HAL
open science

Evaluation critique d'un système de prise en charge de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes des EHPAD de la région de Nancy

Héloïse Midon

To cite this version:

Héloïse Midon. Evaluation critique d'un système de prise en charge de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes des EHPAD de la région de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01738992

HAL Id: hal-01738992

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738992v1

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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

ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ HENRI POINCARE – NANCY 1
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2010 N° 3248

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Héloïse MIDON

Née le 14 Janvier 1986 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

**ÉVALUATION CRITIQUE
D'UN SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE
DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE
CHEZ LES PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES DES EHPAD
DE LA RÉGION DE NANCY**

Présentée et soutenue publiquement le 10 mai 2010

Examinateurs de la thèse :

M. J-P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
Melle C. STRAZIELLE	Professeur des Universités	Juge
Mme V. STUTZMANN - MOBY	Maître de Conférences	Juge
Mme M-A. MANCIAUX	Docteur en médecine gériatrique	Juge

Nancy-Université
Université Henri Poincaré

Faculté d'Odontologie

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

souligné : *responsable de la sous-section* *temps plein

Mis à jour le 01.02.2010

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

A NOTRE PRÉSIDENT

Monsieur le Professeur Jean - Paul LOUIS

Officier des Palmes Académiques
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités
Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire
Sous-section : Prothèses

Nous vous remercions sincèrement de nous faire l'honneur de présider ce jury. Pour vos compétences cliniques et votre passion de l'enseignement, veuillez trouver ici l'expression de notre vive gratitude et le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE DIRECTRICE DE THÈSE

Mademoiselle le Professeur Catherine STRAZIELLE

Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités
Habilitée à diriger des Recherches
Responsable de la Sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir diriger cette thèse. Votre dévouement et vos conseils nous ont été précieux tout au long de cette étude.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et notre profonde estime.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Vanessa STUTZMANN - MOBY

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités
Sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir juger ce travail. Pour vos compétences cliniques et d'enseignement, veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre vive gratitude.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Marie - Agnès MANCIAUX

Médecin des Hôpitaux

Chef de service des USLD

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

Vous nous avez fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Nous vous remercions sincèrement de l'attention et de l'intérêt que vous avez porté à ce projet. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A Madame Elizabeth POIVRE,

Secrétaire médicale du service odontologique du CHU de Brabois

Vous nous avez été d'une aide précieuse durant ce travail grâce à votre investissement dans la réalisation et le remplissage des fiches. Nous vous en remercions.

Aux étudiants qui étaient présents dans le service lors de cette étude,

Jérémie , Smahane, Ziden, Sarah, Xavier, Elise, Sabine,...

Merci pour nous avoir aidés à compléter toutes ces fiches. Sans vous, nous n'aurions pas pu y arriver.

A mes parents,

Vous m'avez toujours encouragée et soutenue. Merci pour votre amour et pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A Maxime,

A toi mon chéri, je te dédie cet ouvrage en témoignage de tout l'amour et tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien.

A Christine et Gérald,

Pour votre gentillesse et votre bonne humeur, je vous remercie pour votre soutien dans les moments importants.

A Madame Pecastaings,

Vous m'avez donné l'envie et transmis avec patience et gentillesse votre savoir, votre passion du métier et vos valeurs humaines. Merci pour tout.

Aux étudiants de la faculté,

A Sabine, Sarah, Smahane, Virginie et Ziden pour tous nos moments passés ensemble tout au long de ces études.

Lexique des abréviations utilisées dans la thèse

- AGGIR (grille) : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
- ANOVA (test) : ANalysis Of VAriance
- APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie
- APL : Aide Personnalisée au Logement
- ATM : Articulation Temporo-Mandibulaire
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CAO (indice) : Cariée, Absente, Obturée
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
- CVIMAR : Ciment au Verre Ionomère Modifié par Adjonction de Résine
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ERV : Entérocoque Résistant à la Vancomycine
- GOHAI : General Oral Health Assessment Index
- INR : International Normalized Ratio
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MAPAD : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
- NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RDV : Rendez-Vous
- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- USLD : Unité de Soins de Longue Durée
- VIH : Virus d'Immuno-déficience Humain

SOMMAIRE

- **Introduction**
- **Réflexion sur les besoins des personnes âgées dépendantes et la prise en charge de leur santé bucco-dentaire**
- **Matériel et méthodes**
- **Résultats et discussion**
- **Conclusion**
- **Annexes**
- **Bibliographie**
- **Table des matières**

INTRODUCTION

L'espérance de vie ne cesse de repousser ses limites dans les pays industrialisés, et ce, grâce aux avancées médicales tant sur le plan du diagnostic, de la thérapeutique que de la prévention et grâce à l'amélioration des conditions de vie.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, en 2025, il y aura 1,2 milliard de personnes de plus de soixante ans à l'échelle mondiale dont 75% vivront dans les pays développés, le groupe des plus de quatre-vingt ans étant celui qui augmente le plus rapidement (15). En France métropolitaine, en 2050, la population des plus de soixante-quinze ans représentera 35% de la population totale.

Ce vieillissement sera plus ou moins réussi selon les individus. Il pourra associer de façon chronique, et ce jusqu'au décès, des maladies pouvant entraîner des répercussions sur le plan fonctionnel, nutritionnel, cognitif, psychologique et social, aboutissant à un état de fragilité voire de perte d'autonomie.

C'est pourquoi de plus en plus de structures telles que les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) seront nécessaires pour accueillir les patients âgés et malades qui n'ont plus la capacité de se prendre en charge.

A Nancy, la prise en charge des soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes est effectuée grâce au service odontologique du Centre hospitalier de Brabois à Vandoeuvre qui accueille les résidents des maisons de retraite, des EHPAD et des Unités de soins de longue durée (USLD) du CHU de Nancy, transportés par des ambulances privées ou publiques.

Par ailleurs, les étudiants en Chirurgie dentaire de troisième année de second cycle d'études effectuent un stage d'une durée de deux semaines dans des USLD, dans le cadre de leur formation en Odontologie gériatrique. Le but de ces vacations est, entre autres, de dépister les pathologies de la cavité buccale des résidents par le biais de fiches transmises ensuite au personnel médical, et de les adresser si nécessaire au CHU de Brabois. Ils peuvent parfois aussi effectuer de petits actes de prothèse pour les patients ne pouvant être transportés.

Les patients valides des maisons de retraite, par contre, vont chez un praticien de ville par leurs propres moyens ou en ambulance ou en taxi.

En dépit de ces moyens mis en œuvre, on constate aujourd'hui que l'état bucco-dentaire des personnes âgées accueillies en institution est peu satisfaisant alors que le nombre de dents restantes augmente au sein de la population hébergée et qu'il existe un réel besoin en soins.

L'organisation de la prise en charge des soins dentaires peut se faire de différentes manières.

Nous avons développé un certain système d'organisation à Nancy mais d'autres solutions existent, comme la création d'un centre de soins au sein de la structure d'accueil, par exemple.

Afin d'analyser de façon objective notre système d'organisation, d'en repérer les failles ou les points forts, nous allons procéder à son évaluation critique telle qu'elle existe actuellement à l'hôpital de Brabois grâce à l'élaboration d'une fiche de renseignements où les problèmes d'efficacité des soins, de rentabilité et de confort sont soulevés.

Nous allons également mener une enquête auprès des médecins gériatres des Unités de soins de longue durée qui accueillent les étudiants de Chirurgie dentaire afin de tester leur utilité et mieux connaître les besoins et les souhaits des équipes de soins.

