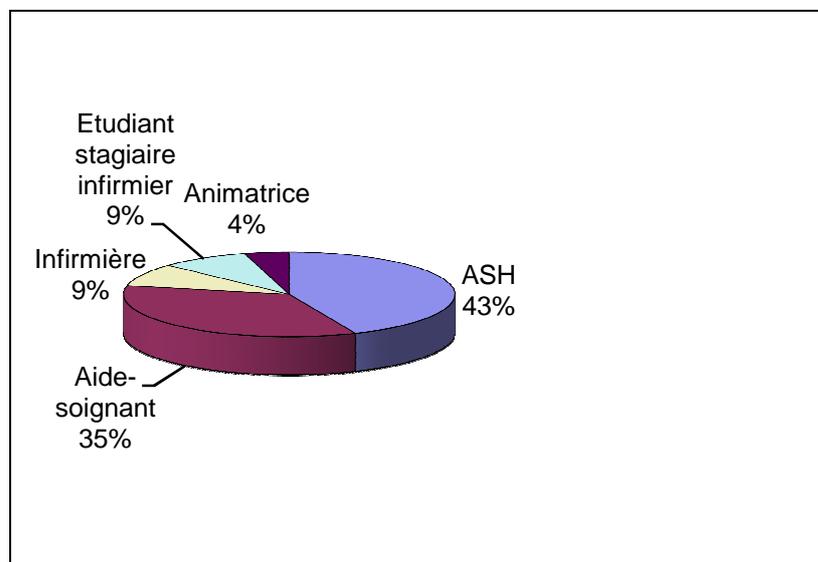


Tableau 34 : Fonction occupée par le personnel

L'infirmière devrait avoir un rôle :

- d'information : informer le résident au sujet de ses dents, sa bouche ; relayer des informations concernant les règles essentielles de prévention mais aussi les inciter à la réalisation de soins dentaires.
- d'éducation : former les personnes âgées à réaliser leur hygiène bucco-dentaire, par des explications mais aussi en pratiquant concrètement les gestes devant le patient.
- de conseil : auprès du résident à propos des produits à utiliser, des méthodes de brossage, des aliments à proscrire et au sujet de la nécessité à consulter les professionnels de santé spécialisés.

L'infirmière travaille en collaboration avec ses collègues infirmiers, aide-soignants, chirurgiens-dentistes, médecins... L'infirmière a un rôle pivot entre l'équipe soignante, le résident, et sa famille.

Dans 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 : « ...relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes... ».

L'infirmière devrait donc d'après cet article, prodiguer les soins d'hygiène bucco-dentaire, dépister les pathologies de bouche (mycoses, inflammations...) et alerter dès les premiers signes d'alerte le chirurgien-dentiste du patient.

D'après l'article 4 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002, « l'infirmier peut, sous sa responsabilité, assurer les actes acquis et les soins dispensés dans un établissement hospitalier relevant de son propre rôle avec la collaboration d'aides-soignants (...) qu'il encadre et dans la limite des qualifications reconnues de ces derniers du fait de leur formation ».

L'article 5, de ce même décret, précise quant à lui que « dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants, visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement,
- soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ».

Il faudrait que le personnel soignant puisse être en mesure de détecter les troubles, d'apprécier l'état bucco-dentaire des résidents pour alerter rapidement le corps médical, sans attendre un stade plus évolué révélé par des perturbations du sujet âgé comme des troubles du sommeil, des douleurs ou le refus de s'alimenter.

Notons toutefois que certains résidents atteints de démence peuvent ne pas accepter qu'un soignant réalise l'hygiène bucco-dentaire à leur place ; d'autres résidents refusent de coopérer et ressentent comme une agression par des gestes simples.

Ainsi, ces articles mettent l'accent sur la notion de compétences acquises lors d'une formation et précisent également le rôle de chacun dans l'hygiène du patient. L'hygiène bucco-dentaire est une composante de l'hygiène. Il est ainsi surprenant de constater que 38% des personnes ayant répondu à notre questionnaire, n'ont pas reçu de formation à ce sujet.

Les infirmiers et aide-soignants ne savent généralement pas bien comment se positionner par rapport au résident, ne connaissent pas les techniques de brossage, les risques que peut occasionner un mauvais état dentaire chez un patient déjà fragilisé par des pathologies. C'est autant de méconnaissances qui compromettent fortement la pratique de l'hygiène bucco-dentaire pour les résidents.

Le personnel soignant est majoritairement représenté par des femmes (91%, N=20).

La maison de retraite de Dommartin-sur-Vraine est la première affectation pour les 3/4 des employés (N=18). Cette équipe de travail est jeune avec les 3/4 du personnel âgés de 45 ans et moins (N=18), et près de la moitié a moins de 30 ans (N=11).

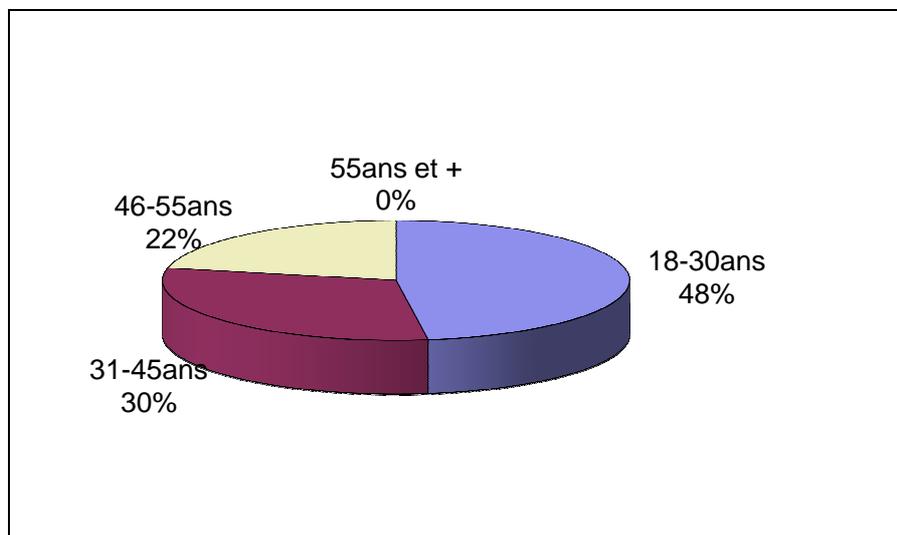


Tableau 35 : Répartition du personnel selon l'âge

2.3.2. PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

Les résultats de notre enquête montrent que les résidents sont pris en charge quotidiennement par plus des 3/4 du personnel (N=19).

Ce qui est surprenant, c'est qu'à part une ASH qui ne prenait jamais en charge les patients, tout le monde déclare les prendre en charge de façon épisodique, voire tous les jours quelque soit la catégorie professionnelle représentée, ceci vaut aussi pour la participation à l'hygiène bucco-dentaire.

Par contre, un peu moins de la moitié du personnel participe à l'hygiène bucco-dentaire une fois par jour (N=11), et personne n'y participe plus de 2 fois par jour.

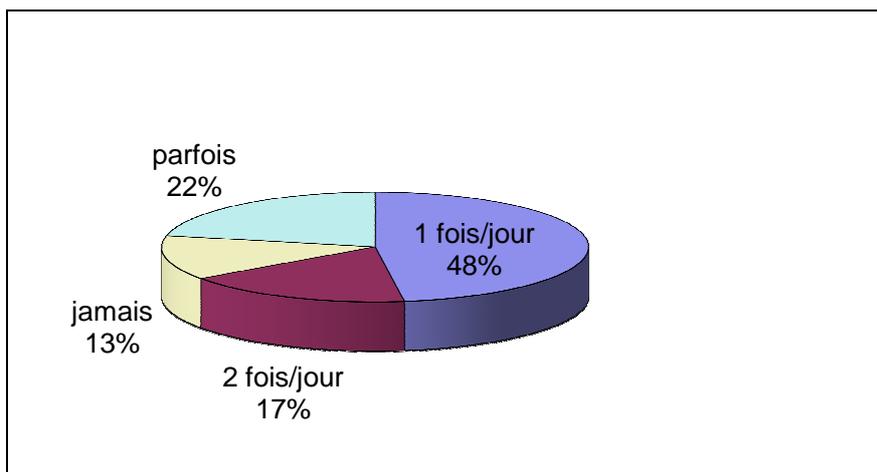


Tableau 36 : Fréquence de participation à l'hygiène bucco-dentaire

Le personnel le plus fréquemment impliqué dans la préparation du matériel et l'aide au brossage se trouve être le groupe des aides-soignants, alors que tous n'y participent pas. Les ASH sont également fréquemment impliquées dans l'aide au brossage.

La fréquence moyenne de l'aide au brossage est inférieure à 1 fois par jour et est de 1 fois par jour pour la préparation du matériel.

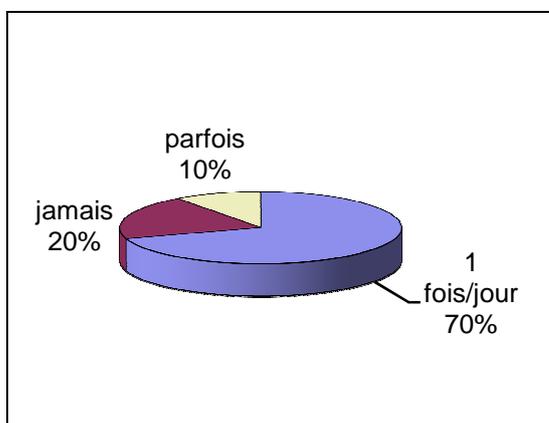


Tableau 37 : Fréquence de préparation de la brosse à dents, dentifrice et gobelet

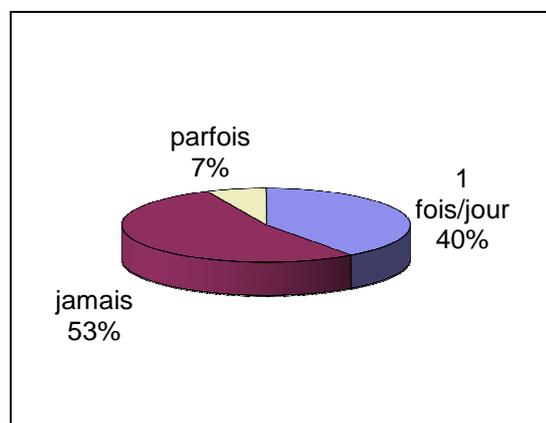


Tableau 38 : Fréquence de l'aide au brossage en bouche

Ces résultats peuvent être biaisés par le fait qu'il y ait une équipe du matin et une équipe du soir. Nous pouvons alors supposer qu'il y aurait plus d'un soin par jour.

Par contre les soins de bouche comme la délivrance d'un bain de bouche sont réalisés par les infirmières.

Nous nous rendons compte que l'aide au brossage de la prothèse se fait essentiellement 1 fois par jour.

Il faut savoir que la prothèse elle-même, ainsi que les dents naturelles résiduelles retiennent la plaque dentaire et les résidus alimentaires.

L'hygiène bucco-dentaire est nécessaire à l'élimination de ces facteurs favorables aux infections, aux candidoses, aux caries dentaires, aux ulcérations et permet ainsi de maintenir un bon équilibre au niveau de la bouche et de préserver l'état général du résident.

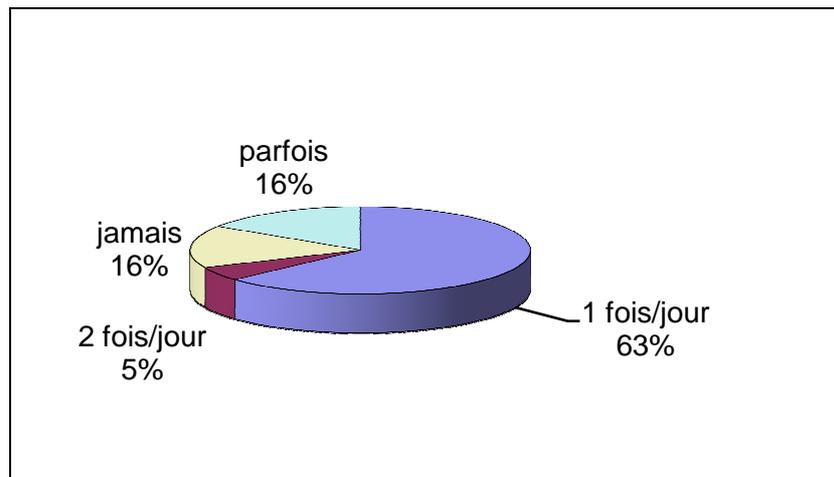


Tableau 39 : Fréquence de l'aide au brossage de la prothèse

41% (N=7) des soignants utilisent des comprimés nettoyants qui sont un complément au brossage.

Si nous utilisons ces comprimés sans brossage, leur action nettoyante est alors limitée car c'est l'effet mécanique qui permet de décoller la plaque. Les agents de nettoyage ne pénètrent que superficiellement au contact de la prothèse. Ainsi, un trempage prolongé s'avère être inefficace s'il n'est pas accompagné d'un brossage consciencieux. D'autre part, l'utilisation de ces produits n'est pas sans risque de causer une allergie.

40% (N=6) du personnel soignant emploient quotidiennement des adhésifs.

Pour certains patients, le recours à un adhésif se justifie comme une aide psychologique, comme une aide au maintien en « sociabilité » et comme une aide à l'efficacité fonctionnelle. Par contre, l'utilisation de ces adhésifs est à proscrire si l'hygiène est incorrecte ou non contrôlée efficacement, notamment en cas de troubles salivaires.

2.3.3. FORMATION INITIALE

Nous avons interrogé les différentes personnes de l'équipe au sujet de leur formation professionnelle, à propos de la bouche, des pathologies rencontrées telles que les caries dentaires et autres manifestations buccales anormales, de l'hygiène bucco-dentaire et de la réhabilitation prothétique.

Les résultats obtenus montrent que leur formation initiale théorique et pratique sur l'hygiène bucco-dentaire n'a pas été abordée pour 70% (N=14) du personnel.

De même, seulement 38% des personnes ont entendu parler de la réhabilitation prothétique (N=8).

Ainsi, 76% des soignants estiment que leur formation à l'hygiène bucco-dentaire est insuffisante (N=16).

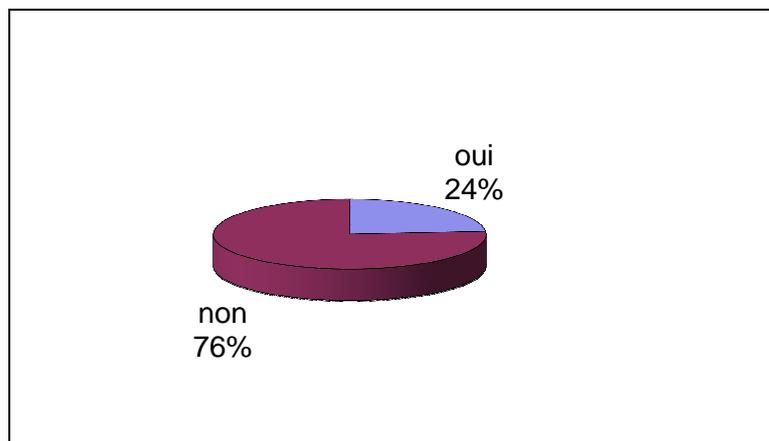


Tableau 40 : Formation suffisante à l'hygiène buccodentaire

Budtz-Jørgensen et Mojon ont déjà montré en 2000, que seulement 31% des membres de l'équipe médicale des maisons de retraite de Genève ont reçu des instructions sur la façon de prendre en charge l'hygiène dentaire des résidents.

En 2001, dans l'enquête de Dorin et de son équipe, 27% des soignants des EHPAD de l'Essonne ont répondu que l'hygiène bucco-dentaire n'avait pas été envisagée dans leur formation.

De plus, 37% des soignants des deux établissements de longs séjours visités par El Maazy en 2005, n'ont pas eu de formation en qualité d'hygiène bucco-dentaire, et surtout aucun membre interrogé n'a reçu de formation complémentaire aux enseignements acquis au cours de leur formation initiale.

Blank et ses collègues en 1996, ont également montré l'impact positif de toute nouvelle formation sur l'hygiène bucco-dentaire.

Ainsi, une étude suisse a été menée avec pour but d'évaluer l'efficacité d'un programme de prévention et d'information du personnel médical (Mojon et Rentsch, 1998).

Ce programme de 45 minutes était présenté par un hygiéniste dentaire et comprenait :

- des informations et des démonstrations pratiques sur la prise en charge du brossage chez un patient dépendant,
- des explications sur l'étiologie de la carie et de la maladie parodontale,
- des conseils basiques sur l'alimentation.

Une réévaluation des connaissances tous les trois mois, pendant un an, assurait la pérennité de l'enseignement.

Ainsi, le rôle d'hygiéniste dentaire, combiné à une politique de formation à la santé orale commence à se faire ressentir grâce aux résultats positifs obtenus.

En France, la profession d'hygiéniste n'est pas reconnue et seul le chirurgien-dentiste est en mesure de remplir ce rôle éducatif.

D'autres enquêtes épidémiologiques sur l'efficacité d'un programme de formation à l'hygiène bucco-dentaire ont été entreprises.

À partir d'une étude portant sur une année dans un établissement danois pour personnes atteintes de troubles sévères du comportement, le personnel soignant a bénéficié d'un enseignement pratique comprenant la réalisation de consultations orales (recensement des besoins) et de soins de bouche appropriés.

La visite d'un hygiéniste dentaire, tous les trois mois, permettait alors de trouver des réponses aux éventuelles questions ou difficultés rencontrées (Vigild et Brink, 1998).

Au Canada, l'accent est porté sur une formation des équipes médicales à la prévention bucco-dentaire et au dépistage des pathologies buccales.

Ainsi, les pouvoirs publics commencent à assurer le financement de ces enseignements en suivant la logique du « mieux vaut prévenir que guérir » (Wyatt, 2002).

2.3.4. PERCEPTION INDIVIDUELLE DES CONNAISSANCES

La majorité du personnel admet ne pas savoir reconnaître une prothèse amovible d'une prothèse fixée (60% d'entre eux (N=12)), ni une prothèse amovible partielle d'une prothèse complète (80% d'entre eux (N=16)).

De même, 70% des soignants ne savent pas reconnaître une lésion ou une ulcération buccale, ni une mycose buccale (N=14).

Ces chiffres nous interpellent car ce sont les soignants qui assurent l'hygiène bucco-dentaire dans la majorité des cas. Nous pouvons nous interroger alors, sur le fait que ces soignants ne manipulent peut-être pas aisément les prothèses comme il se devrait, étant donné qu'ils ne savent pas les reconnaître.

De même, il est dommage que ces personnes ne sachent pas reconnaître une lésion buccale alors que cela permettrait de la soigner à un stade précoce.

Ainsi, malgré la formation reçue pour certains d'entre elles, nous nous rendons compte qu'elle n'est pas complète ou en tout cas pas suffisamment répétée et actualisée.

2.3.5. DIFFICULTES RENCONTREES

Nous nous sommes rendus compte que le personnel de la maison de retraite n'est pas très à l'aise avec les manipulations et les soins en bouche des résidents.

En effet, 2/3 des personnes interrogées (N=12) rencontrent des difficultés quant à la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire et plus de la moitié ressent de la gêne (N=10) voire du dégoût à la pratiquer, même en ayant conscience de l'importance de ces soins.

Une soignante en particulier confie que tous les soins bucco-dentaires la « répugnent », la « dégoûtent ».

Le personnel éprouve également la peur de faire mal, se sent démuni face à ces gestes, et ressent au final une grande insatisfaction dans la réalisation de ses actes au quotidien.