Dans une première partie introductive, nous effectuerons un rappel sur les caractéristiques de la personne âgée et les différentes solutions d'hébergement possibles qui lui sont proposées. Un constat sur sa santé bucco-dentaire sera réalisé au travers des différentes études épidémiologiques déjà réalisées. Nous étudierons ensuite les différents modèles de prise en charge possibles pour les soins curatifs.

Les autres parties de l'ouvrage seront consacrées à notre étude proprement dite, regroupant successivement le matériel et les méthodes mises en oeuvre, l'analyse et la discussion des résultats obtenus. Nous essaierons ainsi de trouver des solutions pour obtenir la meilleure stratégie de prise en charge des soins bucco-dentaires pour nos personnes âgées dépendantes afin de leur assurer le meilleur confort possible pour une meilleure efficacité des soins, au coût le moins élevé.

PREMIERE PARTIE

Réflexion sur les besoins des personnes âgées dépendantes et la prise en charge de leur santé bucco-dentaire.

1. *La personne âgée : de la fragilité à la perte d'autonomie*

Le vieillissement est considéré comme un processus évolutif hétérogène qui, au cours des années, transforme un sujet adulte en bonne santé en un individu fragile, dont les performances et les réserves d'énergie diminuent dans la plupart de ses systèmes physiologiques, devenant ainsi de plus en plus vulnérable, jusqu'à basculer dans la dépendance totale, voire la mort.

On dissocie trois groupes de personnes âgées :

- en bonne santé apparente
- fragiles
- dépendantes

Nous allons décrire brièvement ces différents états de santé.

1.1. *La bonne santé apparente*

Ces personnes, dont le pourcentage précis n'est pas connu, sont en bonne forme physique et intellectuelle. Elles ont gardé leur capacité d'adaptation, ont des activités physiques ou intellectuelles régulières et, parfois même, ont conservé des activités professionnelles. Finalement, peu de choses les distinguent des personnes plus jeunes (58).

1.2. *La personne âgée fragile*

Il s'agit d'une personne qui **conserve la majeure partie de son autonomie pour les actes de la vie quotidienne mais qui possède des difficultés sur le plan psychosocial** (isolement, anxiété, tendance dépressive, repli sur soi, faible niveau de revenus, habitat précaire,…) et/ou **somatique** (troubles sensoriels, dénutrition, pathologies locomotrices, arthrose,…).

En effet, la personne fragile présente une diminution de ses réserves physiologiques et un amenuisement de l'efficacité des systèmes assurant l'homéostasie du milieu intérieur, limitant les capacités de son organisme à répondre au stress, même mineur, et exposant l'individu à un risque de décompensation fonctionnelle, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès (15, 34).

Parmi les facteurs favorisants l'état de fragilité, on peut citer :

- l'âge, responsable d'une baisse des réserves fonctionnelles
- l'absence d'exercice, favorisant une sarcopénie avec risques de chute
- une alimentation inadaptée, entraînant une dénutrition
- les facteurs génétiques et immunologiques
- les modifications hormonales
- les pathologies associées, en particulier la polypathologie, les troubles cognitifs et la dépression
- les médicaments
- les facteurs environnementaux : décès du conjoint, isolement social,...

Tous ces facteurs peuvent constituer des causes de perte d'autonomie (63).

1.3. La perte d'autonomie

La perte d'autonomie de la personne âgée se caractérise par l'**incapacité de réaliser des actes nécessaires à la vie quotidienne, obligeant ainsi le recours à une tierce personne**. Touchant à la fois les personnes âgées en institution et celles résidant à leur domicile, la perte d'autonomie peut évoluer dans le temps, aussi bien dans le sens d'une amélioration que d'une aggravation, selon les thérapeutiques entreprises.

Il faudra alors trouver la solution d'hébergement la plus adaptée en fonction du degré de dépendance du patient, évalué grâce à la grille AGGIR (34).

Les étiologies sont diverses. Elles peuvent être :

- *des atteintes locomotrices :* les maladies du système nerveux central (AVC, myélopathies, maladie de Parkinson), les atteintes ostéo-articulaires (fracture du col du fémur en particulier, arthrose), l'artériopathie des membres inférieurs (souvent responsable d'amputations) et les chutes répétées sont impliquées dans la perte d'autonomie.

- *des troubles psychiques et neuropsychiatriques :* les syndromes dépressifs et les démences (maladie d'Alzheimer), les névroses et les psychoses sont des pathologies ayant également une répercussion sur l'indépendance du patient (1).

- *des pathologies cardio-vasculaires et respiratoires :* l'insuffisance coronarienne, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, les affections valvulaires, la bronchite chronique obstructive ou l'emphysème pulmonaire sont autant de pathologies qui peuvent être responsables d'une perte d'autonomie physique de la personne âgée.

- *l'isolement social :* il est responsable de malnutrition, de iatrogénie médicamenteuse et de dépression (34).

2. Classification des différentes solutions d'hébergement selon le niveau de dépendance

Bien que souvent désireuses de rester chez elles « jusqu'à la fin », les personnes âgées, par perte d'autonomie physique ou psychologique, doivent bien souvent faire face au placement en institution, laquelle varie selon le degré de dépendance. Toutefois, ce choix ne doit pas être décidé sans l'avis de la personne âgée, même dépendante ; plus elle est impliquée dans les discussions et les recherches de structure (entretiens, visites), plus il lui est possible de faire le deuil de son domicile et de construire un autre projet de vie malgré les regrets.

Nous allons présenter les différentes possibilités d'hébergement pour les personnes âgées fragiles ou dépendantes.

2.1. Le maintien à domicile

Le maintien à domicile reste une priorité à envisager lorsque la personne est encore suffisamment autonome, car il lui permet de conserver sa personnalité avec ses habitudes et son environnement. De plus, grâce à la présence d'intervenants médicaux (infirmières, médecin généraliste, aides-soignants) et sociaux (auxiliaires de vie, aide au repas, ménage,…), ce mode de prise en charge diffère l'admission dans un service de long séjour ou une maison de retraite, en prévenant ou en retardant la dégradation progressive de l'état de santé de la personne qui en bénéficie (28).

2.2. L'hôpital de jour gériatrique

L'hôpital de jour est la continuité du maintien à domicile. Il s'agit d'une **hospitalisation dans une structure gériatrique** d'une durée de séjour variant d'**une demi-journée à une journée**, totalement prise en charge par la sécurité sociale.

Il se caractérise par la prise en charge globale des personnes âgées plus ou moins autonomes, transportées aux frais de l'hôpital pour effectuer dans la journée les traitements difficiles à réaliser à domicile (transfusion, pansements, chimiothérapie,…) ou des examens. Il permet également de décharger un peu leur famille ou leur conjoint.

Le retour à domicile s'effectue le jour même (28, 63).

2.3. Le logement - foyer

Le logement-foyer est une **structure médico-sociale** qui s'adresse à des personnes qui conservent leur autonomie physique et psychique, mais dont l'habitat n'est plus approprié (absence d'ascenseur, absence de chauffage, expropriation, désir de quitter leur ancien domicile). **Aucune aide à la vie quotidienne** n'est assurée, seuls des agents de service s'occupent des parties communes. Le résident paie un loyer mensuel intégrant les charges locatives et la rémunération du personnel, mais peut néanmoins bénéficier d'une aide personnalisée au logement (APL).

Le grand problème de cette structure est le vieillissement de sa population et la prise en charge des personnes devenant dépendantes. Les services intervenants à domicile peuvent intervenir au logement-foyer, mais dès que la personne nécessite une surveillance, même modérée, elle est le plus souvent transférée dans une autre structure (63).

2.4. La maison de retraite

On peut définir la maison de retraite comme un **centre d'hébergement social** pour personnes âgées en perte d'autonomie, valides, dépendantes voire désorientées qui offre un logement et des services collectifs et qui assure un **encadrement** et **une surveillance médicale** aux personnes âgées. Elle peut être publique ou privée, à but lucratif ou non lucratif, conventionnée ou non avec l'aide sociale (28,63).

Les **établissements publiques** représentent 60% des maisons de retraite. Ils appartiennent à la commune ou au département et sont placés sous l'autorité d'un centre communal d'action sociale (CCAS), de l'assistance publique ou d'un centre hospitalier. Moins onéreux que les maisons de retraite privées, ils sont très souvent complets et le délai d'admission est généralement de plusieurs mois.

Si la maison de retraite est conventionnée, le prix de la journée est fixé par le Conseil général du département. L'établissement est alors habilité à l'aide sociale et peut accueillir des personnes âgées ayant de faibles ressources.

Les **maisons de retraite privées** sont organisées sous une forme commerciale ou associative à but non lucratif. Elles sont gérées par des caisses de retraite, des mutuelles, des associations, des fondations ou bien sont contrôlées par des groupes hôteliers ou des investisseurs privés.

Leurs prestations et leurs services sont très variables. Elles peuvent accueillir des personnes âgées aux revenus modestes si elles ont obtenu l'agrément des DDASS qui prennent en charge le complément du prix de la journée que le résident ne peut supporter.

2.5. Les Unités de soins de longue durée

D'après l'arrêté du 12 mai 2006 (18) relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée (USLD), celles-ci "accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une **permanence médicale**, une **présence infirmière continue** et l'accès à un **plateau technique minimum**.

Les USLD prennent en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, soit directement du domicile".

2.6. Les EHPAD

Depuis les différents décrets et notamment l'arrêté du 26 avril 1999, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) remplacent peu à peu les maisons de retraite médicalisées, les Maisons d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (MAPAD) et les services de soins de long et moyen séjours.

Les patients sont évalués et classés selon leur niveau de dépendance. Pour mesurer globalement le niveau de soins, la **grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources (AGGIR)** est généralement utilisée pour cette évaluation. Cette échelle est aussi utilisée pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) et est nécessaire pour les demandes d'institutionnalisation.

Une vingtaine de variables sont évaluées telles que la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, le déplacement et le ménage, le sujet étant dans son environnement. Chaque variable est codifiée de la lettre A, B ou C selon ce que le patient peut faire totalement (A), partiellement (B) ou pas du tout (C). Le résultat obtenu permet de classer chaque individu dans une des six catégories de dépendance appelées Groupes Iso-Ressources (GIR). Le GIR 1 correspond aux personnes les plus dépendantes et le GIR 6 aux personnes sans perte d'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne (**ANNEXE 1**).

Il existe d'autres échelles plus précises pour évaluer l'évolution de la dépendance au fil du temps par exemple. Elles se révèlent intéressantes à utiliser lors du maintien à domicile (24, 34, 63).

La réforme des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes aboutit à une **nouvelle tarification** comprenant trois forfaits :

- un **forfait soins** payé par la sécurité sociale
- un **forfait dépendance** à la charge du résident ou de sa famille, et complété par l'APA si le patient présente un GIR entre 1 et 4. Ce forfait correspond à l'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou à la nécessité d'une surveillance régulière.
- un **forfait hébergement** aux frais du résident et de sa famille, complété parfois par l'aide sociale en fonction des ressources du patient et de l'agrément de l'établissement.

Une convention entre l'établissement, les autorités sanitaires et les autorités sociales doit être signée et le montant des différents forfaits établi. De plus, la présence d'un médecin

coordonnateur détenteur d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme universitaire de coordination en EHPAD est obligatoire pour garantir à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement, les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins (34, 63).

Les **EHPAD** sont des établissements **médico-sociaux**, alors que les **USLD** sont des établissements **hospitaliers** qui requièrent une présence médicale en permanence.

3. Les besoins en soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes

Les personnes âgées dépendantes présentent des besoins en soins spécifiques de par leur perte d'autonomie, impliquant une aide extérieure pour les soins d'hygiène. Concernant le domaine bucco-dentaire, le vieillissement va entraîner une dégradation progressive des structures et des fonctions oro-faciales, en association avec des pathologies systémiques. Les conséquences se déclineront par de multiples pathologies de la sphère bucco-faciale.

Tout d'abord, nous allons rappeler les caractéristiques du vieillissement physiologique et pathologique de la cavité buccale. Ensuite, nous ferons un état des lieux des besoins en soins bucco-dentaires de nos aînés à l'échelle mondiale et nationale, puis nous exposerons leurs besoins en soins préventifs d'une part et curatifs d'autre part.

3.1. Vieillissement physiologique et pathologique de la cavité buccale

La sénescence touche les différents organes et tissus de la sphère oro-faciale.

Ces structures vont subir des modifications anatomiques et fonctionnelles physiologiques qui seront aggravées par des facteurs liés à la vieillesse tels que la dépendance et les diverses pathologies systémiques qu'une personne âgée peut être amenée à développer.

3.1.1. Pathologies bucco-dentaires liées au vieillissement

3.1.1.1. Vieillissement de l'appareil manducateur et conséquences

Avec l'avancée en âge, l'os subit une diminution de sa densité osseuse ainsi qu'une résorption. Au niveau des **maxillaires,** cela se traduit par une fragilité osseuse liée à l'ostéopénie voire à l'ostéoporose, qui, à l'état extrême, peut laisser apparaître les émergences nerveuses, sources de sensibilités chez les patients porteurs de prothèses, ou favoriser l'apparition de crêtes flottantes.

Au niveau des **articulations temporo-mandibulaires** (ATM), la sénescence provoque une hyperlaxité ligamentaire liée à l'aplanissement de la surface articulaire. Elle peut générer une instabilité occlusale.

L'innervation et la vascularisation sont perturbées, ce qui a pour conséquence une diminution des capacités de proprioception.

De plus, si la personne âgée est porteuse de prothèses amovibles inadaptées, celles-ci peuvent engendrer de réelles dysfonctions des ATM engendrant des troubles de la manducation.

Si le vieillissement des **muscles masticateurs** n'entraîne pas de pathologie bucco-dentaire à proprement parler, l'atrophie et l'hypotonie qui en résultent vont provoquer une diminution des forces masticatoires et donc une fatigabilité, déterminant une alimentation plus molle.

La restauration de prothèses dentaires adaptées va permettre de rétablir une meilleure mastication tout en limitant les phénomènes de résorption osseuse, ainsi qu'une bonne déglutition et une meilleure phonation (8).

3.1.1.2. Pathologies liées aux glandes salivaires (23, 58)

Au cours de la sénescence, les glandes salivaires vont présenter une modification fonctionnelle liée à l'atrophie progressive des acini. La salive, jouant un rôle très important pour la protection de la cavité buccale, va ainsi subir des variations sur le plan quantitatif et qualitatif, pouvant engendrer une hyposialie (58).