Ces réflexions sont d'ailleurs rapportées également par Gronert en 1995 à qui certains membres du personnel soignant confient que « nettoyer les bouches ou les appareils est socialement inacceptable et déplaisant ».

Par ailleurs, l'halitose et une hygiène orale pauvre peuvent être une expérience très désagréable pour le personnel soignant qui peut même ressentir du dégoût pour le patient (Barnett, 1991).

D'autres études révèlent que beaucoup d'équipes soignantes n'aiment pas réaliser l'hygiène bucco-dentaire, mais apprécient d'être formées et sont tout

simplement rassurées de savoir qu'elles peuvent porter des gants pour réaliser ces soins (Fiske et Lloyd, 1992).

Dans cette même étude, 43% des soignants reconnaissent ne pas assurer régulièrement l'hygiène buccale par manque d'effectif, Il s'agit du problème majeur rencontré dans le secteur de la santé.

De plus, 54% des soignants disent manquer de temps pour réaliser les soins d'hygiène bucco-dentaire et reconnaissent qu'il s'agit de la conséquence logique du manque de personnel.

Dans les maisons de retraite, la proportion de population dépendante est si élevée qu'elle est chronophage pour le personnel soignant. Les aide-soignants chargés de la toilette ne peuvent pas passer le temps nécessaire à cette tâche, et 40% d'entre eux suppriment alors les soins de bouche, leur accordant une importance secondaire vis-à-vis d'autres soins.

Les structures de soins gériatriques n'ont pas les moyens humains ni financiers. Les places disponibles au concours d'entrée de formation aux soins infirmiers n'ont pas augmenté alors que les besoins de santé augmentent. De ce fait, le gouvernement rapatrie du personnel étranger moins coûteux (leur formation n'étant pas à sa charge) mais ne maîtrisant pas toujours la langue française (posant des problèmes de communication avec le personnel et les résidents) et n'ayant pas forcément reçu la même formation de base.

De plus la gériatrie ne fait pas partie des préférences des jeunes diplômés (DORIN et *al.*, 2002).

Dans l'enquête en 2004, El Maazy montre que 22% des résidents ne possèdent aucun matériel d'hygiène bucco-dentaire.

En effet, les outils indispensables à une hygiène bucco-dentaire normale sont très rarement fournis, et la demande auprès des familles n'est pas toujours accomplie.

Dans certains établissements de longs séjours, il est encore fréquemment utilisé un bâton de mousse en guise de brosse à dents, alors que cette dernière est plus efficace et moins chère (Fiske et Griffith, 2000).

Les soignants sont ainsi dépendants de ce que peut fournir le résident et du matériel qui lui est mis à disposition.

Un autre constat montre aussi un manque d'intérêt ou de connaissances et de formation de la plupart des équipes soignantes pour les soins de bouche (Miller et Rubenstein, 1987). En effet, elles rencontrent des difficultés techniques pour réaliser l'hygiène bucco-dentaire de la personne dépendante, ayant un comportement difficile ou exprimant un refus.

Par exemple, dans l'étude menée en 2004 par El Maazi, dans les établissements Saint Charles et Saint Rémy à Nancy, 50% des soignants avouent que ces soins sont difficiles à coordonner et à réaliser.

De plus, nous constatons de nombreuses idées fausses répandues chez les soignants : « la perte des dents et la sécheresse buccale sont des manifestations du vieillissement », « on ne prend rendez-vous chez le dentiste qu'en cas de douleur », « l'hygiène buccale ne fait pas partie de l'hygiène corporelle », « les personnes mangeant une alimentation mixée n'ont plus besoin de se brosser les dents »...

Il est nécessaire d'informer ou de former les personnes et notamment le corps médical afin de rétablir les vérités et les nécessités à ce sujet.

Ces attitudes peuvent avoir de sérieuses conséquences, comme conduire au développement de maladies systémiques par manque d'hygiène (Trenter-Roth et Creason, 1996).

A la fin du questionnaire nous avons demandé aux soignants de proposer des sujets qu'ils souhaiteraient aborder lors d'une prochaine rencontre. Voici les quelques questions les plus fréquentes retenues : « Comment réaliser les soins dentaires en cas de refus ? », « Que faire dans le cas des personnes en fin de vie ? », « Comment prendre en charge l'hygiène bucco-dentaire en cas de pathologie muqueuse ? ».

Par ailleurs, une personne aimerait faire prendre conscience aux soignants et aux résidents que les prothèses sont à retirer au coucher et qu'elles doivent être brossées avant d'être rangées dans la boîte et souhaiterait permettre aux résidents de nettoyer eux-mêmes leur prothèse en leur laissant à portée de main le matériel nécessaire ».

Une autre personne aimerait aborder le sujet des cancers oro-faciaux. En effet, elles sont les principales intervenantes susceptibles de découvrir suffisamment tôt une lésion suspecte.

Enfin un soignant souhaiterait que l'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire soit approfondi lors de leur formation et que des remises à niveau soient faites au cours de formations continues.

2.4. CONCLUSION

Ainsi, le personnel ayant répondu à notre enquête était en majorité constitué d'ASH et d'aide-soignants, plutôt jeunes, et de sexe féminin. Pour la plupart, il s'agissait de leur première expérience.

La participation aux soins de bouche se manifeste par la préparation du matériel adéquat 1 fois par jour. Cependant, moins de la moitié du personnel concerné aide le résident à se brosser les dents, et ce, le plus souvent moins d'1 fois par jour.

La majorité des personnes interrogées estime leur formation à l'hygiène bucco-dentaire insuffisante et ne pourrait pas reconnaître une prothèse amovible d'une prothèse fixée, ni une prothèse amovible d'une prothèse partielle. Par ailleurs, la reconnaissance d'une lésion, d'une ulcération ou d'une mycose buccale se révèle être impossible. Ceci est problématique car ce sont les seules personnes qui approchent la bouche de la plupart des patients quotidiennement.

De plus, elles confiaient ressentir des difficultés voire une gêne ou un dégoût quant à la réalisation des soins de bouche.

D'après les résultats obtenus, notre constat est le suivant :

- il existe une « carence » importante dans la formation des soignants en matière d'hygiène bucco-dentaire, alors que c'est le personnel pourtant qui se trouve aux premières loges dans la prise en charge de la personne âgée.
- aucun protocole de soins n'est suivi, ce qui laisse à chacun la liberté de réalisation des actes. Une réflexion autour de l'information et de la formation du personnel est donc nécessaire pour que la prise en charge de l'hygiène soit effective et qu'elle apporte un réel confort pour le résident. Le chirurgien-dentiste, ainsi que les organismes de formation, ont un grand rôle à jouer.
- la responsabilité du personnel soignant est engagée dans la bonne réalisation des soins d'hygiène et dans le signalement des lésions buccales observées. Il est le seul à jouer ces 2 rôles très importants dépendants,
- entretenir les prothèses,
- aider les plus autonomes à réaliser eux-mêmes ces actes,

- mettre en place les adhésifs sur les prothèses mal adaptées,
- appliquer les gels de substitution salivaire chez les patients souffrant d'hyposialie,
- faire faire les bains de bouche recommandés.

Le personnel soignant a donc un rapport privilégié avec les résidents. Il est en première ligne face aux plaintes, aux changements de comportements, au refus de s'alimenter et de se laver. Il joue un rôle majeur dans leur bien-être physique et moral auquel contribue l'hygiène bucco-dentaire. Il doit dépister les pathologies bucco-dentaires, définir les besoins en soins et juger de la nécessité d'orienter le résident vers une structure de soins, ou un cabinet dentaire.

Et tout manquement à cette obligation de soigner par refus ou réticence peut être jugé comme de la maltraitance passive envers le patient.

Les travaux de Wardh et de son équipe, menés auprès de 398 soignants en Suède en 1996, rapportent cependant, le fait que les soins dentaires représentent l'aspect le plus ingrat de leur travail. En fait, ceci serait le plus souvent dû à un manque de coopération de la part des résidents. 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. La raison la plus commune évoquée, pour ne pas assurer ces soins d'hygiène, est que les résidents eux-mêmes ne veulent pas être aidés.

De plus, avec une seule heure de formation dans leur cursus initial, les infirmiers ne sont pas préparés au maintien d'une hygiène bucco-dentaire des résidents, et encore moins au dépistage des pathologies bucco-dentaires.

Par ailleurs, une étude concernant 100 EHPAD de Poitou-Charentes réalisée par l'URCAM et publiée en juin 2004, révèle que 9% des directeurs des établissements ignorent le niveau d'hygiène bucco-dentaire délivré aux résidents par leur personnel soignant, et que 77% de ces directeurs estiment que leur personnel soignant est insuffisamment formé à l'hygiène bucco-dentaire.

Parmi ces 77% de directeurs non satisfaits du niveau de formation de leur personnel soignant à l'hygiène bucco-dentaire, 59,7% ont déclaré ne pas avoir la possibilité de les orienter vers un organisme formateur.

Il s'avère donc nécessaire d'inclure un module d'enseignement bucco-dentaire dans la formation initiale des infirmiers et des aide-soignants. De plus, il semblerait que les formations complémentaires seraient plus efficaces si elles étaient menées par quelqu'un faisant partie de l'établissement, connaissant les conditions de travail et restant présent pour trouver des solutions aux difficultés rencontrées.

Se pose aussi le problème du turn-over du personnel, avec les nouveaux soignants qui arrivent dans l'établissement et qui n'ont pas reçu de formation complémentaire à l'hygiène bucco-dentaire.

Ainsi, selon Mc Entee, en 1999, la solution serait de former une équipe de spécialistes qui, en échange d'une compensation financière, formerait les nouveaux arrivants.

Il semble alors nécessaire que les notions de santé bucco-dentaire récemment acquises, soient réactivées par les chirurgiens-dentistes et le médecin coordonateur.

Il faudrait envisager des protocoles simples, n'entraînant pas un surplus de travail pour les soignants et respectant leur ergonomie afin de les inciter à pratiquer l'hygiène bucco-dentaire régulièrement.

3. LE CHIRURGIEN-DENTISTE

Notre enquête auprès des résidents de la maison de retraite et du personnel soignant souligne un constat irréfutable : la population vieillissante, grâce aux progrès de la médecine, devient de plus en plus dépendante au quotidien des personnes qui l'entourent, aussi bien dans le déplacement que dans l'hygiène.

C'est dans ce contexte alors, que le personnel soignant est censé s'occuper du résident et lui apporter l'aide nécessaire à l'exécution de son hygiène, et notamment bucco-dentaire. Cependant, un manque d'effectif et de temps, ainsi qu'un défaut de formation sur les soins de bouche, font que ce personnel néglige trop souvent l'hygiène bucco-dentaire du résident.

C'est pourquoi, un 3^e acteur qui pourrait apporter une solution s'impose donc : le chirurgien-dentiste. Il pourrait répondre aux questions et aider le personnel dans sa démarche d'aide à l'hygiène, tout en préservant la bonne santé bucco-dentaire du résident.

Malheureusement, nombreux sont les chirurgiens-dentistes qui ne se sentent pas ou plus responsables de leurs patients qui partent en maison de retraite (Miller et *al.*, 1968).

L'expérience montre aussi qu'en gérodontologie, l'assainissement des pathologies arrive à peine à freiner l'apparition de nouvelles lésions. C'est pourquoi, le maintien de la santé orale par la prophylaxie de base, doit être une priorité, même si cela impose un changement de mentalité de la part des chirurgiens-dentistes (Wiehl, 1990).

D'autant plus que la difficulté de réalisation des soins curatifs chez les personnes âgées dépendantes accentue cette priorité.

Cette prévention doit s'effectuer dans un premier temps, grâce à des programmes de visites dans les institutions, (qui permet d'éviter le déplacement de patients parfois difficilement transportables, pour des actes nécessitant peu de matériel), car elle repose sur la motivation à l'hygiène.

Le rôle principal du praticien est alors l'enseignement au personnel soignant de l'institution, à une hygiène adaptée à chaque patient. Puis, il faut mettre en place des séances de motivation auprès des résidents, progressives et répétées selon le degré de compréhension et d'agilité manuelle de chacun, et lors desquelles des conseils alimentaires y sont également donnés.

La prévention doit s'effectuer dans un second temps, sous forme de consultations et de soins préventifs. Ces dépistages réguliers évitent des

déplacements inutiles. Mais l'exercice conventionné fixant la tarification des traitements n'est pas compatible avec cette forme de prise en charge, et l'absence de nomenclature, transforme la mission de santé publique du praticien en un devoir caritatif.

Pour être efficace, l'ensemble des mesures instaurées doit donc résulter en une attaque simultanée sur trois fronts : protéger les dents, surveiller l'alimentation et l'hydratation du patient, et combattre les bactéries cariogènes (Mouton, 1984).

D'après la triade de Keyes, nous savons que la carie dentaire résulte de l'interaction simultanée de trois groupes de facteurs causaux : facteurs liés à la dent elle-même, facteurs liés à la présence sur les surfaces dentaires d'une flore microbienne cariogène et facteurs liés au régime alimentaire.

Ces mesures se résument globalement par l'adaptation d'une hygiène adéquate, par l'application topique de fluor, et par l'adaptation du régime alimentaire.

Pour les patients fortement dépendants, la prévention se fait surtout par une formation spécifique des soignants, alors responsables des soins d'hygiène pratiqués à ces patients.

Le praticien est responsable de la mise en place de protocoles de soins à adapter à chaque patient et doit également évaluer les progrès accomplis.

3.1. ROLES DU CHIRURGIEN DENTISTE

3.1.1. VIS-A-VIS DES PATIENTS

3.1.1.1. CONSULTATION INITIALE

Il s'agit d'établir un constat bucco-dentaire du nouveau patient lors de son entrée dans l'institut, afin de connaître sa bouche et ses pathologies et d'éviter ainsi, les situations d'urgence. Il faudrait éventuellement penser à créer un statut de « chirurgien-dentiste coordonnateur » de la même façon qu'il existe un « médecin coordonnateur ».

Les rendez-vous seront pris aux heures les plus calmes de la journée sauf urgence. Il faut souvent composer avec les horaires de visite du médecin ou de la famille, voire des émissions télévisées. L'ambiance du cabinet doit être agréable : ces patients ont souvent vécu des situations douloureuses renforçant leur anxiété et leur opposition. La réduction de l'inquiétude aide à diminuer la fatigue (Fiske, Griffith et Thompson, 2002).

Il faut développer l'enseignement, la motivation et le contrôle de l'hygiène bucco-dentaire et prendre en considération :

- le vieillissement bucco-dentaire,
- le degré de dépendance,
- la psychologie du sujet âgé,
- l'impact de certaines maladies et les facteurs de risque,

Le rôle du chirurgien-dentiste se situe donc à 3 niveaux :

- l'enseignement, la motivation à l'hygiène, les conseils de nutrition,
- le contrôle régulier pour dépister précocement les pathologies bucco-dentaires,
- le traitement curatif.

Afin de mettre en place une prévention convenable, il faut une coopération et une compréhension de la part du patient. Il faut établir un climat de confiance, être calme, avoir de la patience, et adopter une attitude respectueuse.

Toutefois, il faut amorcer le dialogue tôt, afin d'évaluer la compréhension et l'état psychologique du résident.

Les séances d'instruction et de motivation doivent être progressives et répétées régulièrement. La communication et les conseils doivent s'adapter aux capacités physiques et cognitives des personnes âgées (Pouyssegur et *al.*, 2005).

Les renseignements complémentaires nécessaires seront éventuellement demandés à la famille ou au personnel.

Nous présentons ci-dessous un exemple de ce que pourrait être une consultation sur place ou en cabinet, si le résident est motivé et valide.

- L'état civil : il permet de reconnaître le résident.
- Le questionnaire médical : il ne faut pas ennuyer le patient avec l'aspect médical, les renseignements pouvant être pris dans les cahiers d'entrée tenus par le personnel soignant à l'infirmerie. Une simple photocopie de la dernière ordonnance et le nom du médecin traitant suffisent.
- L'examen clinique : il ne faut pas oublier que ces patients sont plus difficiles à « manipuler » et plus sensibles aux postures d'examen fatigantes. S'asseoir, se tenir immobile demandent un contrôle de soi pas

toujours réalisable par les patients atteints de pathologies handicapantes (Vincent et Massicotte, 1993).

- L'examen radiologique : c'est la radiologie rétro-alvéolaire et panoramique. Cette dernière donne une vision globale de la bouche du patient. Mais nous n'avons pas toujours la possibilité de réaliser cet examen, notamment si le patient ne peut pas se déplacer dans un centre de radiologie
- Le diagnostic, le plan de traitement : ils doivent être expliqués au résident. C'est un moment de communication et d'explications avec le patient (ou la famille, ou le représentant) afin qu'il prenne conscience de sa santé buccale.

L'idéal serait que les futurs soins soient réalisés, soit en institution alors équipée d'un fauteuil portatif, soit au cabinet dentaire si le patient a la possibilité de se déplacer.

3.1.1.2. APPRENTISSAGE DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE AU PATIENT

L'enseignement et la motivation à l'hygiène suivent certaines règles : le brossage est enseigné avec clarté, lentement, en veillant à la bonne compréhension. Il est complété par une démonstration avec des modèles et du matériel nécessaire, comme une brosse à dents, ainsi que par l'utilisation de supports photographiques.

Les troubles mnésiques et le besoin d'accompagnement, rencontrés fréquemment chez le sujet âgé, imposent au praticien de fournir à son patient un document avec les procédures d'hygiène, expliquées clairement et simplement en gros caractères, à la fin de la séance. Il peut fournir également des échantillons de dentifrice : les cadeaux, toujours très appréciés, peuvent être perçus comme une récompense.

La méthode de brossage enseignée est alors la suivante : les dents et les gencives doivent être brossées après chaque repas, ou au minimum 2 fois par jour, après le petit déjeuner et au moment du coucher.

Le brossage est vertical de bas en haut pour les dents inférieures, et de haut en bas pour les dents supérieures, toujours de la gencive vers la dent, toutes les faces de la dent étant concernées.

Il faut commencer par la dernière dent en haut à droite et se déplacer jusqu'à la dernière dent en haut à gauche, en brossant les faces côté joues et lèvres. Il faut faire de même ensuite, en brossant les faces côté palais.

Ensuite, il faut terminer par les faces qui triturent ou mastiquent. Nous appliquons la même technique en bas.

Nous utilisons une brosse à dents souple, à tête courte, que nous rinçons après usage et que nous renouvelons régulièrement. Une brosse à dents électrique peut être employée pour ceux qui pensent que c'est efficace. Cela peut être utile pour une meilleure motivation chez le sujet âgé, compensant ainsi un manque de technique ou une certaine maladresse. Cependant, Bratel and Berggren en 1991, ont montré que l'élimination de la plaque dentaire par une brosse à dents électrique n'était pas supérieure à celle permise par la brosse à dents manuelle.

De plus, le dentifrice n'est qu'un adjuvant, et seule la brosse à dents et l'effet mécanique du brossage élimine la plaque dentaire.

Toutefois, le fluor est particulièrement indiqué sous la forme de dentifrice mais aussi de gel à application topique. En effet, le fluor est efficace dans la prévention des caries coronaires et radiculaires (Jensen et Kohout, 1988).

L'ajout d'agents anti-microbiens dans les dentifrices et bains de bouche rend ces produits plus efficaces dans la réduction de la plaque bactérienne et des gingivites associées (Mc Clanahan et *al.*, 1997).

Les brossettes interdentaires et le fil de soie sont utilisés pour éliminer la plaque inter- dentaire et masser la gencive. Pourtant, ils sont délicats à utiliser chez le sujet âgé. L'hydropulseur peut alors être un bon compromis.

Afin d'optimiser cette prévention, le patient doit avoir une consultation bucco-dentaire 2 fois dans l'année chez son praticien, au cours de laquelle l'hygiène est vérifiée et le protocole peut à nouveau être réexpliqué.