La **personne âgée dépendante**, **polymédiquée**, est souvent confrontée à des problèmes dits d'hyposialie médicamenteuse iatrogène (23).

Parmi les médicaments responsables, on trouve beaucoup de psychotropes (neuroleptiques, anxiolytiques) ainsi que des antihypertenseurs, antispasmodiques, antiparkinsoniens et autres médicaments administrés dans le traitement des pathologies neurodégénératives.

De plus, l'alimentation mixée de la personne âgée crée une diminution de l'appétence des aliments et un coefficient masticatoire réduit. Ces deux facteurs entraînent ainsi une baisse de la salivation du patient.

La sécheresse buccale qui en résultera sera responsable d'altérations de la muqueuse qui deviendra lisse, brillante et sèche, pouvant provoquer des douleurs buccales (glossodynies). De même, cette hyposialie aura des conséquences néfastes pour la rétention des prothèses dentaires amovibles, sans parler des irritations qu'elles peuvent engendrer.

Le risque d'apparition de caries sera également augmenté par manque d'auto-nettoyage.

La déglutition sera perturbée et l'alimentation ainsi que la phonation seront également plus difficiles (8).

Contre ce trouble, il convient de rester très modéré dans les prescriptions médicamenteuses autres que les stimulateurs de flux salivaire, de renforcer la motivation à l'hygiène bucco-dentaire et l'hydratation du patient (58).

3.1.1.3. Pathologies de la muqueuse buccale (12, 41, 58, 62)

Avec l'âge, la muqueuse buccale subit une atrophie fibreuse des glandes salivaires mineures ainsi qu'une augmentation des cellules adipeuses, ceci fragilisant la muqueuse et diminuant son potentiel de réparation.

L'isolement, la malnutrition et l'absence d'hygiène vont être des facteurs prédisposant au développement de pathologies de la muqueuse buccale chez la personne âgée dépendante.

• ***La stomatite prothétique*** (**figure 1**)

La stomatite prothétique est un processus inflammatoire de la muqueuse buccale qui touche un grand nombre de porteurs de prothèses dentaires amovibles. Cet état inflammatoire se rencontre plus particulièrement au niveau de la région palatine.

Elle se manifeste soit sous la forme aiguë accompagnée de sensations de brûlures, de prurit et de gêne douloureuse, soit sous la forme chronique avec ou sans signes fonctionnels.

Les facteurs favorisants semblent être :

- l'état général : les anémiques, les diabétiques, les immuno-déficients cellulaires ou hormonaux et les patients atteints de maladies chroniques ou de cancers sont plus susceptibles à la stomatite prothétique.
- la prise de médicaments : les immunosuppresseurs, les sialoprives, l'antibiothérapie prolongée et la corticothérapie prédisposent le sujet appareillé du fait de la diminution des défenses immunitaires.
- le traumatisme mécanique lié à l'état de surface des prothèses
- l'agression bactérienne : selon Budtz-Jorgensen (12), le taux de bactéries chez les porteurs de prothèses souffrant d'une stomatite est 10 fois supérieur à celui des patients ayant des muqueuses saines alors que le taux de *candida albicans* est 100 fois plus élevé.

Le traitement consiste à rétablir une bonne hygiène buccale et prothétique, à adapter les appareils, à administrer un traitement antalgique (xylocaïne visqueuse), antifongique et anti-inflammatoire et à veiller à une bonne fonction salivaire.

• ***Les candidoses buccales*** (**figures 2** et **3**)

Les candidoses de la cavité buccale sont caractérisées par le développement de champignons du genre *Candida* au niveau de la muqueuse buccale. Certains facteurs locaux ou généraux vont favoriser le développement pathologique de ces germes saprophytes. Ces facteurs prédisposant sont :

- l'affaiblissement de l'état général
- la mauvaise hygiène buccale
- un traitement antibiotique par voie systémique
- la sécheresse buccale

Les candidoses buccales se manifestent par une sécheresse de bouche, des sensations de douleurs ou de brûlures pouvant entraîner des pathologies gingivales chroniques et invalidantes. Cliniquement, on peut trouver une langue rouge vif, brillante, dépapillée, une stomatite sous-prothétique, un muguet buccal ou encore une perlèche.

Chez certains patients, elles peuvent déclencher ou aggraver des troubles de l'alimentation.

La plupart des candidoses disparaîtra après la restauration d'une bonne hygiène bucco-dentaire et si nécessaire, après l'administration d'un traitement antifongique adapté (8, 58).

• ***La leucoplasie buccale*** (**figures 4** et **5**)

La leucoplasie buccale est la lésion pré-cancéreuse la plus fréquente et la mieux connue à ce jour. Elle forme une plage blanche fermement attachée à la muqueuse buccale dont la localisation est variée : muqueuse jugale, commissure des lèvres, langue, palais, muqueuse alvéolaire, gencive ou bien encore plancher buccal.

Selon l'OMS, il s'agit d'un « tissu morphologiquement altéré dans lequel un cancer se développera plus volontiers que dans le tissu sain ».

Bien que la cause reste inconnue, certains facteurs locaux comme une candidose, une irritation locale, le tabac et l'alcool ont été incriminés.

Il existe principalement deux formes de leucoplasie :

- une forme homogène, la plus fréquente, qui se caractérise par une plaque blanche, homogène et asymptomatique avec une surface lisse ou ridée, éventuellement traversée par des fissures ou crevasses

- une forme nodulaire ou ponctuée, beaucoup plus rare, qui, elle, est caractérisée par la présence de multiples petits nodules blancs ou papules, posés sur une base rouge et sur lesquels une surinfection par le *Candida albicans* est fréquente. Cette forme présente un potentiel de transformation maligne quatre à cinq fois plus important que pour la forme homogène (8, 41).

Une hygiène parfaite est à mettre en place et la lésion est à surveiller quotidiennement. Si la lésion n'a pas disparu après le rétablissement de l'hygiène, un traitement à base d'acide rétinoïque par voie systémique peut être employé. Sinon, l'excision chirurgicale reste le traitement de choix (41).

• ***Les cancers de la cavité buccale*** (**figure 6**)

Parmi les cancers de la muqueuse buccale, c'est le carcinome épidermoïde que l'on retrouve le plus souvent puisqu'il constitue 90% des cancers de la muqueuse buccale.

Il peut prendre de multiples aspects : érythémateux, blanchâtre, érosif, ulcéré, fissuré, exophytique,… Les éléments importants du diagnostic seront la présence d'une induration et la chronicité de la lésion.

Au niveau de la localisation, 50% des cancers buccaux siègent sur la langue. Puis on en trouve, par fréquence décroissante, sur le plancher de bouche, les gencives, la muqueuse alvéolaire, la muqueuse jugale et le palais.

Les facteurs favorisant sont toujours plus ou moins les mêmes, c'est-à-dire la malnutrition, la mauvaise hygiène bucco-dentaire, les irritations prothétiques chroniques, le tabac, l'alcool et les substances irritantes.

Le chirurgien-dentiste jouera un rôle primordial dans le dépistage de ces cancers (8, 41, 62).

figure 1 : stomatite sous-prothétique

figure 2 : candidose nodulaire de la langue

figure 3 : candidose pseudo-membraneuse du palais

figure 4 : leucoplasie ponctuée

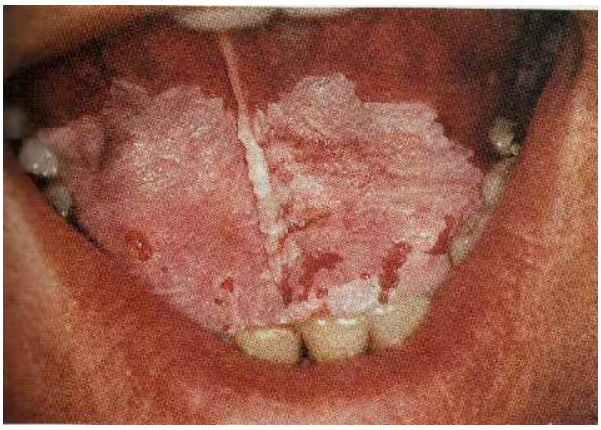


figure 5 : leucoplasie homogène

figure 6 : carcinome épidermoïde de la langue

Source : George LASKARIS, Atlas de Poche des maladies buccales, Flammarion, 2006 (35)

3.1.1.4. Pathologies du parodonte (14, 58)

Avec l'âge, les tissus parodontaux tels que le desmodonte et l'os alvéolaire sont moins résistants face aux agressions (traumatismes ou pénétrations bactériennes).

La personne âgée dépendante, de par l'insuffisance et/ou l'inefficacité de ses soins d'hygiène bucco-dentaire et de par la réduction de son parodonte, sera la plus prédisposée à la maladie parodontale. Les dépôts de plaque s'accumulent sur les racines déjà mises à nu, et le processus inflammatoire est déclenché jusqu'à la lyse osseuse.

Dans le cumul des facteurs étiologiques, on retrouve de nombreuses pathologies d'ordre général, maladies systémiques, maladies immunitaires, modifications de la flore bactérienne, diminution du flux salivaire, mobilités, absences ou versions dentaires, prothèses inadaptées, restaurations débordantes ou bien encore rétention alimentaire (58).

Cependant, les parodontites de la personne âgée sont à progression lente. Il semble qu'elles soient peu évolutives après 40 ans. La susceptibilité individuelle serait plus importante que l'effet de l'âge (14).

Plus les individus avancent en âge, plus le suivi parodontal (buccal en général) est nécessaire et important pour prévenir l'apparition et le développement de maladies parodontales (58).

3.1.1.5. Pathologies dentaires (3, 23, 30, 50, 58)

L'organe dentaire sénescent est menacé prioritairement d'usure, d'attrition, d'abrasion et d'érosion, d'origines mécaniques et/ou chimiques. Si on rajoute le facteur dépendance, les difficultés d'hygiène buccale vont favoriser l'accumulation de plaque, responsable du développement de caries et de pathologies parodontales et muqueuses.

- L'abrasion dentaire

Elle résulte de frictions autres que celles dues à la mastication. Celles-ci se développent lors d'un brossage intempestif, inadéquat ou signent une malocclusion ou une dysfonction.

Ces rayures de l'émail situées au collet des dents ou mylolyses lorsqu'elles sont importantes, engendrent des hypersensibilités dentinaires qui peuvent être douloureuses lors

du brossage ou de la prise alimentaire. Elles constituent des zones de rétention de la plaque bactérienne et peuvent ainsi évoluer en caries de collet (3).

- ***L'érosion dentaire***

Des colorations exogènes brunâtres sont associées à une diminution de la perméabilité amellaire et, par la suite, à une diminution de l'agression des acides cariogènes. L'émail s'use progressivement et devenant imperméable, sa surface est sujette aux fêlures, craquements, voire fractures (3, 30).

- ***La carie dentaire***

La lyse osseuse physiologique de l'os alvéolaire va peu à peu dénuder la racine de la dent, laissant celle-ci exposée aux attaques acides et bactériennes.

La prévalence des caries coronaires augmente jusqu'à 40 ans, puis reste constante. Ce sont les caries radiculaires et plus précisément les récidives de caries que l'on rencontre le plus fréquemment sur les dents âgées, d'autant plus en cas de perte d'autonomie ou dans les institutions quand existent un ou plusieurs facteurs à risque comme les xérostomies, la radiothérapie, les troubles auto-immuns, l'alcoolisme, le tabagisme, les troubles moteurs mentaux, les maladies de Parkinson ou d'Alzheimer, la malocclusion, une hygiène bucco-dentaire insuffisante, les récessions gingivales, une modification du comportement alimentaire avec une préférence pour les sucreries (23).

Bien que les caries radiculaires soient en général peu profondes et indolores, leur traitement sera délicat lorsque celles-ci sont situées sous la gencive marginale.

Les prothèses amovibles inadaptées peuvent également constituer des facteurs aggravants, favorisant l'apparition et l'extension des caries radiculaires chez la personne âgée. Il faudra donc veiller à ne pas rendre les éléments de rétention prothétique trop agressifs par frottements lors de manœuvres d'insertion et de désinsertion (50).

- ***Les pulpopathies***

La résistance de la pulpe face aux agressions chez la personne âgée est réduite ; ses possibilités de guérison seront diminuées conjointement au pouvoir cicatriciel de la pulpe. La **pulpite chronique** sera donc la forme la plus rencontrée. Sa symptomatologie n'est pas

constante et le diagnostic est délicat à moins que l'évolution ne soit entrecoupée d'accidents aigus mais ceux-ci sont rares (8).

L'**atrophie et les dystrophies pulpaires** sont souvent associées entre elles ainsi qu'aux pulpites chroniques. Chez les personnes âgées, la pulpite dite « calcifiante » est souvent généralisée à l'ensemble de la denture. Seule la dégénérescence calcique permet de faire un diagnostic mais malgré la fréquence de la dystrophie, les crises douloureuses liées à la compression des filets nerveux par les dépôts calcaires sont rares.

Bien que le vieillissement de la pulpe mette cette dernière relativement à l'abri des causes infectieuses locales grâce à la néoformation dentinaire et à l'atrophie pulpaire, la nécrose pulpaire totale peut néanmoins se produire (50).

Les causes peuvent être diverses :
- caries à évolution lente
- traumatismes occlusaux
- causes chimiques locales
- pathologies générales (diabète, goutte, néphrites,...)

Nous avons choisi de résumer les pathologies les plus fréquentes, caractéristiques de la personne âgée sous forme d'un tableau (**tableau 1**). Il faut noter que toutes ces pathologies ont une étiologie commune, l'hyposialie et le manque d'hygiène étant les principaux facteurs de l'altération en cascade de la santé bucco-dentaire.

PATHOLOGIES :		FACTEURS FAVORISANTS :
Des ATM :	- dysfonction des ATM (craquement, crépitement)	- prothèses amovibles inadaptées
Des glandes salivaires :	- hyposialie médicamenteuse - hyposialie liée à la baisse du coefficient masticatoire	- prise de psychotropes, anxiolytiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, antispasmodiques,… - alimentation mixée et baisse de l'appétence des aliments
Des muqueuses :	- stomatite prothétique - candidose buccale - leucoplasie buccale - cancer	- mauvaise hygiène prothétique, prothèses amovibles inadaptées, prise médicamenteuse, état général affaibli, agression bactérienne - mauvaise hygiène bucco-dentaire, état général affaibli, sécheresse buccale, traitement antibiotique - candidose, tabac, alcool, virus, irritation locale - tabac, alcool, mauvaise hygiène bucco-dentaire, irritation
Des dents :	- fractures, fêlures - abrasion dentaire - caries cervicale et radiculaire - pulpopathies (pulpite, nécrose)	- érosion dentaire, déséquilibre occluso-articulaire, restaurations dentaires volumineuses - bruxisme, brossage intempestif et inadéquat - récession gingivale, prothèses dentaires inadaptées - caries à évolution lente, traumatismes occlusaux, causes chimiques locales, pathologies générales
Du parodonte :	- parodontite, parodontose	- accumulation de plaque bactérienne et de tartre, flore bactérienne virulente, baisse de l'immunité cellulaire, tabac, alcool

Tableau 1 : *Pathologies bucco-dentaires liées au vieillissement*

3.1.2. Pathologies gériatriques les plus fréquentes et leurs conséquences bucco-dentaires

Certaines pathologies systémiques rencontrées chez les personnes âgées dépendantes et leurs traitements auront des conséquences sur la sphère oro-faciale, noircissant encore davantage le tableau clinique évoqué précédemment.