L'examen sert aussi à déceler des caries ou pathologies parodontales, et à envisager alors leur traitement.

Les prothèses sont examinées, rectifiées et polies pour éviter toute irritation ou blessure.

Enfin, un détartrage complet tous les ans est à effectuer, et les dents avec une mobilité acceptable, sans pathologie douloureuse ou infectieuse sont à conserver.

Afin d'assurer le respect de cette maintenance, il serait utile de relancer les invitations à la consultation par courrier à l'institution.

3.1.1.3. INTERCEPTION, SOULAGEMENT, SOIN, REHABILITATION

Le plan de traitement doit limiter le nombre de séances, être simple, être centré sur la prévention et permettre de maintenir une certaine qualité de vie. Ainsi, la suppression des syndrômes douloureux et des foyers infectieux ainsi que la motivation à l'hygiène sont réalisées en première intention.

Mais il faut aussi composer avec d'autres paramètres tels que les contre-indications aux soins, les plaintes et les doléances du résident, l'état de santé et de conscience du patient, les désirs de la famille, l'aspect financier....

Pour les patients coopérants, les racines résiduelles sont extraites, les soins et les prothèses fixées conservables non étanches sont étanchéifiées au verre ionomère ou refaites et les lésions carieuses sont traitées.

Pour les patients moins coopérants, nous agissons de la même façon mais pour les prothèses adjoindes nous préférons sans doute le rebasage à une réfection totale.

Pour les patients non coopérants, à cause de leur état de lucidité, la douleur n'est souvent plus exprimée verbalement. Il faudra donc prêter attention à tout changement de comportement. De plus, leur suivi bucco-dentaire est moins bien assuré, par abandon de la part des soignants et par la difficulté à la prise en charge de la part du chirurgien-dentiste.

Les personnes âgées dépendantes présentent un risque carieux élevé et nécessitent une fluoration topique : dentifrices aux fluorures d'amines (1250 ppm de fluorures) à associer avec d'autres molécules actives (chlorhexidine, ammonium quaternaire pour pallier aux insuffisances de brossage). Il faut aussi un suivi dentaire régulier, avec des nettoyages professionnels et l'application de vernis fluorés réguliers.

Ainsi, le personnel pourrait une fois par mois assurer un brossage avec une pâte dentifrice enrichie en fluor. L'utilisation de fluor protège la dent grâce à sa capacité à renforcer le cristal d'apatite superficiellement, contre la fuite de ses constituants minéraux et combat l'agent causal par ses propriétés antimicrobiennes.

L'administration de fluor devrait alors être une haute priorité pour toutes les personnes âgées dépendantes, en particulier chez celles où l'hygiène orale est pauvre et difficile à obtenir.

Une réduction de 30 à 50% du taux de carie justifie pleinement le recours à ce type de prévention anti-carieuse (Mouton, 1984).

L'établissement du plan de traitement va dépendre de l'examen bucco-dentaire et de l'état de dégradation du patient.

Ainsi, à partir du troisième âge, la psychologie du patient plus ou moins coopérant, son état général souvent altéré et le contexte bucco-dentaire plus ou moins favorable sont autant de facteurs qui influencent largement la décision de traiter ou d'extraire une dent.

De plus, en l'absence de radiologie (garder la bouche ouverte devenant difficile), un détartrage et un nettoyage minutieux des dents du sujet âgé devraient précéder tout examen clinique dans le but de déceler les lésions.

Pour l'éviction carieuse, des cavités réduites sont ainsi préparées dans la mesure du possible, en assurant la stabilité de l'obturation (Nepos, 1995). En effet, chez les personnes âgées, la sclérose et l'épaisseur dentinaire limitent le risque d'agression d'une pulpe dont les moyens de défense sont limités (Berenguer, 1984).

Le développement de matériaux adhérant aux tissus durs de la dent, détrône les matériaux traditionnels et en premier lieu l'amalgame (Forss, 1994). En effet, ce dernier nécessite pour sa rétention, des extensions traumatisantes pour les tissus dentaires sains. Mais lorsque des problèmes d'étanchéité contre-indiquent l'utilisation des résines composites, l'amalgame s'avère toujours très utile (Nepos, 1995).

Cependant, les ciments aux verres ionomères requièrent une technique opératoire moins rigoureuse qu'une obturation au composite et sont ainsi plus adaptés aux patients difficiles parfois impatients (Nepos, 1995). Il est préférable d'utiliser des ciments verres ionomères photopolymérisables permettant un travail plus rapide que les verres ionomères autopolymérisables. De plus, ces matériaux ne requièrent que le curetage de la lésion. Nous pouvons alors préserver les tissus dentaires sains, la diffusion de fluor permettant une reminéralisation ou une action cariostatique. Ils présentent une certaine adhésion aux métaux, permettant d'ajouter du matériau plutôt que de remplacer la totalité de l'obturation (Forss, 1984).

Il faut limiter les traitements endodontiques qui sont des actes longs et qui doivent être réalisés de façon rigoureuse. L'endodontie, chez le sujet âgé, peut être un acte difficile et un acharnement thérapeutique, et peut se révéler souvent plus iatrogène qu'un traitement partiel. Il faut donc préférer la conservation de la vitalité pulpaire à la dévitalisation ou à l'obturation canalaire incomplète pouvant alors conduire à une infection ultérieure.

Les actes chirurgicaux par contre doivent prendre en compte le contexte général, médical et psychologique du patient.

Il faut prendre des précautions vis-à-vis :

- du risque infectieux, avec la mise en place d'une couverture antibiotique chaque fois que le risque infectieux est avéré. De plus, avant tout acte chirurgical il faut s'assurer avec le médecin traitant de la prescription médicale idéale et minimale.
- de la douleur. Les doses efficaces d'anesthésie sont plus faibles car les tissus des patients âgés sont plus perméables. En plus, comme la vascularisation est réduite à cause de l'épaississement des parois artériolaires, le produit anesthésique n'est pas évacué aussi vite que chez les sujets jeunes) (Pouyssegur et *al.*, 2005).

Si nous procédons à une extraction, il ne faut pas oublier le risque de fracture et d'ankylose de la dent, et en cas de doute il ne faut pas hésiter à faire appel à un spécialiste.

La solution prothétique chez le sujet âgé se doit d'être simplifiée, confortable et évolutive face au risque d'aggravation de l'état général. Il s'agit donc toujours de proposer des thérapeutiques simples et efficaces en évitant de multiplier les séances qui devront toujours être courtes. (Ache, 1991)

La prothèse dentaire restaure et maintient la fonction manducatrice ou masticatoire : il faut rester simple et conservateur dans le choix thérapeutique.

Ainsi, devant une couronne mal adaptée qui induit une inflammation gingivale, il est préférable de meuler, polir les bords plutôt que de démonter systématiquement.

Toute prothèse amovible mal adaptée est source de blessure, d'inconfort et aggrave la résorption osseuse. Mais comme le patient en est plutôt satisfait, il faut lui proposer une réfection plutôt qu'un remplacement de la prothèse.

C'est pourquoi, les prothèses amovibles peuvent être réparées, réadaptées contrairement à la prothèse fixée. Ainsi, l'adjonction de dents prothétiques suite à une avulsion, la réfection d'un crochet, la réadaptation de la base prothétique (par mise en place de matériaux dans l'intrados des prothèses) sont des actes courants non invasifs, nécessitant seulement deux séances (empreinte et pose des prothèses réadaptées). De plus, ils peuvent être réalisés au lit ou fauteuil du patient.

Ainsi, la réhabilitation des prothèses d'usage chez le patient âgé permet de répondre aux difficultés techniques liées à l'âge (difficultés de déplacement, de compréhension, d'adaptation à des nouvelles prothèses) et ne l'engage pas dans une thérapeutique longue, complexe et onéreuse.

Pour les personnes dépendantes dont les mouvements sont limités, le port nocturne de prothèse est à proscrire en prévention des risques d'étouffement. De plus, cela permet une récupération visco-élastique de la muqueuse buccale par des mouvements nocturnes des lèvres, de la langue et des joues. Nous libérons aussi de ce fait, un milieu confiné avec colonisation de micro-organismes pathogènes (Prigent, 2005). Mais, il existe aussi des cas où la prothèse est très bien tolérée en cas d'habitude.

Corriger l'édentation par une prothèse n'est qu'une étape, il faut aussi savoir se servir de l'outil prothétique (Moynihan et *al.*, 2000). Ainsi, adopter un régime alimentaire adapté à ses besoins tout en prenant en compte les limites de la prothèse amovible est un véritable challenge. Il est donc essentiel d'accompagner le patient dans cette phase d'apprentissage.

De ce fait, pour permettre une mastication aisée, il faut que :

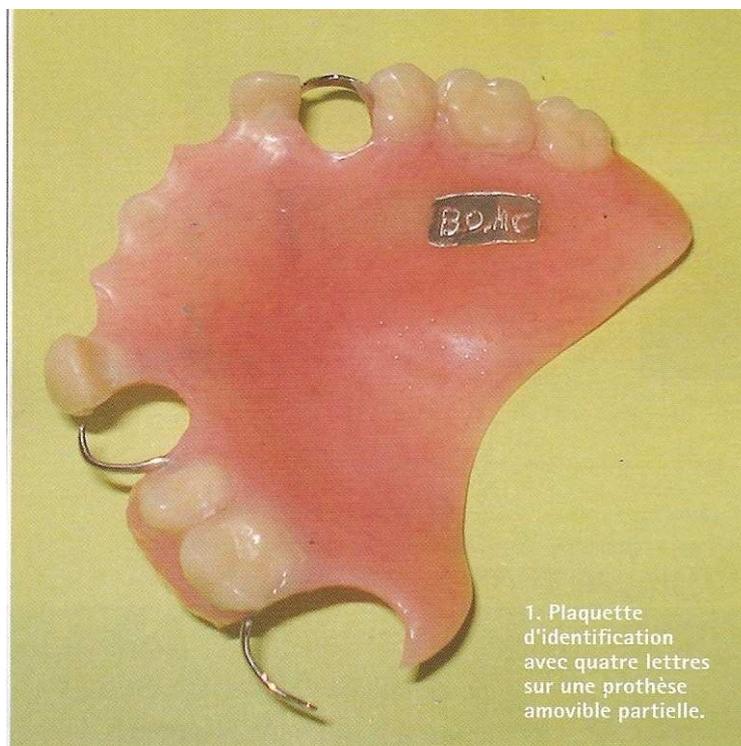
- le plan d'occlusion prenne en compte la position de la langue pour qu'elle joue son rôle mécanique lors de la mastication,

- la hauteur et la pente cuspidienne soient choisies en fonction du régime alimentaire,
- la DVO soit correctement évaluée,
- l'équilibration occlusale soit parfaite.

Il faut éviter l'alimentation normale d'emblée après la pose d'une nouvelle prothèse ou d'une prothèse rebasée. L'introduction alimentaire doit être progressive, et il faut ajuster l'équilibration occlusale pour limiter l'apparition de blessures sous-prothétiques freinant l'intégration psychologique des prothèses.

Afin d'éviter la perte ou l'échange des prothèses, il est nécessaire de les faire marquer par le chirurgien-dentiste ou le prothésiste. Par exemple, il est possible de graver sur la résine de la plaque base de la prothèse, les 2 premières lettres du nom et l'initiale du prénom du résident, et de le renseigner sur l'inventaire des affaires du résident.

Cependant, l'inclusion métallique nickel-chrome, recouverte de résine transparente, permet une bonne hygiène contrairement à la gravure directe, et une meilleure lecture des informations sans gêner le patient.



Photographie 6 : Prothèse amovible partielle identifiée (Disdier et Schuliard, 2009)

La méthode est aisée, fiable, économique et n'altère pas l'esthétique. Les interventions ultérieures ne remettent pas en cause l'accessibilité des informations lorsque la prothèse est hors de la bouche (Disdier et Schuliard, 2009).

En ce qui concerne l'alimentation, elle est trop souvent moulinée. Les raisons ainsi invoquées sont la prévention des fausses routes et la difficulté à mastiquer que présente la plupart des résidents. Or, une alimentation solide doit toujours être préférée, car elle stimule la mastication favorisant la salivation, même pour les porteurs de prothèse (Benoist, 1985).

En effet, il vaut mieux éviter les aliments liquides ou de consistance molle ou collante, entraînant une perte de débit salivaire et de ce fait une augmentation des rétentions alimentaires y compris sous les prothèses.

Les aliments doivent être alors, fibreux et consistants afin de stimuler la sécrétion salivaire et l'activité des sangles musculaires des joues, des lèvres et de la langue.

Il faut aussi contrôler l'alimentation et notamment remplacer les aliments n'apportant que des calories, du sucre, et ne présentant aucun intérêt sur le plan nutritionnel.

Cependant, selon Saxer en 1988, une interdiction de la consommation des sucreries ne serait ni possible ni sensée. L'absorption de sucre devrait se limiter aux repas, lorsque l'hygiène peut être contrôlée par le personnel soignant (Wiehl, 1990). Il faudrait éventuellement, absorber d'autres aliments au pouvoir cariogène plus faible que celui du sucre, comme par exemple le cacao sous forme de chocolat à la place des bonbons.

Pour lutter contre les pathologies bucco-dentaires, il faut donc des mesures d'hygiène bucco-dentaire au quotidien :

- instaurer une hygiène adéquate, la maintenir, la surveiller et motiver le patient
- former et responsabiliser son entourage et le personnel soignant.

3.1.2. VIS-A-VIS DU PERSONNEL SOIGNANT : FORMATION A L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

Le chirurgien-dentiste doit démontrer que l'entretien de la bouche, comme partie intégrante des soins corporels, apporte une amélioration de la qualité de vie au résident, et doit définir à l'équipe soignante les soins d'hygiène à réaliser, par la mise en place de protocoles adaptés.

Le chirurgien-dentiste doit également motiver l'équipe soignante constamment par des discussions, des démonstrations et des perfectionnements, et un dialogue doit être établi afin de trouver des compromis prévenant les découragements (WHIEL, 1990).

Par exemple, le protocole d'El Maazy en 2005, a été adapté à l'exercice du personnel dans ces institutions, en tenant compte du manque de temps. Ainsi le brossage effectué est ramené à une fois par jour, de préférence le soir.

Nous considérons que l'hygiène bucco-dentaire comporte le brossage des dents, l'hygiène des muqueuses et l'entretien des prothèses.

3.1.2.1. Brossage des dents

Nous décrivons ci-dessous les différentes étapes conseillées lors du brossage :

- retirer les prothèses dentaires amovibles,
- se munir d'un dentifrice fluoré et d'une brosse à dents souple, à petite tête, avec des poils en nylon ou synthétiques et dont le manche est adapté au patient. Avec une éducation à l'usage adéquat du matériel modifié, les patients réalisant eux-mêmes le brossage peuvent maintenir un soin bucco-dentaire de qualité :
 - brosse à dents pliée sous l'effet de la chaleur (pour les patients souffrant d'arthrite),
 - manche de la brosse enveloppé de résine acrylique ou de mousse pour les patients atteints de la maladie de Parkinson,
 - matériel adapté du commerce comme par exemple la brosse à dents à trois têtes Superbrush® pour les patients atteints de tremblements ou non coopérants. Elle présente 3 faces de brossage nettoyant la face vestibulaire, occlusale et linguale ou palatine par un mouvement horizontal de va-et-vient de la brosse. Cependant le brossage n'est pas entièrement satisfaisant au niveau des zones cervicales.

Dans tous les cas, la brosse à dents doit être propre, rincée à l'eau après chaque brossage et changée tous les 3 mois. Un cache protecteur permet d'éviter une contamination par l'air ambiant.

Il faut admettre que la brosse à dents électrique est mieux acceptée par les soignants, car elle semble plus simple, plus propre et plus agréable à utiliser que la brosse à dents manuelle (Sumi et Nakajima, 2003).

Cependant, l'utilisation de la brosse à dents électrique est possible si la coopération et le handicap du résident l'autorisent. Elle est un réel bénéfice pour le personnel qui réalise le brossage. Son efficacité a été estimée supérieure, par Day et Martin en 1998, chez les résidents dont la santé orale est dépendante des soignants, avec 38% de réduction de plaque contre 6% pour un brossage manuel.

Mais le bruit et les vibrations peuvent constituer une source d'angoisse supplémentaire pour le résident et donc augmenter une réaction de refus.

L'utilisation d'une compresse est utile quand le passage de la brosse à dents n'est pas possible. Le personnel soignant qui réalise le brossage peut éliminer la plaque dentaire en passant une compresse sur les différentes faces de la dent et ce, de la gencive vers la dent.

La compresse peut être recouverte de dentifrice au fluor (protection du risque carieux) ou imbibée d'une solution de bain de bouche au fluor ou à la chlorhexidine, l'idéal étant d'alterner ces deux adjuvants.

Une protection digitale pour prévenir les risques de morsure, peut être utilisée par la personne assurant le nettoyage à l'aide de compresses.

Il faut brosser les dents arcade par arcade, des gencives vers les dents par des mouvements circulaires, brosser la langue, rincer à l'eau et nettoyer la brosse à l'eau.

Pour réaliser le brossage sur autrui, le patient doit se sentir en sécurité. Les gestes de l'opérateur doivent être contrôlés et jamais brusques. Il doit soutenir la tête du malade et adapter la lumière à sa position :

- soit le patient se trouve assis sur une chaise, l'opérateur debout derrière lui, utilisant son bras avec douceur et fermeté pour soutenir la tête du malade contre son corps.
- soit le patient est étendu dans le lit. L'opérateur assis sur le lit soutient la tête du patient sur sa cuisse et la maintient avec une main. En cas de refus, un brossage à l'aide de compresses imbibées de sérum physiologique ou de produit de rinçage.

Si le brossage ne peut être réalisé 3 fois par jour, le brossage du soir est le plus important car lors du sommeil, la quantité de salive diminue ainsi que le nettoyage naturel de la cavité buccale. .

Metton et son équipe en 2009, ont également mis en place un protocole original.

Après nettoyage grossier des résidus alimentaires à l'aide de cotons salivaires et d'une brosse à dents à poils souples, un rinçage de la bouche se fait à l'aide d'un hydropulseur et le patient crache dans un haricot. Puis, l'opérateur brosse à nouveau les dents par la technique du rouleau sans dentifrice. Il fait rincer à nouveau à

l'hydropulseur et enfin il passe le long des collets et dans les régions difficiles d'accès pour la brosse à dents (surcontour des couronnes, caries des collets, espaces interdentaires) améliorant considérablement la finition sans douleur.

Cette technique permet de faire un nettoyage approfondi, certes moins efficace qu'un détartrage, mais mieux accepté.

Ainsi, nous constatons que plusieurs astuces simples sont possibles afin d'assurer une hygiène bucco-dentaire complète.

3.1.2.2. Hygiène des muqueuses

Nous présentons ci-dessous un exemple d'entretien des muqueuses :

- retirer les appareils,
- faire rincer la bouche, si cela est possible,
- utiliser des compresses imbibées pour nettoyer les vestibules,
- brosser doucement les muqueuses et la langue avec une brosse à dents souple, un peu de dentifrice ou de bain de bouche,
- faire rincer la bouche.

L'objectif est d'éliminer la plaque adhérant à la muqueuse tout en stimulant la micro-circulation gingivale. Il s'agit d'un véritable massage tonifiant de la gencive qui limite la perméabilité bactérienne.

La salive a cependant, un rôle important dans la protection de l'organe dentaire grâce aux éléments inorganiques qui la composent (sodium, potassium, calcium, etc.). Elle assure aussi le maintien de la santé de la cavité buccale grâce à ses composés organiques, constitués d'une large variété de protéines spécifiques (amylase et lipase qui ont un rôle dans la digestio ; lysozymes qui ont une action antibactérienne).