3.1.2.1. Les troubles otéo-articulaires (33)

Les arthropathies comme l'**arthrose**, caractérisée par la dégénérescence progressive du cartilage des articulations, conduit à une destruction plus ou moins rapide de celui-ci. Des excroissances osseuses se forment alors, nuisent aux mouvements et engendrent des douleurs surtout diurnes (33).

La **polyarthrite rhumatoïde** est la cause la plus fréquente des polyarthrites chroniques. Elle est caractérisée par une atteinte articulaire souvent bilatérale et symétrique, évoluant par poussées vers la déformation et la destruction des articulations atteintes (33).

Ces affections peuvent avoir une répercussion sur la santé bucco-dentaire car le brossage ne sera pas réalisé de façon efficace étant donné les problèmes de dextérité engendrés.

3.1.2.2. Le diabète (31, 39, 66)

Le diabète est caractérisé par une hyperconcentration de sucre dans le sang (la glycémie à jeun est trop élevée). Cette perturbation métabolique s'accompagne d'une surcharge lipidique sous forme d'une augmentation des triglycérides, du cholestérol et des lipoprotéines du sang. L'hyperlipidémie va entraîner des dépôts sur les parois des vaisseaux, caractéristique de l'angiopathie.

Les vaisseaux de la gencive sont touchés ainsi que les capillaires du complexe pulpaire. Ce dernier, vivant dans un espace clos étranglé à l'apex dentaire, est atteint très précocement. Le potentiel de réponse pulpaire aux agressions mécaniques et chimiques sera alors nettement diminué.

Le diabète cause également une altération du chimiotactisme des leucocytes vis-à-vis des éléments bactériens. La phagocytose de ces éléments, aboutissant à la dégradation des membranes et à l'éclatement de la bactérie, ne se fait plus correctement voire plus du tout (31).

Le sujet âgé atteint de diabète est donc moins résistant aux phénomènes infectieux. L'hygiène bucco-dentaire ainsi que les soins bucco-dentaires devront être réalisés sous certaines précautions (39).

En conclusion, le diabète engendre plusieurs désordres au niveau buccal:

- problèmes parodontaux liés aux angiopathies et à l'altération du chimiotactisme des leucocytes, en particulier la stomatite diabétique (salive visqueuse contenant du glucose, sécheresse buccale, gingivite)
- évolution des phénomènes carieux car la maladie ralentit le flux salivaire, ce qui entraîne un mauvais nettoyage des surfaces dentaires
- pathologie pulpaire plus marquée que sur la pulpe saine, les angiomes empêchant le parenchyme pulpaire de répondre aux agressions. Ainsi, les foyers infectieux aggravent le diabète et le diabète aggrave les infections (66).

3.1.2.3. Cancer et radiothérapie (41, 62)

Au niveau de la cavité buccale, la pathologie cancéreuse dont les conséquences bucco-dentaires seront les plus dévastatrices est le **carcinome du plancher buccal**.

Il s'illustre par une lésion buccale unique à évolution lente, longtemps indolore, volontiers ulcérée et à base indurée. L'évolution va vers un processus destructeur avec une lyse osseuse entraînant la mobilité voire la perte des dents (41) .

La progression est sévère vers la langue, la mandibule, le vestibule et la peau. Si ce carcinome se situe au niveau de la partie antérieure du plancher de bouche, il se manifeste par une colique salivaire entraînant une submaxillite chronique avec de vives douleurs. Cela se répercute également par une baisse de la quantité de salive en bouche donc du nettoyage physiologique des surfaces dentaires (62).

La **radiothérapie**, élément important de la thérapeutique de ce cancer, provoquera, selon la localisation de son champ d'irradiation :

- des mucites, souvent douloureuses, pouvant durer deux à trois semaines. Elles sont récidivantes et entraînent des complications telles que infections locales, douleurs et inconfort, diminution de la prise de nourriture, infections systémiques,...
- une asialie si les glandes salivaires sont touchées, avec une modification de la consistance salivaire devenant plus visqueuse et acide, ainsi qu'une diminution de pH. On observe alors une variation de la flore buccale entraînant une augmentation de la plaque dentaire rendant le milieu plus cariogène.
- une ostéoradionécrose, conséquence la plus sévère de la radiothérapie, causée par une diminution de la vascularisation. Elle se traduit par des ulcérations de la gencive et des muqueuses, pouvant aboutir à des nécroses des zones concernées. De plus, elle entraînera une mobilité des dents voisines ainsi qu'un trismus (41).

Pour éviter toutes ces conséquences de la radiothérapie, le patient devra se soumettre à une hygiène bucco-dentaire stricte, impliquant le port de gouttières fluorées tous les soirs pendant toute sa vie lorsque les glandes salivaires ont été irradiées. De plus, pour éviter le plus possible l'apparition de mucites et le processus d'ostéonécrose, le patient portera des gouttières en plomb lors des séances de radiothérapie.

3.1.2.4. Pneumopathies (59, 66)

La **bronchite chronique** est une affection caractérisée par une toux permanente ou intermittente, liée à une augmentation de la sécrétion bronchique. L'expectoration créée par la toux va faire passer ou stagner dans le milieu buccal des germes bronchiques ou oro-pharyngés qui, en l'absence d'hygiène dentaire et buccale rigoureuse, peuvent être le point de départ de foyers infectieux au niveau des muqueuses ainsi souillées.

La bronchite chronique se caractérise également par une dyspnée, favorisant chez les patients une respiration mixte, facteur de sécheresse buccale pouvant entraîner des pathologies carieuses et des candidoses.

L'**insuffisance respiratoire** va condamner le patient à chercher à augmenter l'oxygène inspiré, ce qui impliquera une augmentation du débit d'air inspiré et donc, de son rythme

respiratoire. De plus, il présentera une ouverture buccale plus grande pour diminuer la résistance ventilatoire, et la position de sa langue sera plus basse pour dégager l'oropharynx.

Ce phénomène entraîne des gingivites et des caries, favorisées par la sécheresse buccale qui en résulte.

On appliquera les mêmes conseils bucco-dentaires que pour les hyposialies, à savoir une hydratation accrue et le renforcement de l'hygiène buccale principalement (66).

3.1.2.5. Accident vasculaire cérébral (7, 21, 27)

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est caractérisé par une altération brutale du débit sanguin cérébral favorisée par la sénescence vasculaire à laquelle s'ajoutent des facteurs de risque dominés chez la personne âgée par l'hypertension artérielle. Il en résulte une suppression du débit sanguin, temporaire ou définitive, dans la région cérébrale irriguée par l'artère impliquée. En fonction de la durée et de la sévérité de la perte du débit sanguin, les cellules cérébrales peuvent être détruites ou altérées de façon temporaire ou définitive.