Ainsi, en cas de bouche sèche, il faut en expliquer les causes au personnel soignant et, à travers une approche multidisciplinaire, contrôler les facteurs de risque en modifiant les médicaments si possible, en prodiguant un haut niveau d'hygiène orale et en utilisant du fluor et des bains de bouche.

Les problèmes de sécheresse buccale sont difficiles à résoudre sur le long terme. Il est complexe de demander au patient de se rincer la bouche à l'eau tout au long de la journée. Mais l'utilisation d'un brumisateur permet d'humecter la bouche sans avoir besoin de cracher.

Pour les hyposialies légères, le premier traitement consiste à suppléer à l'insuffisance d'action mécanique de la salive en procédant à des rinçages fréquents,

à manger des aliments durs, et à multiplier les repas composés de petites portions, et de boire régulièrement de petites gorgées de liquide.

Nous pouvons aussi prescrire :

- des sialogogues cholinergiques : la **Génésérine®** à raison de 6 granules par jour plusieurs semaines ou de **la teinture de Jaborandi** (30 gouttes 3 fois /jour),
- du **chlorhydrate de pilocarpine**, à doses modérées, par voie parentérale à la dose de 5mg/j, en cas d'asialie sévère voire irréversible (radiothérapie cervico-faciale, syndrome de Gougerot Sjögren), à proposer en relation avec le médecin traitant du fait des interactions médicamenteuses nombreuses.
- du **Sulfarlem S25®** : 3 comprimés par jour avant les repas.

Pour l'asialie ou la xérostomie, un sialogogue ne peut en aucun cas réactiver un parenchyme qui n'est plus fonctionnel (Maury et Miquel, 1984).

Il faut donc utiliser des bains de bouche sans alcool, des sprays buccaux voire des salives artificielles à base de solution ionique aqueuse type Artisial®, Syaline spray® (Ragot et *al.*, 2001).

Par contre, en cas d'hyposialie médicamenteuse, le traitement consiste à réduire voire à supprimer dans la mesure du possible, les médicaments responsables de l'inhibition de la sécrétion salivaire.

Aussi, afin de limiter l'effet de la xérostomie sur la santé dentaire et parodontale, il est recommandé de boire souvent, d'appliquer une pommade sur les lèvres pour les conserver humides, de sucer des fragments de glace entre les repas, de choisir des aliments impliquant une véritable mastication pour stimuler la sécrétion salivaire et d'utiliser un humidificateur pour maintenir l'humidité dans l'air.

Il faut éviter de consommer : les aliments secs, collants, épicés, l'alcool et les bains de bouche alcoolisés, le tabac et la caféine. En effet, un patient souffrant d'hyposialie devra mettre 3 fois plus de temps pour mastiquer.

Enfin, le personnel doit prévenir, dépister et traiter les mycoses afin de favoriser la nutrition et de limiter le risque d'extension et d'infection.

Parfois, les traitements topiques locaux sont difficilement réalisables par les soignants chez des patients souffrant d'altérations cognitives et d'une dextérité réduite. Chez ces patients, l'application locale de compresses imprégnées de solution antifongique (itraconazole à 5%) est efficace.

Budtz-Jørgensen et Mojon en 2000 ont démontré l'efficacité d'un programme de prévention de la candidose orale au sein d'une population hébergée en institution.

Ce programme étalé sur 18 mois, incluait des mesures d'hygiène buccale et la formation des intervenants.

La prévalence des candidoses se manifestant par une glossite, était au début de l'étude de 50%. Elle a été réduite à 25% après 18 mois, signant ainsi une amélioration de la muqueuse orale.

En institution, la candidose chronique a une prévalence de 75% alors que dans la population générale, seulement 40% de sujets sont porteurs de levures type *candida*.

Les pathologies infectieuses d'origine buccodentaires représentent pour des individus fragilisés, un risque d'infection focale à distance. Ce risque augmente chez les sujets porteurs d'une prothèse de hanche, d'un diabète..., chez qui le dépistage de foyers infectieux devrait être systématique.

3.1.2.3. Entretien des prothèses

Pour les personnes très dépendantes, le brossage de la prothèse sera réalisé par le personnel soignant.

L'entretien des prothèses doit être fait hors de la bouche, après chaque repas, ou au moins après le dernier repas du soir. Il est utile d'utiliser la brosse à prothèses plus souple que la brosse à dents classique, pour ne pas abraser les dents prothétiques. Elle porte des brins de chaque côté de la tête pour le brossage de l'intrado comme de l'extrado.

À défaut, une brosse à dents et du savon de Marseille peuvent être utilisés au-dessus du lavabo rempli d'eau afin d'éviter la fracture de la prothèse en cas de chute.

Les prothèses sont frottées sur toutes leurs faces (intrados et extrados) avec un mouvement vertical pour les faces vestibulaires et linguales, et horizontal pour les faces occlusales, puis les prothèses sont rincées abondamment à l'eau claire.

Le nettoyage doit être d'autant plus soigneux que le patient utilise un adhésif pour prothèse. Celui-ci doit être éliminé tous les jours avec soin, sous peine d'ulcérations de la muqueuse et de perturbations au niveau occlusal.

Le soir, après le nettoyage, il faut sécher la prothèse avec un linge propre et la ranger dans une boîte hermétique marquée au nom de la personne, si le patient a l'habitude de dormir sans sa prothèse.

Enfin, le matin il faut rincer les prothèses à l'eau avant la mise en bouche pour éviter la survenue d'une candidose sous-prothétique. (Yonezawa, 2003)

Il est toutefois conseillé de désinfecter la prothèse une fois par semaine, le même jour pour tout le monde afin de préserver l'organisation. Il faut noter l'acte effectué sur la feuille de suivi quotidien pour avoir une traçabilité.

L'opérateur remplit la boîte hermétique d'une solution de bain de bouche contenant de la chlorhexidine à 0,12% et y trempe le réceptacle avec la prothèse.

La tête de la brosse à prothèse est également immergée dans une solution identique dans un gobelet en plastique. Une durée de 30 minutes est nécessaire pour une décontamination efficace.

Puis, la boîte à prothèse et la brosse sont rincées et séchées soigneusement (Peignier, 2008).

Par contre, l'utilisation des comprimés de nettoyage des prothèses, sans brossage et en trempage nocturne dans la solution, favorise la croissance bactérienne dans les porosités naturelles de la résine.

Les laboratoires qui les commercialisent préconisent de les utiliser, après brossage, en limitant le temps de trempage à 15 minutes et en rinçant ensuite abondamment la prothèse.

Une solution de remplacement consiste à faire tremper la prothèse dans du bain de bouche à la chlorhexidine 0,12%, pendant 30 minutes, une fois par semaine.

La chlorhexidine est aussi à utiliser avec précautions. Il faut la diluer pour éviter une coloration de la résine.

Le recours aux bains de bouche en adjuvant au brossage de la muqueuse est possible. Mais l'usage prolongé de chlorhexidine entraîne des sensations de brûlure de la muqueuse et une agueusie. L'utilisation ne doit pas être quotidienne.

Il existe d'autres types de bain de bouche moins agressif comme **Alodont®** par exemple.

Lorsqu'il est nécessaire d'aider le patient à porter sa prothèse avec de l'adhésif, la forme galénique (poudre, crème ou bandelettes) et la posologie doivent être prescrites en fonction de la situation clinique et des besoins du patient et ce, par le chirurgien-dentiste.

Face à une prothèse bien adaptée, ce qui est plutôt rare dans cette population, l'adhésif se portera plutôt sur des présentations induisant un minimum de surépaisseurs : crème voire poudre dont l'usage est moins répandu.

En revanche, lorsque la prothèse est inadaptée, il sera plus efficace d'utiliser une forme galénique du type bandelette ou crème.

Dans le cas particulier de patients souffrant d'un déficit salivaire à la suite de traitements médicaux ou d'irradiations cervico-faciales, il est préférable d'avoir recours à des crèmes associées à des substituts salivaires.

Ainsi, utilisés de façon modérée, ces produits n'induisent pas de réaction inflammatoire de la muqueuse buccale et ne favoriseraient pas le processus de résorption osseuse. Toutefois, ils peuvent conforter des pathologies buccales en cas de déficit d'hygiène (stomatites, candidoses, etc.), mais n'induisent pas de cancer.

De plus, chez le sujet âgé, se pose fréquemment le dilemme du renouvellement des prothèses amovibles ou de la conservation des anciennes avec prescription adaptée d'un adhésif.

C'est un double paradoxe que l'utilisation la plus fréquente de ces adhésifs soit faite avec des prothèses inadaptées, alors que leur plus grande efficacité est obtenue avec des prothèses correctement exécutées. De plus, leur usage nécessite une hygiène encore plus rigoureuse (Postaire et Pompignoli, 2007).

Ainsi, l'entretien des prothèses est la garantie du confort et de la pérennité des prothèses avec la protection de l'appui ostéo-muqueux.

La visite annuelle auprès du chirurgien-dentiste n'est pas à négliger. Nous vérifions l'application correcte des manœuvres d'hygiène et si besoin, il est possible de réaliser un nettoyage prophylactique au fauteuil par un détartrage.

En effet, le tartre peut s'accumuler sur une prothèse, même bien polie et nettoyée, particulièrement au niveau des zones retro-incisives mandibulaires et molaires maxillaires qui sont les points de sortie des canaux excréteurs des glandes salivaires principales.

Un passage aux ultrasons et un polissage garantissent la pérennité de la prothèse.

Le personnel soignant ne doit pas se substituer au chirurgien-dentiste dans l'information, le diagnostic et le traitement, mais doit pallier à un manque important d'accès à la consultation dentaire.

Ainsi, le rôle d'hygiéniste donné au personnel soignant est fondamental pour une meilleure prise en charge globale. Instaurer une hygiène bucco-dentaire rigoureuse et adaptée aux situations propres à chaque résident, permet de limiter l'apparition de pathologies dentaires et buccales. Cela permet aussi en dernier lieu, de diminuer les besoins en soins bucco-dentaires qui sont élevés et non systématiquement satisfaits.

En Finlande (Peltola et Vehkalahti, 2004) et au Danemark (Fiske et Griffiths, 2000), la mise en place d'un instrument d'évaluation de l'état bucco-dentaire, utilisable par le personnel soignant, est en cours de réflexion. Il se baserait sur une appréciation de l'hygiène dentaire (indice de plaque et indice gingival), sur le diagnostic de caries ou d'autres problèmes buccaux, et sur l'existence et l'entretien des prothèses.

Les infirmiers seraient alors habilités à effectuer une consultation initiale à l'entrée du résident dans l'institution, et à référer à un médecin si nécessaire.

Bien que l'idéal reste la réalisation d'un examen clinique complet par un chirurgien-dentiste, le suivi dentaire étant rare en institution, la solution proposée dans ces pays permettrait de déceler les complications les plus graves pouvant interférer avec une santé déjà fragile.

3.2. OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DU RESIDENT

3.2.1. Il existe de nombreuses idées pré-conçues

L'idée que se font les individus de la dentisterie et du recours au soin est relativement négative vis-à-vis de la profession. L'âge avancé de la majorité des personnes vivant en maison de retraite accentue ce manque d'intérêt pour la santé bucco-dentaire et l'investissement dans sa globalité n'est plus une priorité nécessaire au bien-être de la personne.

Trivalle a relevé en 2002, quelques affirmations souvent entendues ou lues :

- « La perte des dents, la sécheresse buccale sont des manifestations du vieillissement »,
- « Les prothèses dentaires permettent de mastiquer aussi bien que les dents naturelles. »,
- « Les porteurs de prothèse n'ont pas besoin de consulter régulièrement un dentiste. »,
- « La maladie carieuse est une maladie du jeune, la maladie parodontale est une maladie du sujet âgé. »,
- « On ne doit consulter le dentiste qu'en cas de douleur. »,
- « L'hygiène buccale ne fait pas partie de l'hygiène corporelle ou bien son intérêt est secondaire. »

3.2.2. Difficultés liées au résident

3.2.2.1. Participation des personnes âgées à leurs soins bucco-dentaires

Les personnes âgées autonomes montrent peu d'intérêt vis-à-vis de leur état dentaire et des soins d'hygiène de leur cavité buccale. La demande en soins est faible par rapport aux besoins réels.

D'autre part, l'étude de Frenkel et de son équipe en 2000, soulève l'autre problème du sujet âgé : l'incapacité pour la plupart de se prendre en charge eux-même pour leur hygiène dentaire, et la nécessité d'être aidé par le personnel.

Ainsi les 3/4 étaient incapables de se brosser les dents et aucun ne recevait d'aide régulière.

Bien souvent, il faut attendre un phénomène douloureux ou infectieux, pour avoir une demande de visite auprès d'un chirurgien-dentiste.

Or le seuil de douleur étant plus élevé chez le sujet âgé, ceci recule au plus tard le moment de la prise de rendez-vous.

Les personnes âgées dépendantes, que ce soit en raison d'une incapacité cognitive et/ou motrice, sont incapables de prendre en charge leur hygiène, et bien souvent elles ne savent pas exprimer leur mal-être vis-à-vis de leur bouche ou des douleurs qui les perturbent.

Parmi les personnes appareillées, 82% étaient incapables de nettoyer leurs prothèses et l'équipe soignante le faisait pour 64% d'entre eux.

3.2.2.2. Résidents incapables de signaler leurs problèmes bucco-dentaires

Cela concerne les patients atteints de démence par exemple, qui vont manifester des signes de souffrance, mais qui ne pourront pas nous renseigner sur l'origine de cette douleur.

3.2.2.3. Non-compliance

Cette rubrique concerne aussi bien les patients déments que les sujets angoissés.

De plus, nous sommes face à une limitation d'expression verbale des patients. C'est ce qui rend l'observation primordiale, selon l'équipe de Hennequin en 2000.

Pour eux, l'observation d'un changement de conduite de la personne au moment du repas, ou des modifications incluant l'halitose, est souvent le motif qui pousse les soignants à demander une consultation, dans plus de 60% des cas.

Ils rapportent que les moyens d'expression de la douleur peuvent inclure les pleurs ou une altération des expressions du visage, une réaction de défense associée à la région douloureuse, un manque d'intérêt pour les soignants ou un refus de communiquer et de s'alimenter.

3.2.2.4. La fragilité

La fragilité des patients souffrant de pathologie chronique ou se déplaçant difficilement, rend souvent impossible la visite dans un cabinet dentaire.

Le vieillissement normal s'accompagne d'altérations progressives du système cardio-vasculaire et circulatoire qui se caractérisent par des troubles d'adaptation aux situations de stress, extrêmes chez les sujets présentant de surcroît une pathologie démentielle.

Le contexte des soins dentaires est décrit comme un facteur de stress et d'effort cardio-vasculaire supplémentaires.

Ainsi, la prise en charge par le chirurgien-dentiste doit être individualisée et doit tenir compte de la diminution des capacités d'adaptation liée au vieillissement.

La prise en charge cognitivo-comportementale facilite la thérapeutique odontologique. Les techniques associées sont adaptées à l'âge et aux déficiences cognitives.

Avec le vieillissement, une baisse d'agilité intellectuelle ainsi qu'une détérioration des processus d'apprentissage et de la mémoire sont observées.

Dans cette situation, la douleur vécue lors d'un soin engendre des troubles anxieux et des comportements d'évitement du soin, qui participent aux difficultés d'accès au système de santé.

D'après l'équipe de Nicolas en 2008, ce désavantage concernerait 7,6% de la population française des plus de 65 ans. Parmi les actes dentaires, ceux de chirurgie buccale, de préparation coronaire et d'empreinte semblent être les plus anxiogènes. Cette difficulté de coopération est augmentée par la présence d'une pathologie démentielle.

C'est dans ce contexte que les progrès de la pharmacopée analgésiante et sédatrice peuvent permettre d'obtenir une coopération passive du patient. Les techniques d'analgésie et de sédation sont choisies avec discernement en fonction de l'indication posée par l'état de santé du patient (pathologie d'ordre générale, nombre de soins à réaliser et surtout degré de coopération).

Il s'agit de la sédation consciente par voie entérale ou de la prémédication médicamenteuse, de la sédation consciente par inhalation (MEOPA, mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène), de la dianalgésie vigile et de l'anesthésie générale.

La prémédication par hydroxyzine (**Atarax®**) ou benzodiazépine n'est pas toujours possible, ou ne permet pas forcément le soin.

La sédation par inhalation de MEOPA est alors une alternative intéressante. Ce mélange permet d'obtenir une sédation (inhibition du réflexe nauséux et des mouvements incontrôlés) et une analgésie.

En odontologie, l'efficacité moyenne de la sédation est de 90%. Lors d'une étude visant à évaluer l'efficacité de 826 séances de soins réalisés par des praticiens nouvellement formés à ces techniques, il est relevé 79 succès (89%) lors de 82 séances d'empreinte. Les indications principales de la sédation sont la présence d'un réflexe nauséux important ou l'appréhension vis-à-vis de cet acte prothétique par exemple. Mais tous les praticiens n'ont pas la formation qui permet d'avoir recours à ces formes de sédation.

Pour les sujets ne pouvant être soignés sous MEOPA, la réorientation en anesthésie générale est nécessaire (NICOLAS et *al.*, 2008).

Le projet thérapeutique doit donc être adapté aux nombres de séances estimées et à la procédure de prise en charge possible.

Lorsque nous sommes face à des patients âgés avec un état général très affaibli, ou non coopérants, avec l'impossibilité de recourir à toute technique de sédation, le praticien peut essayer à son niveau de préserver la dignité et la qualité de vie, en acceptant que son rôle diminue au fur et à mesure que la maladie progresse et se limite alors aux soins d'urgence (douleur, dent potentiellement douloureuse...) et à la prévention des complications.

Mais même la réalisation des soins préventifs devient difficile et restreinte quand l'état du malade devient critique.

3.2.2.5. Difficultés financières

Pour de nombreux pensionnaires, l'aspect financier des actes dentaires représente un obstacle à l'accès aux soins.

En effet, les revenus couvrent souvent juste les frais d'institutionnalisation. Et même si ce n'est pas le cas, la personne âgée a toujours peur du lendemain, et considère qu'il n'est pas nécessaire de faire des frais inutiles.

Par ailleurs, la famille est souvent réticente à ces dépenses de santé au vu de l'âge ou de l'état de santé.

3.2.3. Difficultés liées à la famille

3.2.3.1. Famille incapable ou ne souhaitant pas coopérer

Souvent, les proches ne considèrent pas les soins dentaires comme une priorité, ne souhaitant pas amener le résident à la consultation dentaire.

Lors de l'examen médical d'entrée, le médecin coordonateur peut parler de l'examen dentaire initial au résident ou à sa famille, en insistant sur l'importance d'un bon état dentaire et prothétique sur sa santé générale et son bien-être.

En respectant le principe du libre-choix, ces derniers pourraient consulter leur chirurgien-dentiste habituel ou, si l'état du résident ne le permet pas, choisir un dentiste qui viendrait effectuer cette visite (en présence d'un accompagnateur pour sensibiliser la famille). Ce dernier deviendrait dentiste référent, dont le compte-rendu serait noté sur une fiche de liaison. Elle serait conservée dans le dossier du résident, sur laquelle le médecin noterait les antécédents du patient et les traitements en cours (Hogard, 2006).

Cette consultation permettrait d'évaluer le degré de coopération du patient et d'établir un plan de traitement adapté à son état général. Les besoins en soins dentaires, les consignes d'hygiène seraient expliquées au résident ainsi qu'à l'accompagnant. Cette fiche permettrait également aux infirmières de savoir si le patient est porteur de prothèse et de quel type, s'il est capable d'assurer sa propre hygiène bucco-dentaire.

Le chirurgien-dentiste insisterait à nouveau sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire, enseignerait la technique de réalisation, rappellerait l'importance d'un rendez-vous régulier et donnerait quelques conseils alimentaires.

Enfin, en cas de soins nécessaires, les prises de rendez-vous seraient programmées avec l'aide de l'accompagnant au fait des périodes les mieux adaptées, auprès du praticien de son choix.

Pour les patients sous tutelle, toute dépense en matière de soin doit être en accord avec le référent du patient.

3.2.3.2. Difficultés financières

Beaucoup de résidents ne gèrent plus eux-mêmes leurs dépenses financières. Il s'agit alors, soit d'un membre de la famille qui devient tuteur, soit d'une personne étrangère d'un organisme spécifique.

Souvent, la personne elle-même ne considère pas nécessaire de se faire soigner pour ne pas dépenser inutilement.

En discutant avec les patients, nous ressentons toujours comme une crainte de gaspiller l'argent, une peur du lendemain avec des soucis financiers, et une répercussion imputable à son entourage. Les soins dentaires, même pris en charge lorsqu'il existe une couverture complémentaire, et la réhabilitation prothétique ne trouvent alors pas leur place dans un tel contexte. Notre rôle et celui de l'équipe, est encore d'informer et de rassurer la personne, afin d'essayer de changer les mentalités et les idées reçues et de l'orienter vers la prise en charge.

3.2.4. Difficultés de transport

Les soins bucco-dentaires nécessitent une prise en charge au sein d'un cabinet dentaire, ce qui demande forcément une sortie hors de l'institut. Le résident peut parfois s'y rendre par ses propres moyens ou accompagné par quelqu'un de son entourage.

Cependant, pour les patients à mobilité réduite, il est nécessaire de faire appel aux taxi-ambulances. Il faut savoir que ce service est payant pour la personne et qu'il n'est pas pris en charge par les assurances maladies.

D'autre part, il faut une personne accompagnante, dans un contexte où il existe déjà en institution un manque de personnel.

Par contre, l'accueil en cabinet dentaire pour les patients à mobilité réduite ou handicapés est réglementé et deviendra obligatoire à tout centre de soins dentaires à l'aube 2015.

D'après l'article L.111-7 de la loi 91-663 du 13 juillet 1991, « les dispositions architecturales et aménagements des locaux d'habitation, et des installations ouvertes au public,..., doivent être tels que les locaux et installation soient accessibles aux personnes handicapées ».

L'aménagement du cabinet demande donc un investissement particulier, avec des zones de circulations élargies et adaptées au fauteuil roulant, et une prise en charge particulièrement attentive de la part du personnel.

Parfois, une prise en charge en milieu hospitalier est nécessaire pour les cas les plus graves.

En cas de déficience mentale, se pose sur le plan juridique, le problème d'obtenir le consentement éclairé de la part du patient (qui doit être volontaire, compétent et informé) et sa coopération, sur un plan clinique. Dans ce cas, le tuteur doit être convoqué mais les soins d'urgence doivent être effectués sur la base des directives semblables à celles des enfants à charge.

Lorsque la coopération n'autorise pas de séances de durée suffisante il faut en augmenter le nombre, avec la lassitude des rendez-vous qui s'installe, et toutes les conséquences qui peuvent en découler.

3.2.5. Difficultés liées aux soignants de l'établissement

Nous avons vu précédemment que le personnel rencontre de nombreuses difficultés à mener à bien l'hygiène bucco-dentaire. Ce chapitre va permettre de synthétiser ces difficultés.

3.2.5.1. Les soignants ne participant pas à l'hygiène bucco-dentaire

Par manque d'effectif et donc par manque de temps, l'étape des soins de bouche dans l'hygiène corporelle peut être fréquemment oubliée, et de façon plus importante chez les patients difficiles et déments. De plus, le personnel ne dispose que de très peu d'informations à ce propos et en particulier ignore les conséquences possibles de ce manque d'hygiène.

3.2.5.2. Difficultés à éliminer la plaque dentaire

En effet, le manque de formation des soignants, ainsi que l'hypotonicité des muscles de la face (des joues et des lèvres) et de la langue des résidents ne permettent pas un nettoyage physiologique convenable. Du coup, il existe une accumulation importante de plaque dentaire, à la fois sur les surfaces dentaires et sur les surfaces prothétiques, qui est difficile à éliminer.

3.2.5.3. Manque de communication

Il existe un problème de transmission entre les différentes équipes, mais aussi de participation des uns et des autres et de l'investissement dans les soins de bouche, de la part du personnel.

3.2.6. Difficultés liées à l'administration

Même si c'est l'infirmière qui joue un rôle important en demandant aux aide-soignants de réaliser l'hygiène bucco-dentaire, se pose le problème lié au manque d'information de la direction de l'EHPAD. En effet, si le directeur n'a pas de notion ou n'est pas informé sur l'hygiène bucco-dentaire, il n'y aura pas de transmission de recommandation au responsable du personnel et ainsi, le personnel ne pourra pas modifier son comportement face aux soins dentaires, et l'hygiène bucco-dentaire sera négligée.

En effet, d'après Cohen en 2006, seulement 35% des directeurs de maison de retraite de Poitou-Charentes reconnaissent que l'hygiène bucco-dentaire desservie à leurs pensionnaires est suffisante, et 9% d'entre eux ignorent véritablement le niveau des soins d'hygiène prodiguée par les soignants.

Dans l'étude menée à Genève par Chung et Mojon en 2000, seulement 69% des directeurs ont répondu au questionnaire relatif à l'analyse des soins d'hygiène orale distribué dans leur établissement, malgré un rappel. Ainsi, 31% ne considéraient pas les soins d'hygiène buccale comme un aspect important de la qualité de vie des résidents.

Ils estiment très majoritairement que leur équipe médicale n'était pas suffisamment formée à cause de l'absence de structure de formation et de budget consacré à ces formations.

3.2.7. Difficultés liées aux professionnels de santé bucco-dentaire

3.2.7.1. Manque de formation

Les méthodes préventives mises en place depuis 1950 (fluor, hygiène) ont contribué à la diminution des caries. Ainsi, les chirurgiens-dentistes du futur auront à traiter des sujets âgés ayant, pour une grande part, gardé leurs dents naturelles. Depuis quelques années seulement, le patient âgé est un module abordé lors du cursus universitaire du futur chirurgien-dentiste, et un stage en maison de retraite de 15 jours a lieu en 5^{ème} année. Cependant, cette formation apparaît insuffisante face à la réalité qui se dessine. En effet, nous avons vu que la part des personnes âgées dans la population va considérablement augmenter et nous ne sommes pas réellement préparés à sa prise en charge.

3.2.7.2. Chirurgiens-dentistes ne souhaitant pas rendre visite aux résidents

En effet, pour l'instant il n'existe pas de valorisation de ces soins particuliers. La nomenclature ne va pas toujours de paire avec la difficulté de soins et ne prévoit aucune valorisation spécifique alors qu'une nomenclature spécifique, prenant en compte le temps passé devrait se mettre en place. Par ailleurs, la tarification des déplacements ne semble pas réellement applicable dans le cas où la visite se ferait en maison de retraite. (Ordre National des Chirurgiens Dentistes, 2004).

Toutefois, l'article 2 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes, stipule que « 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, nous rappelle que « le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience ses patients, quels que soient leur situation de famille, leur handicap ou leur état de santé ».

Le chirurgien-dentiste est donc tenu de soigner les personnes âgées à son cabinet et dans les maisons de retraite.

De plus, les conditions techniques d'exercice au chevet des résidents s'avèrent difficiles, peu compatibles avec la pratique libérale, le chirurgien-dentiste n'y étant pas formé.

Ainsi, le système de couverture des soins de gérontologie n'est pas suffisamment attrayant pour encourager les chirurgiens-dentistes à se déplacer hors de leur contexte habituel et il faudrait peut-être envisager d'en faire une spécialité à part entière.

D'ailleurs à ce sujet, au Royaume-Uni, la pratique de la dentisterie pour les patients à besoins spécifiques est en voie de devenir une spécialité dentaire reconnue à part entière, avec des formations de troisième cycle appropriées.

Ces dentistes, environ 6% des dentistes au Royaume-Uni, interviennent pour la plupart dans des cliniques mais peuvent aussi se déplacer à l'hôpital, à domicile, en maison de retraite... Ils travaillent en collaboration étroite avec les médecins et les équipes socio-éducatives pour la prise en charge de ces patients.

Toutefois, pour l'accessibilité des cabinets dentaires aux personnes à mobilité réduite, une loi parue au Journal Officiel du 12 février 2005, précise que les établissements recevant du public doivent être accessibles aux personnes handicapées, quelque soit le type de handicap. Les cabinets devront répondre à ces exigences d'accessibilité dans un délai maximum de 10 ans à compter de la publication de cette loi.

3.2.7.3. Longues périodes d'attente pour les soins dentaires

Du fait du *numerus clausus*, nous faisons face à une pénurie de chirurgien-dentistes, désertant les zones rurales. Ceci entraîne des délais de rendez-vous longs avec l'impossibilité de faire des visites à domicile en plus.

3.2.7.4. Difficultés de trouver un local adapté pour les soins dentaires

Après toutes ces constatations et ces obstacles surmontés, idéalement, la possibilité de disposer d'un local à usage de cabinet dentaire au sein de l'établissement serait la solution, avec un dentiste référent par exemple.

Il suffirait alors de s'équiper *a minima* de façon à réaliser les soins d'urgence, les réglages des prothèses et éventuellement la prise d'empreinte. Il faut se dire que ce type d'équipement existe pour les chirurgiens-dentistes qui mènent des actions humanitaires.

Tamisier et son équipe en 2007, rapportent que, selon les directeurs d'établissement, il faudrait faciliter l'accès au cabinet dentaire de ville pour les fauteuils roulants, organiser le déplacement d'un chirurgien-dentiste équipé d'un matériel portable. Ce dernier pourrait effectuer une consultation d'entrée, un bilan semestriel, des actions de prévention et de formation du personnel soignant.

Les directeurs souhaiteraient également que les chirurgiens-dentistes exerçant à proximité de l'établissement, ou intervenant au sein de celui-ci, puissent bénéficier d'une formation à la gériatrie.

Ils aimeraient aussi qu'un partenariat local sous la forme d'une convention ou d'un salariat avec mutualisation se mette en place. Ils évoquent aussi des problèmes de prise en charge et réclament un financement intégral du transport des personnes

âgées, de la rémunération du chirurgien-dentiste vacataire, de la réhabilitation ou de la confection des prothèses dentaires.

Certains souhaitent que le suivi bucco-dentaire soit défini lors de la signature de la convention tripartite et envisagent une enveloppe de soins dans la discussion du budget hospitalier.

D'autres demandent une formation spécifique pour le personnel soignant et une sensibilisation des résidents et des familles assurées par des intervenants extérieurs.

D'autres attendent la création d'un poste de médecin coordonateur pour envisager un suivi de l'état bucco-dentaire.

Ils estiment aussi que l'amélioration du suivi bucco-dentaire ne doit pas être financée, même partiellement, par les établissements, sollicitant ainsi l'intervention de l'Etat, des organismes sociaux, des professionnels de santé et des familles des résidents.

Lorsque l'accès au lieu de soins dentaires n'est pas possible en Grande-Bretagne, le praticien est légalement lié à fournir le service par d'autres moyens, à savoir une visite à domicile (Fiske et *al.*, 2002). Par contre, en France, ces soins sont mal connus de la profession et peu pratiqués.

Toutes les thérapeutiques dentaires peuvent cependant être abordées grâce à la miniaturisation du matériel dentaire et à la mise au point d'équipement portatif. Les équipements portatifs peuvent par exemple simplement assurer les soins d'urgence type avulsion ou retouche des prothèses, mais certaines unités dentaires permettent de délivrer beaucoup plus de soins (« Trans'Care » de chez Satelec® par exemple). Nous pouvons de plus, imaginer que le cabinet dentaire soit improvisé dans la salle la mieux adaptée aux travaux et la mieux éclairée afin d'accueillir le patient.

Cependant, une trousse d'urgence et une formation complémentaire du chirurgien-dentiste à la prise en charge de la réanimation sont nécessaires en cas de collapsus brutal du patient.

Mais les obstacles sont nombreux :

- le manque de temps : il faut organiser l'emploi du temps en fonction du besoin,
- la prise en charge des services dentaires à domicile par les assurances maladies,
- l'obtention du consentement éclairé,
- le manque d'entraînement quant à l'exercice à domicile,

- le choix instrumental est à repenser à chaque visite,
- la situation posturale du patient : la prise en charge est différente en fonction de la posture du patient : allongé, redressé à demi, en fauteuil roulant ou sur une chaise.

La présence d'un cabinet dentaire dans l'établissement semble l'idéal puisqu'elle limite les complications d'organisation et les problèmes liés au transport des résidents. Ils restent ainsi dans un environnement familial évitant l'anxiété d'un endroit inconnu.

Le cabinet serait soit accessible à tout chirurgien-dentiste volontaire ou exclusivement réservé à un chirurgien-dentiste vacataire.

Mais se pose le problème du matériel (fauteuil, scialytique, stérilisation, turbines...) et des consommables (gants, compresses...) qui ont un coût et demandent entretien et stérilisation, et donc de la rentabilité, en particulier pour les petites structures.

Nous pouvons ainsi envisager une solution plus simple, qui consiste en la mise à disposition d'un local dentaire avec fauteuil et scialytique au sein de la maison de retraite. Le chirurgien-dentiste ramènerait ses instruments et les consommables, évitant ainsi à la maison de retraite des problèmes d'investissements et de gestion des stocks.

Mais il s'agirait uniquement de la réalisation des consultations et des soins simples, tout en transférant les patients au cabinet dentaire pour certains actes.

Ainsi, les différentes attributions du chirurgien-dentiste seraient de :

- réaliser un examen bucco-dentaire des nouveaux résidents,
- examiner les résidents se plaignant de leur état buccal,
- examiner chaque résident régulièrement,
- appliquer, en prévention, un vernis fluoré aux patients dentés,
- former et motiver l'équipe soignante à une hygiène bucco-dentaire adéquate, les informer des particularités buccales des résidents afin d'adapter les soins,
- évaluer les actions menées et définir avec le médecin coordonnateur des buts à atteindre.
- en cas de soins nécessaires, demander l'accord à la famille et le nom du chirurgien-dentiste retenu, l'administration ou la famille se chargeant des rendez-vous.

Le dentiste vacataire devra faire preuve de disponibilité, de motivation et de volonté de communication. Il aura une mission de dépistage, de conseil et non de soins.

Mais selon Mac Entee et ses collègues en 1999, quand un service dentaire est accessible, la priorité est donnée à ce service, au détriment des soins d'hygiène quotidiens.

Les soignants se sentent alors moins impliqués dans la santé bucco-dentaire des résidents.

Le chirurgien-dentiste vacataire risque alors de se retrouver seul responsable de la santé bucco-dentaire des résidents sans pouvoir compter sur les soignants.

De plus, la présence d'un vacataire a un coût, il faut le rémunérer mais aussi lui donner les moyens de travailler correctement. Cet aspect financier reste donc un obstacle non levé par les dotations de l'assurance maladie.

Ainsi, dans une enquête menée par l'URCAM de Bretagne en 2004, sur 250 établissements, seuls 8% d'entre eux assuraient des vacations de chirurgiens-dentistes et 5% possédaient un équipement dentaire.

En Essonne, Dorin et son équipe rapportent en 2001 que la CPAM prend en charge totalement un bilan bucco-dentaire et les soins conservateurs et chirurgicaux en découlant, pour chaque nouvel entrant en EHPAD.

Dans une province de Colombie britannique au Canada, une loi, citée par Peignier en 2006, stipule que les résidents de longs séjours doivent avoir un bilan dentaire annuel réalisé par un professionnel.

D'ailleurs, la MSA en France offre un examen de prévention bucco-dentaire aux personnes âgées de plus de 65 ans.

Pour une bonne prise en charge, il faut définir et budgétiser un cadre administratif adapté aux besoins et aux revenus, multiplier les services spécialisés dans les hôpitaux afin de répondre aux besoins de soins dentaires des patients pour lesquels le chirurgien-dentiste généraliste est à bout de moyens.

Il faut également compléter la formation initiale du chirurgien-dentiste et développer une nomenclature adaptée aux conditions de prise en charge personnalisée, de manière à augmenter le nombre de patients pouvant être soignés dans le cadre de l'exercice général.

Il faut aussi améliorer la formation des aides-soignants qui ont en charge les soins d'hygiène.

Ces services doivent être dotés de personnel d'appartenance pluridisciplinaire et complémentaire.

Ainsi, même si les obstacles sont nombreux, il est important de s'occuper de l'état bucco-dentaire des résidents qui vont ressentir un grand bénéfice : cela va

faciliter leur alimentation, leur qualité de vie quotidienne, leur apporter une meilleure estime de soi grâce aux améliorations esthétiques apportées, une meilleure assurance à communiquer avec autrui et surtout lutter contre la morbidité voire la mortalité liée aux pathologies de la cavité buccale.

3.3. RELATION RESIDENT-PERSONNEL SOIGNANT-CHIRURGIEN-DENTISTE

Les personnes âgées institutionnalisées voient la fréquence des consultations dans les unités de soins dentaires devenir pratiquement nulle, non pas à cause d'un manque de coopération entre médecins-gériatres et chirurgiens-dentistes, mais plutôt à cause d'un manque d'organisation entre ces deux professions médicales.

Une démarche interdisciplinaire peine à voir le jour et les soins buccaux quotidiens ne constituent pas encore aux yeux de certains gériatres, un acte important pour l'amélioration du confort des pensionnaires.

En effet, 78% des médecins de l'enquête réalisée à Genève (Chung et Mojon, 2000) reconnaissent leur défaut d'appréciation en besoin de soins oraux de leurs patients. De même, seulement 1/3 des médecins disent pratiquer un examen systématique de la cavité orale et seulement 20% affirment que la cavité orale fait partie de leur domaine de compétence.

Ainsi, la plupart des EHPAD ne propose pas d'examen clinique initial qui serait pourtant un bon moyen de dépistage préventif, consistant à évaluer les besoins dentaires et prothétiques et à réaliser un plan de traitement afin d'effectuer des soins adéquats avant la survenue d'une urgence.

L'absence de poste en gérodontologie en est également la cause. En Poitou-Charentes, seulement 11% des établissements organisent des vacations pour les chirurgiens-dentistes au sein de leurs locaux alors qu'ils pourraient établir des protocoles de soins en coopération avec les médecins, informer les soignants de l'importance des bains de bouche et de l'entretien des prothèses, et leur enseigner la bonne application des soins d'hygiène.

Mais l'absence de financement prévu pour ce programme (déficit de la sécurité sociale), et le manque d'intérêt des intervenants odontologistes (la couverture de ces soins n'est pas assez attrayante pour encourager le déplacement des chirurgiens-dentistes hors de leur contexte habituel de travail), limitent les perspectives d'avenir.

D'autre part, le chirurgien-dentiste doit aussi former l'équipe soignante. En effet, en 2000, Frenkel affirmait que parmi les personnes âgées dépendantes, les trois-quarts étaient incapables de se brosser les dents, aucune ne recevait d'aide

régulière et que parmi les personnes appareillées en incapacité de nettoyer leurs prothèses, l'équipe soignante ne le faisait que pour 64% des cas.

Les deux principales causes sont que le brossage dentaire est devenu un oubli de la toilette quotidienne et qu'il coexiste une insuffisance des connaissances du personnel médical quant aux soins d'hygiène buccale.

Apparemment, la formation des infirmiers ou des aide-soignants n'aborde que très succinctement ce domaine et le personnel est souvent mal informé de l'importance de l'hygiène orale et des conséquences que sa négligence peut entraîner. De plus, il y a un vrai manque de connaissance des équipes médicales sur l'état dentaire individuel des résidents (résidents porteurs ou non de prothèse par exemple).