Ceci provoque une atteinte de n'importe quelle fonction cognitive, motrice, sensitive ou psychologique, dépendant du territoire touché. L'évolution de l'AVC varie très largement selon la gravité et le siège de l'AVC, l'état général, l'âge et l'autonomie pré-morbide du patient, la qualité des soins médicaux et de réadaptation et l'état des autres régions cérébrales (7,21).

L'AVC est une maladie grave car sa mortalité est importante, surtout chez les personnes âgées, et les séquelles seront sources d'invalidité souvent importante, comme des paralysies affectant la motricité, des troubles de la déglutition, des troubles du langage, une cécité et bien d'autres conséquences cardio-vasculaires que nous ne détaillerons pas ici.

On pourra trouver chez les patients atteints de paralysie de l'hémicorps, une « hémi négligence » qui se caractérisera au niveau dentaire par l'absence de brossage de toutes les dents de l'hémiface paralysée. L'AVC conduit donc à des troubles moteurs qui limitent la qualité du brossage (27).

3.1.2.6. Principales affections dégénératives du système nerveux central liées au vieillissement et à la personne de grand âge (5, 8, 42)

La **maladie d'Alzheimer**, démence progressive et dégénérative dont l'étiologie est inconnue, représente une des pathologies les plus fréquentes du grand âge: une personne sur cinq en serait atteinte à 85 ans (8).

On observe des troubles de la mémoire, surtout pour les faits les plus récents.

Les troubles praxiques posent également problème en odontologie car les patients, souffrant d'une perte de la compréhension de l'usage des objets usuels, se traduisant par des actes plus ou moins absurdes, ne sont pas capables de se servir d'une brosse à dents et ne se rendent pas compte s'ils sont porteurs ou non d'une prothèse adjointe.

La **maladie de Parkinson** se caractérise par une perte des neurones dopaminergiques de la substance noire compacte. Le déficit dopaminergique va engendrer des altérations des fonctions striales, impliquant d'importants troubles moteurs.

Le syndrome parkinsonien comprend un ensemble de signes cliniques tels qu'un tremblement de repos, une rigidité, une akinésie et une perte des réflexes posturaux. L'évolution de la maladie peut aboutir, au dernier stade, à l'incapacité de se mouvoir sans un déambulateur (5).

Dans 50% des cas, on note une libération non spécifique des réflexes archaïques médians de la face et une apparition de dyskinésies bucco-linguo-faciales, diminuant l'efficacité des soins et limitant le port de prothèses dentaires.

Les malades auront donc besoin d'une aide pour leur hygiène bucco-dentaire quotidienne, étant donné leurs difficultés neurologiques.

Dans la **sclérose en plaques**, les lésions spécifiques siègent au niveau de la substance blanche du système nerveux central (moelle épinière, tronc cérébral, cervelet et encéphale). On trouve histologiquement une destruction de la gaine de myéline qui entoure l'axone des fibres nerveuses ainsi que la formation d'une plaque par les cellules de soutien avoisinantes, conséquence d'une réaction de sclérose.

L'influx nerveux est alors ralenti voire bloqué, en plus d'être dispersé en raison de la perte de l'effet isolant. Les conséquences de ce blocage se répercutent sur les grandes fonctions du système nerveux central et en particulier sur les circuits intervenant dans les fonctions sensorielles, sensitives et motrices.

Le tableau clinique est très varié. Il regroupe :

- une *atteinte visuelle* avec une diminution rapide de l'acuité visuelle unilatérale, une diplopie (impression de flou visuel) et un nystagmus asymptomatique (mouvements involontaires oscillatoires des globes oculaires)
- une *atteinte sensitive* caractérisée par des paresthésies, dyskinésies et douleurs. Il peut exister une névralgie faciale, mais elle reste rare.
- une *atteinte motrice* qui se manifeste par des troubles de la marche, de la parole ou encore de la saisie d'un objet. Ces troubles peuvent aussi s'exprimer au niveau du tonus musculaire qui sera augmenté, avec une raideur exagérée associée à des contractions toniques involontaires en plus d'un mouvement volontaire, entravant donc de manière importante ce mouvement.
- des *troubles cognitifs* avec une atteinte de la mémoire, du raisonnement abstrait, de la capacité à se concentrer, de l'attention et de la fluence verbale.
- des *atteintes cérébello-vestibulaire et du tronc cérébral*, provoquant des tremblements, vertiges, troubles de la phonation et de la déglutition,…

Il existe encore d'autres manifestations particulières, très diverses et intéressant de nombreux systèmes.

On comprend alors aisément qu'à un stade avancé de la maladie, le patient sera totalement dépendant des soins d'hygiène bucco-dentaire. Il est nécessaire d'être délicat au niveau des soins et veiller à la bonne adaptation des prothèses car, l'atteinte des voies sensitives pouvant entraîner des douleurs par « hyperstimulation », le simple fait de toucher la muqueuse buccale peut parfois s'avérer très douloureux (42).

La **baisse de la vision** et toutes les pathologies oculaires dont la fréquence augmente avec le vieillissement, diminue considérablement les performances des soins d'hygiène bucco-dentaire.

3.2. Constat global mondial des besoins en soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes

L'état de santé bucco-dentaire d'une population âgée varie selon l'économie et la politique de son pays ou sa région, sa situation géographique, ses ressources, sa culture,… Les besoins en soins bucco-dentaires seront donc également variables selon les populations étudiées.

Nous nous proposons d'étudier, à travers le monde, les besoins de nos aînés en matière de soins de bouche et mettre en évidence d'éventuels points communs ou disparités.

3.2.1. Constat à l'échelle mondiale

Nous allons observer différentes populations telles que les pays en voie de développement, la Scandinavie, l'Europe et le Canada.

3.2.1.1. Dans les pays en voie de développement (48)

En 2000, dans l'archipel de Sao Tome e Principe, ancienne colonie portugaise dans l'Atlantique Sud au large des côtes du Gabon, une enquête épidémiologique a été réalisée sur 82 personnes âgées institutionnalisées dans un hospice.

Pour chaque sujet, un examen bucco-dentaire a été effectué. Le nombre moyen de Caries, Avulsions, Obturations (indice CAO) a été calculé et un prélèvement de la flore fongique buccale a été réalisé.

La moyenne d'âge de cette population composée de 42 femmes et de 40 hommes est de 73 ± 7 ans.

L'indice CAO moyen est égal à 13 avec des extrêmes de 0 à 32, un taux nettement inférieur à celui observé au même âge dans les populations de pays industrialisés où il est égal à 23 dans une enquête de Bourgeois (10). Il est de 12 chez la femme et de 14 chez l'homme. L'indice "Obturation" est nul.

38% des patients présentent des mycoses intrabuccales dont 13% sont porteurs du *Candida albicans*.

La population étudiée est composée en majorité d'anciens ouvriers agricoles pris en charge par l'Etat compte-tenu de l'absence de toute famille. Aucune surveillance médicale n'est prévue pour ces personnes dont le budget est limité ainsi que l'alimentation (riz et bananes à l'exclusion de tout autre aliment).

Il s'agit d'une population qui n'a jamais eu accès à un centre de soins dentaires. L'indice "Obturation" nul, rend bien compte de cette absence totale de soins.