En effet, dans une étude faite en 2000 dans les maisons de retraite de Genève, les raisons évoquées étaient pour 21%, un manque d'éducation sur la façon d'assurer l'hygiène orale, une mauvaise collaboration du patient pour 53% et un manque de temps pour 13% (Chung et Mojon, 2000). Le personnel soignant estime aussi que la santé orale est une priorité parmi d'autres, qui ne sont pas satisfaites en raison de la charge de travail.

De plus, en 1996, Chalmers et Levy montraient que 30,6% des soignants craignaient voire détestaient donner les soins de bouche. La peur de faire mal, le manque de coopération de la part du résident rendant l'acte difficile et la gêne de l'halitose en étaient les principales causes.

D'autre part, dans l'enquête menée par Cohen en 2006 en Poitou-Charentes, le problème de l'inexistence de protocoles d'hygiène bucco-dentaire apparaissait dans 69% des établissements visités.

Surtout, il se dégage une certaine résignation des équipes soignantes. En effet, dans les services de gériatrie, la relation entre soignants et résidents est particulière. Le contact avec les personnes proches de la mort et souffrant de divers maux, semble placer le travail quotidien des équipes médicales loin de la qualité de vie qu'elles espèrent pouvoir apporter.

Ainsi, les atteintes neurologiques multiples, comme la démence par exemple, enlèvent aux soignants une des satisfactions des soins, à savoir, la communication, la dimension relationnelle, la reconnaissance du patient.

De plus, la responsabilité administrative et l'encadrement concèdent qu'ils mettent peu l'accent sur les affections bucco-dentaires et l'hygiène orale.

De ce fait, aucune stratégie organisationnelle n'apparaît idéale.

Toutefois, les soignants reconnaissent l'insuffisance de ce qui est actuellement réalisé. Dans l'étude de l'équipe de Dorin en 2001, 78% du personnel

soignant des EHPAD de l'Essonne, déclarait non satisfaisant la délivrance des soins d'hygiène oraux aux résidents.

Dans l'étude de Cohen, que nous avons consultée en 2009, 64% des soignants en Poitou-Charentes déclaraient qu'il était urgent d'intervenir sur la prévention et l'hygiène bucco-dentaire.

Toujours en Poitou-Charentes, plus des 2/3 du personnel interrogés, se sentaient responsables de la prévention et de l'hygiène orale, donnant leur plein accord pour être acteurs de ces soins, montrant ainsi leur motivation.

Les solutions proposées par le personnel dans ces deux études étaient :

- la création de vacances odontologiques : les étudiants en chirurgie dentaire, dans le cadre d'un module fonctionnel, ou alors les chirurgiens-dentistes diplômés, dans le cadre d'une vacation odontologique rémunérée ou bénévole, pourraient alors apporter une formation, motiver et décharger l'équipe soignante dans les différentes maisons de retraite de la région. Ils pourraient également identifier les problèmes oraux et peut-être même réaliser la première consultation d'entrée/initiale. (Peignier, 2006)
- être formé : les formations assurent un véritable dialogue entre les différents acteurs de santé, chacun apportant son avis sur la question. Qu'il s'agisse des études d'Isaksson et Paulsson en 2000 en Suède, ou d'El Maazy en 2005, nous observons une amélioration de l'hygiène suite à des séances d'informations sur l'hygiène bucco-dentaire auprès du personnel soignant. De plus, les pouvoirs publics se rendent compte qu'il est préférable, économiquement, de « prévenir plutôt que guérir ». Mais, avant toute décision de financement d'un projet à l'échelon national une enquête épidémiologique, sur un échantillon d'au moins 1000 personnes doit être réalisée. À partir des résultats, des plans d'actions pourront être proposés par les URCAM.

Ainsi, l'URCAM de Bretagne a mis en place, en janvier 2005, un groupe de travail régional sur ce sujet. Constitué de chirurgiens-dentistes conseils d'échelon locaux, de représentants de la CRAM de Bretagne, de la MFP et de l'AROMSA, ce groupe de travail a mis en œuvre un plan d'action décliné en quatre parties :

- une communication intra- et extra-institutionnelle,
- la mise en place d'actions de formations destinées aux professionnels de santé : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, aide-soignants,
- l'élaboration de référentiels,

- et l'organisation de l'accès aux soins : création d'actions expérimentales de préventions bucco-dentaires à destination de personnes âgées hébergées.
- l'instauration d'un protocole : l'éducation sanitaire du personnel encadrant facilite la mise en place d'un protocole adapté (Cadot et *al.*, 1991). L'institution, avec le concours du chirurgien-dentiste peut rédiger les règles d'hygiène bucco-dentaire pour les patients :
 - brossage des dents et des appareils chaque jour par le résident et si cela n'est pas possible, par l'équipe soignante,
 - adapter les brosses à dents aux capacités du patient,
 - déposer les appareils la nuit pour préserver les tissus.
- la création de la profession d'hygiéniste dentaire : cette personne aurait un rôle clé. Elle peut organiser l'hygiène orale de chaque patient, l'enseigner au personnel soignant, marquer les prothèses, appliquer du fluor et faire le lien avec le chirurgien-dentiste tout en déchargeant le travail du personnel soignant (Peignier, 2008).
Cependant, en France nous n'avons pas le droit de travailler avec des hygiénistes car il s'agit d'une spécialité non reconnue.
- l'information et la motivation des résidents par les chirurgiens-dentistes.

Cependant, quelques intervenants estiment que la santé orale relève uniquement des seuls résidents, en dépit de leur incapacité.

Aussi, depuis 1994, tous les résidents des maisons de retraite municipales du Danemark bénéficient d'un programme de soins bucco-dentaires.

Merete Vigild en 1989, a estimé qu'idéalement les soins dentaires devraient avoir lieu à la maison de retraite, que ces soins devraient être sous la responsabilité d'un seul chirurgien-dentiste employé pour ce programme, et qu'une partie des soins pourrait être prise en charge par un hygiéniste dentaire.

Ce programme inclut :

- un examen de la cavité buccale 2 fois par an par le chirurgien-dentiste,
- un entretien avec l'équipe soignante à propos de chaque résident,
- la réalisation de tous les traitements nécessaires et réalisables,

- un enseignement à l'hygiène,
- une application de fluor aux sujets dentés 4 fois par an, aidé par l'hygiéniste dentaire,
- et enfin 2 fois par an une formation de l'équipe soignante.

Il faut donc un examen buccal lors de l'admission en maison de retraite, des formations pour l'équipe soignante, et ce, tous les ans, et l'accès à un service dentaire.

De plus, dans une enquête menée par Millet et Muller en 1995, dans des établissements publics et privés accueillant des personnes du 3^{ème} et 4^{ème} âge, 49% des établissements n'offrent aucune possibilité de disposer de brosses à dents et de dentifrices que ce soit sous forme gratuite ou payante.

Les autres établissements disposent à la fois d'un point de vente ou d'une dotation gratuite, ou bien seulement d'un point de vente (distributeur par exemple).

Mais en ce qui concerne la distribution gratuite, elle peut varier d'une brosse à dents pour 5 années à une brosse à dents par trimestre et d'un tube de dentifrice pour 4 années à un tube par mois.

Il est toutefois très difficile de se fournir en bain de bouche de même pour les produits d'adhésion et les comprimés de nettoyage. Nous pouvons nous en étonner au regard des spots et encarts publicitaires qui leur sont consacrés. Cette carence est sans doute à mettre en relation avec celle des visiteurs médicaux qui présentent ces produits.

D'autre part, le faible taux d'équipement en matériel et en personnel spécialisé peut être rapproché d'une appréciation erronée des besoins en soin (Merelie et Heyman, 1992). En effet, la notion de soins nécessaires est encore définie par l'existence d'une douleur à calmer, signe d'alerte plus rare chez le sujet âgé.

Or une évaluation plus objective serait possible grâce à un examen médical pratiqué lors de l'admission. Cependant, l'état dentaire échappe fréquemment à ce bilan.

Il est également souhaitable que les règles déontologiques s'accordent avec la possibilité d'assistance régulière des chirurgiens-dentistes auprès des établissements, comme cela existe ailleurs. (Baat et al, 1993)

Ainsi des initiatives devraient être développées:

- auprès des laboratoires fabriquant ou commercialisant brosses à dents, dentifrices, solutions buccales, adjuvants pour prothèses. Ainsi, à l'occasion de visites en cabinet libéral ou hospitalier de leurs

représentants, les praticiens pourraient leur indiquer les établissements de personnes âgées à proximité, en les incitant à les démarcher,

- auprès des praticiens installés : lors des soins dispensés aux pensionnaires, sensibiliser ces patients à la nécessité constante d'une bonne hygiène,
- auprès des organismes et associations ayant pour vocation de promouvoir l'hygiène et la santé bucco-dentaire : leur confier l'organisation d'une campagne de prévention et d'informations destinée aux établissements d'accueil des personnes âgées.

Une lettre d'information, concernant l'importance d'une bonne santé orale et des conséquences possibles en cas de négligence doit être également distribuée à l'entrée du nouveau résident dans l'institution. De plus, l'équipe de l'établissement doit s'assurer que ce dernier dispose bien de son propre matériel d'hygiène nécessaire.

Il s'avère donc nécessaire de promouvoir la mise en œuvre d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée dans l'établissement d'ailleurs recommandé par Budtz-Jørgensen (site consulté en 2009) et d'un suivi quotidien de l'hygiène de la bouche des résidents et de l'entretien de leurs prothèses amovibles. En effet, au cours du séjour, les habitudes de nettoyage et de port continu ou non des prothèses exercent une influence certaine sur l'état de santé buccal. (Budtz-Jørgensen, 1992)

De plus, il apparaît primordial que l'entourage de la personne âgée, qu'il s'agisse de la famille, du personnel soignant, du médecin qu'il soit coordonateur ou traitant, ou du chirurgien-dentiste, prenne toutes les dispositions appropriées pour améliorer ou maintenir le confort buccal, et prévenir les complications locales ou à distance (Folliguet et *al.*, 2005).

Si le besoin est évident, le personnel soignant doit assister la personne âgée voire se substituer à elle dans la pratique quotidienne de l'hygiène buccale.

Une prise de conscience de chacun des acteurs, accompagnée d'une volonté de coordination régionale et d'un financement de formations pour le personnel soignant et les professionnels de santé, médecins et chirurgiens-dentistes, pourrait donc améliorer ce vrai problème de santé publique (Baudin, 2005).

Ainsi, pour pallier aux difficultés rencontrées lors de la réalisation de ces soins, il est nécessaire que la réflexion soit pluridisciplinaire autour :

- d'une meilleure organisation temporelle des soins. Le personnel doit pouvoir trouver le temps de l'effectuer avec minutie, ce qui implique de modifier l'organisation de la journée.

- de la réalisation d'un protocole suivi par tous, qui inclurait à la fois la position idéale à adopter pour la personne en charge du soin, le matériel et la technique de brossage adaptée. Il en existerait différents types en fonction des situations (résidents dépendants dentés, édentés...)
- de la nécessité qu'une évaluation de l'hygiène et de l'état bucco-dentaire soit réalisée de manière systématique et régulière pour l'ensemble des résidents.

De plus, la concertation entre plusieurs thérapeutes de spécialités différentes permet aussi de réfléchir sur la prise en charge des soins dans les meilleures conditions possibles et de trouver le juste milieu entre bénéfices et risques d'une intervention thérapeutique, en centrant la question sur le patient.

Ainsi, les professionnels de santé, les universités et les ministères concernés doivent étudier toutes les facettes sociales et économiques du vieillissement, se former, développer et orienter une partie importante de leurs ressources vers cette catégorie de la population qui ne cesse de croître.

Mais le suivi de l'hygiène bucco-dentaire et le financement des programmes, dans les institutions ou à domicile, doivent être reconnus et assurés avec une couverture sociale adaptée.

Il faut donc surmonter les difficultés liées au financement et au développement des structures de soins dentaires adaptées, pour répondre à la spécificité des soins des personnes âgées dépendantes, à l'accroissement prévisible de leurs besoins, et offrir une qualité de vie meilleure aux aînés.

Ainsi, en offrant un diagnostic, des actions de prévention, la possibilité de traitements bucco-dentaires aux personnes âgées, et en assistant l'équipe soignante à des actions d'éducation, les professionnels de santé dentaire contribuent à un vieillissement réussi des résidents en améliorant leur qualité de vie. Il est cependant nécessaire d'obtenir le soutien des autorités locales, régionales et nationales. La nouvelle politique de santé avec la création de réseau de santé tel qu'ONCODENT ou ICALOR, verra peut-être une nouvelle orientation de la gérontologie.

La croissance démographique des sujets âgés est telle, qu'un véritable défi de santé publique voit le jour, avec les chirurgiens-dentistes et les gériatres qui doivent développer un réseau de soins destiné aux personnes vivant à domicile comme en institution.

Les perspectives de l'odontologie gériatrique ouvrent un champ important dans la prévention du vieillissement oral et dans l'amélioration de la qualité de vie.

Améliorer cette transmission de l'information est décisif pour une intervention plus rapide des différents partenaires.

CONCLUSION

Lorsque nous avons commencé notre étude, nous nous doutions qu'il existait un réel problème au niveau de l'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée. Cependant les résultats nous ont toutefois interpellés.

L'état bucco-dentaire que nous avons relevé était mauvais et rejoignait les chiffres des autres études. Le fait que la maison de retraite soit située dans un village isolé n'en fait pas un cas à part, bien au contraire.

Le vieillissement de la population devrait susciter le développement de la gérodonologie au niveau des pouvoirs publics. Mais comme c'est toujours le cas, nous attendons que la situation se détériore pour intervenir.

La diminution de la dextérité manuelle, les handicaps et la perte d'autonomie représentent des obstacles majeurs à la pratique correcte de l'hygiène bucco-dentaire et au maintien d'une santé orale correcte.

Ceci se traduit par l'accumulation de plaque bactérienne, le développement de phénomènes inflammatoires au niveau des gencives et des muqueuses, le développement de la pathologie carieuse et la perte des dents naturelles résiduelles pas nécessairement remplacées. Le constat pour la réhabilitation prothétique est également catastrophique avec des prothèses inadaptées, cassées et/ou non portées.

Comme le mauvais état buccal a de nombreuses conséquences sur la santé des personnes âgées, il serait donc impératif de détecter et de traiter toute altération au niveau de la cavité buccale, avant que cela n'affecte l'état général du résident.

En effet, une bonne hygiène bucco-dentaire ne facilite pas uniquement l'alimentation et la capacité à communiquer, mais améliore aussi simplement le bien-être et la qualité de vie de la personne.

Ainsi, nous pourrions mettre en place des choses simples :

- instaurer une prévention active chez les personnes âgées. Ainsi, chaque patient devrait bénéficier d'un examen oral à son admission dans un service de gériatrie ou dans une maison de retraite et être adressé à un chirurgien-dentiste par l'établissement pour la mise en place d'un protocole de soins à la fois préventif et curatif. L'hygiène et le dépistage sont les deux vecteurs de prévention, les patients âgés ne sont pas sensibilisés, et un enseignement tardif limite la coopération et la compréhension du résident.
- devant les difficultés d'accès aux soins de cette population, et notamment pour les sujets présentant une pathologie associée au vieillissement, une

vacation ou un déplacement à domicile, assuré par un ou différents chirurgiens-dentistes devrait être mis en place. Aussi se pose le problème de la nécessité d'un local, d'un minimum de matériel et de consommable, et de l'aspect libéral de la profession de chirurgien-dentiste qui trouve difficilement le temps de se déplacer, d'autant plus que la nomenclature ne tient pas compte de ce type d'activité.

- un travail multidisciplinaire doit voir le jour : médecins, infirmiers et auxiliaires de santé doivent y participer. Ce sont eux qui peuvent intervenir pour les résidents incapables de se déplacer dans les cabinets dentaires.

Ils devraient donc :

- sensibiliser les patients, la famille et les soignants à la toilette buccale,
- informer de la relation entre santé bucco-dentaire et santé générale,
- inclure un bilan odontologique systématique dans l'évaluation gériatrique,
- instaurer des protocoles d'hygiène buccale, les évaluer et effectuer le suivi,
- organiser des réseaux de soins pour la prise en charge thérapeutique.

Il paraît également important que les gériatres soient informés de la nécessité du port de prothèse, de leur rôle, des possibilités évolutives intéressantes et des conséquences favorables sur l'alimentation et l'état général des patients âgés, malgré la réalité financière et économique qui touche ces résidents. Le contexte de prise en charge (état général, degré de dépendance, capacités cognitives) spécifique de la personne âgée nécessite une étroite collaboration entre le chirurgien-dentiste et l'équipe médicale.

- le directeur et le responsable du personnel soignant devrait rappeler régulièrement l'importance d'une bonne hygiène, c'est-à-dire, maintenir un niveau d'hygiène buccale satisfaisant afin de limiter les conséquences sur la santé générale des patients et éliminer les débris alimentaires.

Il est de la responsabilité des soignants de réaliser la toilette buccale chez les personnes dépendantes ou de contrôler sa bonne exécution pour les sujets conservant une autonomie suffisante. Les soins d'hygiène buccale devraient avoir la même priorité que l'hygiène corporelle quotidienne. C'est une mesure de base dans la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie mais son importance n'est souvent pas assez reconnue par le personnel soignant.

Ainsi, nous avons l'obligation de respecter le droit à l'intégrité et à la dignité de nos aînés, d'autant plus que nous allons tous vieillir et être confrontés à cette situation.

Malgré tout, les enjeux financiers demeurent, c'est pourquoi la prévention bucco-dentaire est à enseigner dès le plus jeune âge et doit être renouvelée tout au long de la vie.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : CHARTE DE LA PERSONNE AGÉE DÉPENDANTE DE LA FONDATION NATIONALE DE GERODONTOLOGIE(1997)

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

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.

Présence et rôle des proches

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

Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Droit aux soins

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

Qualification des intervenants

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

Respect de la fin de vie

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

La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance doit voir protéger non seulement ses biens mais aussi sa personne.

L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

ANNEXE N°2 : LETTRE D'INFORMATION

Nancy-Université



MAISON DE RETRAITE
RAYNALD MERLIN
DOMMARTIN/VRAINE

LETTRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Un vieillissement de « qualité » est directement lié au respect de 4 règles essentielles : faire de l'exercice, garder une alimentation variée et équilibrée, prévenir les maladies chroniques et conserver une vie sociale et intellectuelle.

Comment respecter ces principes reconnus alors que de nombreux seniors présentent une cavité buccale en mauvais état ?

D'autant plus que les conséquences vont de la dénutrition, problème majeur du vieillissement et de la perte d'autonomie au risque accentué d'infections à distance des principaux organes (cœur, poumons, reins). De plus, l'absence de restauration bucco-dentaire est vécue par les individus comme une véritable mutilation du visage, un vieillissement ultime ne pouvant que les conduire à un repli sur soi-même.

Nous, chirurgiens-dentistes, avons donc un rôle capital à jouer auprès de nos patients quelque soit leur âge, mais également auprès des autres acteurs de santé afin de replacer la santé bucco-dentaire au cœur de la santé générale.

La santé bucco-dentaire, soutenue par une hygiène bucco-dento-prothétique, contribue au maintien d'une bonne santé générale et d'une qualité de vie des personnes âgées.

Elle leur permet : - de mieux s'alimenter et de mieux digérer,

- de conserver une bonne image de soi,

- de conserver une vie sociale,

- d'éviter les infections à distance,

- d'éviter les douleurs et les sensations d'inconfort.

Sensibilisée par ce problème qui lui tient à cœur, Mlle Gomez Isabelle souhaite préparer sa thèse de doctorat en chirurgie dentaire sur le sujet suivant : « RESIDENT D'UNE MAISON DE RETRAITE, PERSONNEL SOIGNANT, CHIRURGIEN-DENTISTE : QUELLE RELATION EXISTE-T-IL ? ».

Connaissant la motivation de la directrice Mme Ragot à améliorer les conditions de vie des résidents, nous avons choisi la maison de retraite Raynald Merlin de DOMMARTIN-SUR-VRAINE comme établissement pilote pour notre étude.

Nous sollicitons auprès des résidents et des familles, du personnel soignant, leur entière coopération et leur disponibilité afin de compléter nos questionnaires.

Nous offrons aux résidents une consultation initiale et un examen clinique complémentaire afin d'établir l'état de santé bucco-dentaire nécessaire à notre étude.

Nous souhaitons que notre travail aboutisse à la mise en place d'une collaboration étroite entre chirurgien dentiste /personnel soignant/résident afin d'optimiser la qualité de vie de ce dernier en améliorant sa santé bucco-dentaire.

Nous vous remercions par avance de votre participation.
Veuillez recevoir Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Mme Marie-Andrée RAGOT, la directrice de l'établissement,

Docteur Marie France GERARD, médecin coordinateur,

Docteur Caroline JANTZEN-OSSOLA, faculté de Chirurgie dentaire de Nancy,

Mlle Isabelle GOMEZ, faculté de Chirurgie dentaire de Nancy, étudiante en 6^eannée.

Nom du patient :

Prénom :

- Accepte d'être vu en consultation dentaire
- N'accepte pas d'être vu en consultation dentaire

Date :.....

Signature :

ANNEXE N°3 : AUTORISATION D'ETRE PHOTOGRAPHIE

Nom du patient :

Prénom :

- Accepte d'être pris en photo
- N'accepte pas d'être pris en photo

Date :.....

Signature

ANNEXE N°4 : QUESTIONNAIRE RESIDENT

QUESTIONNAIRE RESIDENT

Nom et prénom :

Age :ans

Sexe : F / M

Depuis combien de temps êtes-vous à la maison de retraite de Dommartin sur Vraine ?

.....

Pathologies :

Médicaments :

Autonomie :

- | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--|---|------------------------------------|
| a) déplacement | <input type="checkbox"/> autonome | <input type="checkbox"/> déplacement difficile | <input type="checkbox"/> fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> alité |
| b) alimentation | | <input type="checkbox"/> solide | <input type="checkbox"/> mixée | <input type="checkbox"/> liquide |
| | | <input type="checkbox"/> autonome | <input type="checkbox"/> aidée | <input type="checkbox"/> par sonde |
| c) hygiène : | | | <input type="checkbox"/> autonome | <input type="checkbox"/> aidée |

Renseignements dentaires

Avez-vous un dentiste?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
<i>Si oui, quand l'avez-vous vu pour la dernière fois ?</i>				
Existe-t-il un obstacle à l'accès aux soins ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
<i>Si oui, le(s)quel(s) :</i>				
Portez-vous une prothèse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
<i>Si oui :</i>				
<input type="checkbox"/> prothèse fixée				
<input type="checkbox"/> prothèse amovible				
Vous brossez-vous les dents ?	<input type="checkbox"/> 1fois/jour	<input type="checkbox"/> 2 fois /jour	<input type="checkbox"/> plus	<input type="checkbox"/> moins
Utilisez-vous du bain de bouche ?	<input type="checkbox"/> 1fois /jour	<input type="checkbox"/> 2 fois /jour	<input type="checkbox"/> plus	<input type="checkbox"/> moins
Utilisez-vous des comprimés nettoyants ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Utilisez-vous de la colle pour prothèse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
<i>Si oui :</i>				
<input type="checkbox"/> en tube				
<input type="checkbox"/> en bandelettes				
Enlevez-vous votre prothèse la nuit ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Ressentez-vous une sécheresse buccale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Possédez-vous une boîte pour ranger votre prothèse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
En général, êtes-vous satisfait de votre bouche ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

Que pensez-vous de votre état bucco-dentaire ?

- douleur ?.....
.
- esthétique ?.....
.
- fonctionnel ? (mastication, phonation, etc.)

.....
.....

Le patient est-t-il :

coopérant ? oui non

cohérent ? oui non

Examen clinique

1 EXAMEN EXO-BUCCAL :

- Dimension verticale :.....
- Symétrie du visage :.....
- Tuméfactions, rougeurs, perlèche :.....
- Ecoulements salivaires :.....
- Respiration buccale.....
- Ouverture buccale.....

2 EXAMEN ENDO-BUCCAL :

Etat des muqueuses :

ulcérations oui non
rougeurs oui non

Etat du dos de la langue :

.....

Etat du plancher buccal :

.....

Salive

quantité de salive faible normale en excès

Dents

nombre de dents restantes :
nombre de caries à soigner :
nombre de racines à extraire :
nombre de dents parodontales à extraire :
nombre de dents parodontales à soigner :

Présence de plaque

oui non

Présence de tartre

oui non

Présence de

oui non

**résidus
alimentaires**

Prothèse

amovible

complète partielle

fixée

*nombre de dents manquantes sur la
prothèse.....*

*nombre de crochets manquant sur la
prothèse*

adaptation de la prothèse oui non

présence de tartre sur la
prothèse oui non

usure des dents et de la
résine de la prothèse oui non

ANNEXE N°5 : QUESTIONNAIRE PERSONNEL SOIGNANT

QUESTIONNAIRE PERSONNEL SOIGNANT

1° Fonction :.....

2° Sexe : F/M

3° Tranche d'âges : 18-30ans 31-45ans 46-55ans 55ans et plus

4° Depuis combien de temps travaillez-vous à la mai son de retraite de Dommartin sur Vraine ?

.....

5° Est -ce votre premier poste en maison de retraite ?

oui non

6° Dans votre fonction actuelle prenez-vous en char ge le patient :

tous les jours parfois jamais

7° Etes-vous amené à participer à l'hygiène bucco-d entaire des résidents ?

1fois /jour 2 fois /jour plus jamais parfois

8° Comment participez-vous ?

- préparation de la brosse à dent/dentifrice/gobelet :

1 fois /jour 2 fois /jour plus jamais

- aide au brossage en bouche :

1 fois / jour 2 fois /jour plus jamais

- aide au brossage de la prothèse :

1 fois /jour 2 fois /jour plus jamais

- utilisation de bain de bouche :

1 fois /jour 2 fois /jour plus jamais

- utilisation d'adjuvants de nettoyage :

1 fois /jour 2 fois /jour plus jamais

- utilisation d'agent d'adhésion :

1 fois /jour 2 fois /jour plus jamais

9° Savez vous reconnaître une prothèse amovible d'u ne prothèse fixée :

oui non

10° Savez vous reconnaître une prothèse amovible pa rtielle d'une prothèse complète :

oui non

11°Reconnaitriez-vous une lésion ou une ulcération buccale :

oui non

12°Reconnaitriez-vous une mycose buccale :

oui non

13° Au cours de votre formation :

- vous a-t-on parlé de l'hygiène bucco-dentaire ?
 oui non

- vous a-t-on formé à l'hygiène bucco-dentaire du patient ?
 oui non

- vous a-t-on déjà parlé :
 - des prothèses dentaires ? oui non

 - des pathologies carieuses ? oui non

 - des pathologies des muqueuses ? oui non

14° Votre formation vous semble-t-elle suffisante a u sujet de l'hygiène bucco-dentaire et de la cavité buccale ?

oui non

15° Rencontrez-vous des difficultés à mettre en œuvre l'hygiène bucco-dentaire ?

oui non

16° Ressentez-vous de la gêne voire du dégoût à manipuler les prothèses ou à effectuer la toilette buccale ?

oui non

17° Souhaiteriez-vous aborder certains sujets en particulier?

.....

BIBLIOGRAPHIE INTERNET

A.N.A.E.S

Parodontopathies: diagnostic et traitements, 2002

<http://www.anaes.fr>.

Consulté le 12 février 2009

BUDTZ-JÖRGENSEN E.

Les soins dentaires dans un établissement médico-social de psychogériatrie.

http://www.svmed.ch/presse/CMV-Articles%20complets/l_Dents-EMs.pdf

Consulté le 22 mai 2009

COHEN C.

Santé dentaire en gériatrie.

<http://www.poitou-charentes.assurance-maladie.fr>

Consulté le 15 juin 2009

DORIN M., CANDES C., CHEVALIER J.

Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées en Essonne.

Service Médical de l'Assurance Maladie, Essonne, 2001.

<http://www.urcamif.assurance-maladie.fr>

Consulté le 04 février 2009

DUMAIS T., BASSIT G., BUSSON O.

Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement. URCAM Pays de la Loire, 2004

<http://www.pays-loire.assurance-maladie.fr>

Consulté le 10 janvier 2009

FEN UNSA (Syndicat National des Infirmiers Infirmières Educateur de Santé)

Décret N°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

<http://www.snies.unsa-education.org>

Consulté le 13 mars 2009

I.N.S.E.E.

Bilan démographique 2007

<http://www.insee.fr>

Consulté le 08 octobre 2009.

PRIGENT H.

Le respect de la personne âgée dépendante en institution.

<http://www.infirmier.com>

Consulté le 20/06/2009

ROBERT-BOBEE I.

Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050.

<http://www.insee.fr>

Consulté le 04/04/2009

TAMISIER J.

Etat de santé bucco-dentaire des résidents en établissement pour personnes âgées en Bretagne.

Dossier de l'URCAM Bretagne, n°23, 2004

<http://www.santebretagne.com>

Consulté le 10 janvier 2009

W.H.O.

Elderly people.

http://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html

Consulté le 04 février 2009

BIBLIOGRAPHIE

ACHE M.

La prothèse conjointe et adjointe partielle chez le sujet âgé.
Chir. Dent. Fr., 1991, 61 (558): 43-46.

BAAT C., BRUINS H., VAN ROSSUM G., KALIK W.

Oral health care for nursing home residents in the Netherlands: a national survey.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1993, 4: 240-242.

BARNETT J.

A reassessment of oral healthcare.
Prof. Nurse, 1991, 6 (12): 703-708.

BAUDIN C.

Personnes âgées et santé bucco-dentaire : un vaste chantier.
Chir. Dent. Fr., 2005, 1193: 35-48.

BEAULIEU M.B.

Formation et pratique de l'aide-soignant.
In : Le rôle de l'aide-soignant en institution
Paris : Masson, 2005, 1: 175.

BECK J., SLADE G., OFFENBACHER S.

Oral disease, cardiovascular disease and systemic inflammation.
Periodontol. 2000, 2000, 23: 110-120.

BECK J., GARCIA R., HEISS G. et al.

Periodontal disease and cardiovascular disease.
J. Periodontol., 1996, 67 (10): 1123-1137.

BENOIST D.

Hygien and diet in the elderly.
Actual. Odonto-Stomatol., 1985, 39 (152): 797-802.

BENZARTI N., ABDELLAOUI L.

Maladies cardio-vasculaires et parodonte : Etat actuel des connaissances.
In : L'Objectif Prévention, Médecine et Santé Parodontale,
Paris : UFSBD, 2001: 9-18.

BERENGUER G., PELI J.F., MIQUEL J.L.

Odontologie conservatrice en gérontologie
Actual. Odonto-Stomatol., 1984, 145: 47-59.

- BLANK L.W., ARVIDSON-BUFANO U.B., YELLOWITZ J.A.
The effect of nurses' background on performance of nursing home resident oral health assessments pre- and post-training
SCD, 1996, 16 (2): 68.
- BOCHELEN A.
La prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante.
Th : Chir-Dent : Nancy 1 : 2003.
- BOYLE S.
Assessing mouth care.
Nurs. Times, 1992, 88 (15): 44-46.
- BRATEL J., BERGGREN U.
Long-term oral effects of manual or electric toothbrushes used by mentally handicapped adults.
Clin. Prev. Dent., 1991, 13 (4): 5-7.
- BRIAND B.
Diététique et édentation totale chez les personnes âgées.
Th : Chir-Dent : Bordeaux 2: 1997
- BRIDGES R.B., ANDERSON J.W., SAXE S.R.
Periodontal status of diabetic and non-diabetic men: effects of smoking, glycemic control, and socioeconomic factors.
J. Periodontol., 1996, 67 (11): 1185-1192.
- BUDTZ-JÖRGENSEN E.
La flore microbienne sous-prothétique.
Cah. Prothèse, 1992, 78: 139-143.
- BUDTZ-JÖRGENSEN E.
Prosthodontics for elderly. Diagnosis and treatment.
Chicago: Quintessence Publishing, 1999: 97-102.
- BUDTZ-JÖRGENSEN E., MOJON P.
Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term facility.
Community Dent. Oral Epidemiol., 2000, 28: 141-149.
- BUDTZ-JÖRGENSEN E.
Prognosis of overdenture abutments in the aged: effect of denture wearing habits.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1992, 5: 302-306.
- CADOT S., CANET C., MIQUEL J.L., DARTIGUES J.F., BARBERGER-GATEAU P. et SALOMON R.
Premières constatations gérodontologiques: Paquident, un an après.
Chir. Dent. Fr., 1991, 555: 5-10.

- CHALMERS J.M., LEVY S.M.
Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents.
Spec. Care Dent., 1996, 16: 71-79.
- CHUNG J.P., MOJON P.
Dental care of elderly in nursing homes: perception of managers, nurses, and physicians.
Spec. Care Dent., 2000, 20: 12-17.
- DAY J., MARTIN M.D.
Efficacy of a sonic toothbrush for plaque removal by caregivers in a special needs population.
Spec. Care Dent., 1998, 18: 202-206.
- DESTEFANO F., ANDA R.F., KAHN H.S.
Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality.
BMJ, 1993, 306: 688-691.
- DISDIER J.L., SCHULIARD Y.
Identification des prothèses dentaires amovibles.
Inf. Dent., 2009, 34: 1956-1958
- DIU S., GELBIER S.
Oral health screening in elderly people attending a community care centre
Community Dent. Oral Epidemiol., 1989, 17: 212-215.
- DORIN M. et al.
Etat de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.
Inf. Dent., 2002, 84 (23): 74-77.
- DUPUIS V.
Diététique, édentation et prothèse amovible.
Paris: CdP, 2005: 155.
- EMRICH L.J., SHLOSSMAN M., GENCO R.J.
Periodontal disease in non insulin-dependent diabetes mellitus.
J. Periodontol., 1991, 62 (2): 123-31.
- EL MAAZY S.
Evaluation des protocoles d'hygiène bucco-dentaire dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées de l'agglomération de Nancy.
Th : Chir-Dent : Nancy 1: 2005.
- ENJALBERT M., ABRIC M.
Aides techniques et matériel d'assistance en gériatrie.
Paris : Masson, 2002: 238.

- ELTER J.R., OFFENBACHER S., TOOLE J.F., BECK J.D.
Relationship of periodontal disease and edentulism to stroke/TIA,
J. Dent. Res., 2003, 12: 998-1001.
- FIEHN N.E., LARSEN T., BANGSBORG J.M.
Identity of Streptococcal Blood Isolates and Oral Isolates from two patients
with Infective Endocarditis.
J. Clin. Microbiol., 1995; 33: 1399-1401.
- FISKE J., HYLAND K.
Parkinson's disease and oral care.
Dent. Update, 2000, 27 (2): 58-65.
- FISKE J., LLOYD H.A.
Dental needs of residents and carers in elderly peoples' homes and carers
attitudes to oral health.
Eur. J. Prosthodont. Rest. Dent., 1992, 1: 91-95.
- FISKE J., GRIFFITHS J.
Guidelines for oral health care for long-stay patients and residents.
Gerodontology, 2000, 17 (1): 5-64.
- FISKE J., GRIFFITHS J., THOMPSON S.
Multiple sclerosis and oral care.
Dent. Update, 2002, 29 (6): 273-283.
- FOLLIGUET M, GIACOBI A, VEILLE-FINET A, BODINEAU A.
Rôle du chirurgien-dentiste dans la pratique quotidienne.
Chir. Dent. Fr., 2005, 1198: 19-24.
- FORSS H.
Indications des verre-ionomères en gérodonologie et pédodontie.
Tribune Dent., 1994, 2 (16): 37-38.
- FRENKEL H., HARVEY I., NEWCOMBE R.G.
Oral health care among nursing home residents in Avon.
Gerodontology, 2000, 17 (1): 33-38.
- GIUMELLI B.
Etude de la muqueuse palatine en microscopie électronique chez des
sujets normaux ou porteurs de prothèse amovible.
Th : Chir-Dent : Nantes: 1993.
- GRONERT K.
Oral hygiene and the nurse.
Assignment, 1995, 1 (12): 15-21.

- GROSSI S.G., SKERPCINSKI F.B., DE CARO T.
Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycated hemoglobin.
J. Periodontol., 1999, 68: 713-719.
- HENNEQUIN M., FAULKS D., ROUX D.
Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients.
J. Dent., 2000, 28: 131-136.
- 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 : Chir-Dent : Nancy 1: 2006.
- ISAKSSON R., PAULSSON G.
Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly.
Spec. Care Dent., 2000, 20: 109-113.
- JENSEN M.E., KOHOUT F.
The effect of a fluoridated dentifrice on root and coronal caries in an older adult population.
J. Am. Dent. Assoc., 1988, 117: 829-832.
- JOKOVIC A., LOCKER D.
Dissatisfaction with oral health status in an older adult population
J. Publ. Health Dent., 1997, 57 (1): 40-47.
- LAURET J.F.
Propositions pour une approche biologique de l'occlusion chez le patient âgé.
Chir. Dent. Fr., 1991, 558: 19-45.
- LE BARS P., GIUMELLI B.
Traitements de la stomatite prothétique.
Cah. Prothèse, 1994, 86: 60-71.
- LE BARS P., AMOURIQ Y., BODIC F., GIUMELLI B.
Réactions tissulaires au port des appareils de prothèse dentaire amovible partielle ou totale.
Encycl. Méd. Chir. Paris, Odonto., 2002, 23-325-P-10: 10.
- LEONARD A., SEGUELA V., DUPUIS V.
Prothèse complète et nutrition
Inf. Dent., 2008, 32 (32): 1785-1790.
- LOË H.
Periodontal disease- the sixth complication of diabetes mellitus.
Diabetes Care, 1993, 16 (1): 329-334.

LOESCHE W.J., LOPATIN D.E.

Interactions between periodontal disease, medical diseases and immunity in the older individual.

Periodontol. 2000, 1998, 16: 80-105.

LOESCHE W.L., SCHORK A., TERPENNING M.S. et al.

The relationship between dental disease and cerebral vascular accident in elderly United States veterans.

Ann. Periodontol., 1998, 3: 161-174.

LOGAN H., NITSCHKE I. et HOPFENMULLER W.

Zahnmedizinische Betreuung in Seniorenheimen. Organisation und Beurteilung durch die Heimleitungen.

Dtsch. Stomatol., 1991, 11: 432-435.

MAC ENTEE M.I.

Oral care for successful aging in long-term care.

J. Public Health Dent., 2000, 60 (4): 326-329.

MAC ENTEE M.I., THORNES S., KAZANJIAN A.

Conflicting priorities: oral health in long-term care.

Spec. Care Dentist., 1999, 19 (4): 164-172.

MATTHEWS D.C., PERIO D.

The relationship between diabetes and periodontal disease.

J. Can. Dent. Assoc., 2002, 68 (3): 161-164.

MATTILA K.J., PUSSINEN P.J., PAJU S.

Dental infections and cardiovascular diseases: a review.

J. Periodontol., 2005, 76: 2085-2088.

MAURY J., MIQUEL J.L.

Les hyposialies du troisième âge.

Rev. Odonto-Stomatol. Midi Fr., 1984, 42: 19-23.

MCCLANAHAN S.F., BEISWANGER B.B., BARTIZEK R.D., LANALACO A.C., BACCA L., WHITE D.J.

A Comparison of Stabilized Stannous Fluoride Dentifrice for Efficacy in the Reduction of Gingivitis and Gingival Bleeding: Six-Month Clinical Results.

J. Clin. Dent., 1997, 8 (2): 39-45.

MCNALLY M., KENNY N.

Vieillissement de la population, dilemmes éthiques et soins bucco-dentaires.

J. Canad. Dent. Assoc., 1999, 65: 623-626.

MERETE VIGILD A.

Model for oral health care for elderly persons in nursing homes with an estimate of the resources needed.

Acta. Odontol. Scand., 1989, 47: 202-203.

- MENDEZ M.V., SCOTT T., LAMORTE W.
An association between periodontal disease and peripheral vascular disease.
Am. J. Surg., 1998, 176: 153-157.
- MERELIE D.L. et HEYMAN B.
Dental needs of the elderly in residential care in Newcastle-upon-Tyne and the role of formal carers.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1992, 2: 106-111.
- METTON M., BUCH D., TENENBAUM A.
Amélioration de l'hygiène bucco-dentaire des patients âgés de l'hôpital Bretonneau (AP-HP)
Chir. Dent. Fr., 2009, 1398: 53-60.
- MEURMAN J.H., SANZ M, JANKET S.K.
Oral health, atherosclerosis and cardiovascular disease.
Rev. Oral Biol. Med., 2004, 15: 403-413.
- MILLER R., RUBENSTEIN L.
Oral health for hospitalised patients: the nurses' role.
J. Nurs. Educ., 1987, 26 (9): 362-366.
- MILLER D.B., LAUENSTEIN R., WINSTON R.
Physicians' attitudes toward the ill, aged, and nursing homes.
J. Am. Geriatr. Soc., 1968, 16: 976-983.
- MILLET J. et MULLER M.
Hygiène bucco-dentaire et établissements gériatriques des Alpes-Maritimes
Inf. Dent., 1995, 2: 109-113.
- MOJON P., RENTSCH A.
Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long- term care facility.
Eur. J. Oral Sci., 1998, 106 : 827-834.
- MOUTON C.
Les sucres de substitution en prévention de la carie dentaire.
J. Dent. Que., 1984, 21: 71-85.
- MOYNIHAN P.J., BUTTLER T.J., THOMASON J.M., JEPSON W.J.
Nutrient intake in partially dentate patients: the effect of prosthetic rehabilitation.
J. Dent., 2000, 28: 557-563.
- NAVAZESH. M., MULLIGAN. R.
Systemic dissemination as a result of oral infection in individuals 50 years of age and older.
Spec. Care Dentist., 1995, 15 (1): 11-19.

NEPOS D.

L'odontologie conservatrice chez le patient du troisième âge.
Chir. Dent. Fr., 1991, 555: 43-46.

NICOLAS E., LASSAUZAY C., VEYRONE J.L., HENNEQUIN M.

Réhabilitation prothétique en gériatrie
Inf. Dent., 2008, 90 (14): 706-710.

NITSCHKE I., HOPFENMULLER W.

Zahnmedizinische Betreuung in Seniorenheimen. Organisation und
Beurteilung durch die Heimleitungen.
Dtsh. Stomatol., 1991, 11: 432-435.

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.

Personnes âgées dépendantes, une sous-médicalisation bucco-dentaire.
La lettre de l'ONCD, 2004, 27: 23-31.

PALEY G.A., SLACK-SMITH L.M., O'GRADY M.J.

Aged care staff perspectives on oral care for residents: Western Australia
Gerodontology, 2004, 21: 146-154.

PEIGNIER H.

Elaboration d'un support pédagogique pour la formation à l'hygiène bucco-
dentaire de personnel soignant en charge des personnes âgées
fragilisées.
Th : Chir-Dent : Nancy: 2006.

PEIGNIER H.

Entretien des prothèses dentaires-formation du personnel soignant
Inf. Dent., 2008, 6: 249-253.

PELTOLA P., VEHKALAHTI M.M.

Oral health and treatments needs of the long-term hospitalized elderly.
Gerodontology, 2004, 21: 93-99.

PERSSON R.E., TRUELOVE E.L., LERESCHE L.

Therapeutic effects of daily or weekly chlorhexidine rinsing on oral health
of a geriatric population.
Oral Surg., 1991, 72: 184-191.

PIETROKOVSKI J., AZUELOS J., TAU S., TAMARI L., MOSTAVOY R.

Oral findings in elderly nursing home residents in selected countries: Oral
hygiene conditions and plaque accumulation on denture surfaces.
J. Prosthet. Dent., 1995, 73: 136-141.

POSTAIRE M., POMPIGNOLI M.

Absence ou inadéquation des prothèses principales causes de malnutrition
des personnes âgées dépendantes
Clinic, 2007, 28: 3-6.

- POUYSSÉGUR V., LAUPIE J., MAHLER P.
Impact de la détérioration buccale sur le processus de vieillissement.
Chir. Dent. Fr., 2005, 1233: 150-158.
- PUSSINEN P.J., ALFTHAN G., RISSANEN H.
Antibodies to periodontal pathogens and stroke risk.
Stroke, 2004, 35: 2020-2023.
- RAGOT J.P., AURIOL M., BERTRAND J.C.
Vieillesse des glandes salivaires : bouches sèches des personnes âgées.
Actual. Odonto-Stomatol., 2001, 215: 345-365.
- SCANNAPIEGO F.A., GENCO R.J.
Association of periodontal infections with atherosclerotic and pulmonary diseases.
J. Periodont. Res., 1999, 34: 340-345.
- SIMONS D., BRAILSFORD S., KIDD E.A., BEIGHTON D.
Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes.
Community Dent. Oral Epidemiol., 2001, 29 (6): 464-470.
- SOSKOLNE W., KLINGER A.
The relationship between periodontal disease and diabetes: an overview.
Ann. Periodontol., 2001, 6: 91-98.
- SRODA R., PLEZIA R.
Oral hygiene devices for special patients.
Spec. Care Dentist., 1984, 4 (6): 264-266.
- SUMI Y., NAKAJIMA K.
Developing an instrument to support oral care in the elderly.
Gerodontology, 2003, 20: 3-8.
- TAMISIER J., BENEDETTI N., SALLOU J.P., DESCAMPS C., PETER C.
Etat de santé bucco-dentaire des résidents en établissements pour personnes âgées en Bretagne
La revue de Gériatrie, 2007, 32 (10): 743-751.
- TAYLOR G.W.
Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective.
Ann. Periodontol., 2001, 6: 99-112.
- TAYLOR G.W., MANZ M.C., BORGNACKE W.S.
Diabetes, periodontal diseases, dental caries and tooth loss: a review of the literature.
Comp. Cont. Educ. Dent., 2004, 25: 179-184.

- TAYLOR G.W.
Periodontal treatment and its effects on glycemic control.
Oral Surg., 1999, 87: 311-317.
- TENG Y., TAYLOR G., SPANNAPIEGO F.
Periodontal health and systemic disorders.
J. Can. Dent. Assoc., 2002, 68 (3): 188-192.
- TOSELLO A., FOTI B., SEDARAT C., BRODEUR J.M., FERRIGNO JM.,
TAVITIAN P.
Oral fonctionnal characteristics and gastrointestinal pathology: an
epidemiological approach.
J. Oral Rehabil., 2001, 28: 668-674.
- TRENTER-ROTH P., CREASON N.S.
Nurse-administered oral hygiene: Is there a scientific basis?
J. Adv. Nurs., 1986, 11: 323-331.
- TRIVALLE C.
Gérodontologie preventive : elements de prevention du vieillissement
pathologique.
Paris : Masson, 2002: 9-320.
- VIGILD M., BRINK J.
A one-year follow-up of an oral health care programme for residents with
severe behavioural disorders at special nursing homes in Denmark.
Community Dent. Health, 1998, 15: 82-92.
- VINCENT J.R., MASSICOTTE P.
L'hygiène bucco-dentaire des personnes en perte d'autonomie ; les
brosses à dents électriques peuvent-elles améliorer leur condition ?
J. Dent. Que., 1993, 30 (1): 9-13.
- WARDH I., ANDERSSON L., SORENSEN S.
Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered
nurses, nursing assistants and home care aides.
Gerodontology, 1997, 14 (1): 28-32.
- WIEHL P.
Médecine et âge. La prise en charge de patients gériatriques.
Schweiz Monatsschr Zahnmed, 1990, 100: 320-323.
- WILLIAMS M.E., GAYLORD S.A., MCGAGHIE W.C.
Timed manual performance in a community elderly population.
J. Am. Geriatric. Soc., 1990, 38: 1120-1126.
- WYATT C.C.
Elderly Canadians residing in long-term care hospitalities, Part 2: Dental
caries status.
J. Canad. Dent. Assoc., 2002, 68 (6): 359-363.

YONEZAWA H.

Effects of tongue and oral mucosa cleaning on oral Candida Species and production of volatil sulfur compounds in the elderly in a nursing home.
J. Med. Dent. Sci., 2003, 50: 1-8.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS ET DEFINITIONS	p.1
INTRODUCTION	p.3
1. <u>LE RESIDENT DE LA MAISON DE RETRAITE DE DOMMARTIN-SUR-VRAINE</u>	p.8
1.1. INTRODUCTION	p.8
1.2. MATERIELS ET METHODES	p.11
1.2.1. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	p.11
1.2.2. RECUEIL DES DONNEES	p.12
1.2.3. POPULATION	p.13
1.2.4. PARAMETRES ETUDIES	p.13
1.2.4.1. Renseignements administratifs	p.13
1.2.4.2. Renseignements médicaux	p.13
1.2.4.3. Autonomie	p.14
1.2.4.4. Chirurgien-dentiste traitant	p.14
1.2.4.5. Renseignements bucco-dentaires et prothétiques	p.15
1.2.4.5.1. Bilan prothétique	p.15
1.2.4.5.2. Hygiène bucco-dentaire	p.15
1.2.4.5.3. Confort et satisfaction	p.15
1.2.4.5.4. Coopération et cohérence	p.16
1.2.4.6. Examen exo-buccal	p.16
1.2.4.7. Examen endo-buccal	p.16

1.3. RESULTATS ET DISCUSSION	p.18
1.3.1. AGE, SEXE ET DUREE DE SEJOUR DE LA POPULATION	p.18
1.3.2. ANTECEDENTS MEDICAUX DE LA POPULATION : PATHOLOGIES ET TRAITEMENTS	p.20
1.3.2.1. TRAITEMENTS ANTALGIQUES, ANTIPYRETIQUES ET ANTI-INFLAMMATOIRES	p.20
1.3.2.2. CANCERS ET TRAITEMENTS ANTICANCEREUX	p.21
1.3.2.3. PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES	p.21
1.3.2.4. ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE	p.24
1.3.2.5. TROUBLES DIGESTIFS	p.26
1.3.2.6. TROUBLES NUTRITIONNELS	p.27
1.3.2.7. LES TROUBLES NEUROLOGIQUES ET NEUROPSYCHIATRIQUES	p.28
1.3.2.8. PATHOLOGIES PULMONAIRES ET RESPIRATOIRES	p.29
1.3.2.9. TROUBLES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR	p.31
1.3.2.10. TROUBLES D'ADDICTION	p.32
1.3.2.11. TROUBLES DE LA SALIVATION ET DES MUQUEUSES BUCCALES	p.32
1.3.3. COOPERATION ET COHERENCE	p.34
1.3.4. DEPLACEMENT, ALIMENTATION, HYGIENE	p.34
1.3.5. CHIRURGIEN-DENTISTE	p.36
1.3.6. DONNEES BUCCO-DENTAIRES ET PROTHETIQUES	p.37

1.3.6.1. REHABILITATION PROTHETIQUE	p.37
1.3.6.2. HYGIENE BUCCO-DENTAIRE	p.39
1.3.7. CONFORT ET SATISFACTION	p.40
1.3.8. OBSERVATIONS EXO-BUCCALES	p.42
1.3.9. OBSERVATIONS ENDO-BUCCALES	p.44
1.3.9.1. ETAT DES MUQUEUSES BUCCALES	p.44
1.3.9.2. ETAT BUCCO-DENTAIRE	p.46
1.3.9.3. ETAT PARODONTAL	p.48
1.3.9.4. ETAT PROTHETIQUE	p.51
1.4. CONCLUSION	p.53
2. <u>LE PERSONNEL SOIGNANT</u>	p.55
2.1. INTRODUCTION	p.55
2.2. MATERIELS ET METHODES	p.55
2.2.1. DEROULEMENT DE L'ENQUETE ET RECUEIL DES DONNEES	p.55
2.2.2. POPULATION	p.55
2.2.3. PARAMETRES ETUDIES	p.56
2.2.3.1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	p.56
2.2.3.2. RENSEIGNEMENTS SUR LEUR PARTICIPATION A L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DES RESIDENTS	p.56
2.2.3.2.1. Prise en charge des patients	p.56
2.2.3.2.2. Participation à l'hygiène bucco-dentaire	p.56
2.2.3.2.3. Comment participent-ils à l'hygiène bucco-dentaire	p.56

2.2.3.3.	RENSEIGNEMENTS SUR LEUR FORMATION	p.57
2.2.3.4.	RENSEIGNEMENTS SUR LEURS CONNAISSANCES ACTUELLES	p.57
2.2.3.5.	RENSEIGNEMENTS SUR LES DIFFICULTES RENCONTREES	p.57
2.3.	RESULTATS ET DISCUSSION	p.59
2.3.1.	FONCTION, SEXE, AGE DU PERSONNEL	p.59
2.3.2.	PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS	p.61
2.3.3.	FORMATION INITIALE	p.64
2.3.4.	PERCEPTION INDIVIDUELLE DES CONNAISSANCES	p.66
2.3.5.	DIFFICULTES RENCONTREES	p.66
2.4.	CONCLUSION	p.69
3.	<u>LE CHIRURGIEN-DENTISTE</u>	p.72
3.1.	ROLES DU CHIRURGIEN-DENTISTE	p.73
3.1.1.	VIS-A-VIS DES PATIENTS	p.73
3.1.1.1.	CONSULTATION INITIALE	p.73
3.1.1.2.	APPRENTISSAGE DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE AU PATIENT	p.75
3.1.1.3.	INTERCEPTION, SOULAGEMENT, SOIN, REHABILITATION	p.76
3.1.2.	VIS-A-VIS DU PERSONNEL SOIGNANT : FORMATION A L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE	p.81
3.1.2.1.	BROSSAGE DES DENTS	p.82

3.1.2.2.	HYGIENE DES MUQUEUSES	p.84
3.1.2.3.	ENTRETIEN DES PROTHESES	p.86
3.2.	OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DU RESIDENT	p.89
3.1.1.	Il existe de nombreuses idées préconçues	p.89
3.1.2.	Difficultés liées au résident	p.89
3.2.2.1.	PARTICIPATION DES PERSONNES AGEES A LEURS SOINS BUCCO-DENTAIRES	p.89
3.2.2.2.	RESIDENTS INCAPABLES DE SIGNALER LEURS PROBLEMES BUCCO-DENTAIRES	p.90
3.2.2.3.	NON-COMPLIANCE	p.90
3.2.2.4.	LA FRAGILITE	p.90
3.2.2.5.	DIFFICULTES FINANCIERES	p.92
3.2.3.	Difficultés liées à la famille	p.92
3.2.3.1.	FAMILLE INCAPABLE OU NE SOUHAITANT PAS COOPERER	p.92
3.2.3.2.	DIFFICULTES FINANCIERES	p.93
3.2.4.	Difficultés de transport	p.93
3.2.5.	Difficultés liées aux soignants de l'établissement	p.94
3.2.5.1.	LES SOIGNANTS NE PARTICIPANT PAS A L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE	p.94
3.2.5.2.	DIFFICULTES A ELIMINER LA PLAQUE DENTAIRE	p.95
3.2.5.3.	MANQUE DE COMMUNICATION	p.95

3.2.6. Difficultés liées à l'administration	p.95
3.2.7. Difficultés liées aux professionnels de santé bucco-dentaire	p.96
3.2.7.1. MANQUE DE FORMATION	p.96
3.2.7.2. CHIRURGIENS-DENTISTES NE SOUHAITANT PAS RENDRE VISITE AUX RESIDENTS	p.96
3.2.7.3. LONGUES PERIODES D'ATTENTE POUR LES SOINS DENTAIRES	p.97
3.2.7.4. DIFFICULTES DE TROUVER UN LOCAL ADAPTE POUR LES SOINS DENTAIRES	p.97
3.3. RELATION RESIDENT-PERSONNEL SOIGNANT-CHIRURGIEN-DENTISTE	p.101
CONCLUSION	p.108
ANNEXES	p.111
BIBLIOGRAPHIE INTERNET	p.124
BIBLIOGRAPHIE	p.126

GOMEZ (Isabelle) – Résident d'une maison de retraite, personnel soignant, chirurgien-dentiste : quelle relation existe-t-il ?

NANCY, 2010 : 3189 ; p 136

Th.: Chir. Dent. : NANCY : 2010 ; 3189

MOTS - CLES : - Personne âgée

- EHPAD
- Hygiène bucco-dentaire
- Personnel soignant
- Chirurgien-dentiste

GOMEZ (Isabelle) – Résident d'une maison de retraite, personnel soignant, chirurgien-dentiste : quelle relation existe-t-il ?

Th. : Chir-Dent. : Nancy-1 : 2010

La population vieillit et ainsi, de plus en plus de personnes âgées sont institutionnalisées. Les résidents des EHPAD présentent une santé bucco-dentaire inquiétante mais surtout une hygiène bucco-dentaire insuffisante, ce qui en fait une des priorités de santé publique.

Nous avons réalisé une étude auprès des personnes âgées dépendantes et autonomes de la maison de retraite de Dommartin-sur-Vraine, afin de décrire leur état de santé bucco-dentaire et d'évaluer leurs besoins en soins, ainsi qu'une enquête auprès du personnel soignant de l'établissement afin d'évaluer leurs compétences en matière d'hygiène bucco-dentaire.

Les résultats de ce travail ont montré la relation entre résidents, personnel soignant et chirurgien-dentiste. Il apparaît aussi la nécessité d'établir une organisation des soins bucco-dentaires dans ces institutions de long séjour, d'une formation tant théorique que pratique du personnel soignant, ainsi que d'une coordination entre tous les acteurs de santé (personnel soignant, gériatres, chirurgien-dentiste) et le résident.

JURY :

	Présidente	<u>Pr C. STRAZIELLE</u>	<u>Professeur des Universités</u>
Juge		Dr D. DROZ	Maître de Conférences des Universités
Juge		<u>Dr C. JANTZEN-OSSOLA</u>	<u>Assistante Hospitalier Universitaire</u>
Invitée		Dr M-F. GERARD	Chargée d'enseignement en médecine générale
Invitée		Mme M-A. RAGOT	Directeur EHPAD

Adresse de l'auteur :

Isabelle GOMEZ
37 rue Georges Genoux
70000 VESOUL

Jury : Président : C. STRAZIELLE – Professeur des Universités
Juges : D. DROZ – Maître de Conférence des Universités
C. JANTZEN-OSSOLA – Assistant Hospitalier Universitaire
MF GERARD – Docteur en Médecine
Invitée: M.A. RAGOT – Directeur de l’Etablissement Hospitalier pour Personnes
Agées

Thèse pour obtenir le diplôme D’Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle GOMEZ Isabelle, Emilia, Juliette**

né(e) à: **BESANÇON (Doubs)**

le **05 Février 1982**

et ayant pour titre : **«Résident d’une maison de retraite, personnel-soignant, chirurgien-
dentiste : quelle relation existe-t-il ?.»**

Le Président du jury,



C. STRAZIELLE

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



Autorise à soutenir et imprimer la thèse 3189.

NANCY, le 12.01.2010

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

C. CADEVILLE-ATKINSON