On constate curieusement que les dents présentes en bouche sont en assez bon état et notamment peu cariées. Cela est du à leur régime alimentaire qui est, certes, riche en sucres, mais il s'agit de sucrose qui n'a pas le pouvoir cariogène des sucres raffinés présents dans l'alimentation occidentale.

L'indice CA, égal à 13, met en évidence un fort taux de personnes édentées lié à la maladie parodontale. Les besoins de cette population sont donc essentiellement prothétiques.

En conclusion, malgré les conditions de vie extrêmement difficiles et en particulier l'absence de prise en charge sur le plan de la santé, cette population présente un état bucco-dentaire plutôt satisfaisant comparativement aux pays industrialisés. Les édentations sont en revanche importantes.

3.2.1.2. En Scandinavie (37)

En 2003, dans le sud de la Suède, une étude a été menée pour évaluer les besoins en soins bucco-dentaires parmi la population âgée nécessitant des soins médicaux à long terme, à la fois en maison de retraite et à domicile.

L'état suédois finance tous les soins médicaux des personnes âgées dépendantes mais, en ce qui concerne les maisons de retraite, **certaines sont privées et à but lucratif**.

La municipalité offre une assistance aux personnes âgées vivant à domicile.

L'échantillon comprend 723 individus âgés de 84 ans en moyenne ayant accepté de se soumettre à un simple examen clinique bucco-dentaire.

L'état dentaire (nombre de dents présentes, présence de prothèses), la santé des muqueuses (lésions, changements de couleur,…), leur inflammation (MI : Mucosal Index) ainsi que l'hygiène (indice de plaque) et la sécheresse buccale (indice de friction muqueuse) ont été étudiés.

L'examen a été réalisé par un chirurgien-dentiste de 15 ans d'expérience, en collaboration avec des hygiénistes.

Nombre de dents	*Maison de retraite*	*Domicile*	*Total*
0	46	33	42
Entre 1 et 10	22	22	22
Entre 11 et 20	22	25	23
Supérieur à 20	10	20	13
Total (%)	100	100	100
Total (nombre)	522	201	723

Tableau 1 : *Répartition des résidents (%) suivant les catégories caractérisant le nombre de dents* (37).

Denture	*Maison de retraite*	*Domicile*	*Total*
Ni dent, ni prothèses	5	2	4
Prothèse complète supérieure uniquement	8	6	7
Prothèses complètes supérieure et inférieure	33	25	31
Prothèse sur implants	1	1	1
Dents restantes uniquement	17	26	20
Dents restantes + prothèse partielle	15	16	15
Dents restantes + prothèse complète	17	19	18
Dents restantes + prothèses partielle et complète	4	4	4
Dents restantes + prothèse sur implants	0	1	0
Total (%)	100	100	100
Total (nombre)	522	201	723

Tableau 2 : *Répartition des résidents (%) suivant les catégories caractérisant le type de dentition* (37).

Les **tableaux 1 et 2** nous rapportent que les patients issus des maisons de retraite ont une bouche en moins bon état que les personnes vivant à domicile. Ceci s'explique peut-être par l'autonomie plus importante des personnes résidant à domicile.

L'examen des muqueuses a mis en évidence :

- 9% d'ulcérations et blessures
- 10% d'hyperplasies
- 22% de modifications de la muqueuse palatine
- 9% de changements sévères avec une inflammation générale
- 14% de modifications de la muqueuse linguale

De plus, 2 cas de malignité ont été suspectés dont un s'est avéré exact après une biopsie des glandes salivaires.

Concernant l'hygiène bucco-dentaire des patients, 62% des patients ont été considérés comme ayant une hygiène bonne à acceptable.

Toutefois, l'étude conclut que 61% de la population nécessite des soins bucco-dentaires dont 31% en soins prophylactiques et 30% en soins restaurateurs. Seulement 1% des résidents ont des besoins urgents. De plus, une lésion maligne a été dépistée.

Les scores semblent s'améliorer grâce à l'action des hygiénistes car les résultats sont moins bons pour les patients des maisons de retraite qui ne bénéficient pas tous d'hygiénistes.

Cette étude démontre donc qu'en Suède, les **besoins réels en soins bucco-dentaires** de la population âgée dépendante des maisons de retraite et à domicile sont **modérés**, mais un examen de dépistage annuel est fortement conseillé.

Il faut souligner que la Suède a été pendant longtemps un pays référent en matière de prophylaxie et depuis de très nombreuses années.

3.2.1.3. En Europe (52)

L'**Allemagne** a un bon système de santé sociale qui inclut les soins dentaires. Mais concernant la prophylaxie dentaire enseignée par les hygiénistes, celle-ci n'est pas prise en

charge par le système social. Le patient, peu habitué à payer pour sa santé, sera en général réfractaire à ces soins.

Une étude réalisée en 2001 sur 5 040 patients allemands nous a montré que, parmi la population âgée (de 65 à 74 ans), le nombre moyen de dents restantes en bouche est de 22.

25% des personnes présentent une édentation totale au maxillaire ou à la mandibule.

L'indice CAO est de 24 en moyenne et 55% présentent une perte d'attache supérieure ou égale à 6 mm.

Par contre, le fait que 90 % des dents absentes aient été remplacées par des prothèses constitue un bon résultat.

Le problème réside dans les soins en institution où les patients sont adressés chez un chirurgien-dentiste uniquement suite à une doléance de leur part et non pour un examen de contrôle régulier.

A Glasgow au **Royaume-Uni**, en 2000, sur 137 patients examinés en Unité de soins de long séjour, la majorité présente au moins une lésion buccale, et sur les 8 participants encore dentés, ceux-ci présentent des caries radiculaires.

Une enquête plus récente sur 1 041 personnes âgées hébergées en maison de retraite indique un indice gingival élevé et un haut score de plaque avec 41% de caries coronaires et 51 % de caries radiculaires.

La population âgée anglaise institutionnalisée ne présente donc pas un bon état de santé bucco-dentaire.

3.2.1.4. Au Canada (46)

A Vancouver au Canada, 532 patients âgés de 65 à 100 ans provenant d'institutions gériatriques ont été examinés par un dentiste.

Beaucoup de participants sont complètement édentés (49%) ou partiellement édentés (35%). 2% sont édentés à la mandibule et 14% édentés au maxillaire.

Pour les patients possédant encore des dents, 76% présentent au moins une carie en bouche, avec une moyenne de 4 lésions carieuses dépistées pour la population totale.

Presque 49% des participants ont en plus une maladie parodontale et dans 33% des cas, on observe des anomalies des muqueuses.

Après examen bucco-dentaire, 61% des patients ont eu besoin d'un traitement :

- 22% pour des soins restaurateurs
- 25% pour de la prothèse fixée ou amovible
- 28% pour des extractions

En conclusion de ces différentes études réalisées dans le monde, bien que les chiffres soient difficiles à mettre en relation les uns par rapport aux autres, le constat est très semblable dans les différents pays industrialisés du monde. Il existe de réels besoins en soins bucco-dentaires chez les personnes âgées hébergées, qu'il s'agisse de soins d'hygiène, de soins restaurateurs, chirurgicaux ou de prothèse.

Dans les pays industrialisés, le nombre de dents restantes en bouche chez les personnes âgées est en augmentation grâce à l'amélioration des conditions sanitaires. Ceci implique d'ajuster la prise en charge des soins bucco-dentaires car les besoins sont différents de ceux des patients édentés d'autrefois, avec une attention particulière pour les patients institutionnalisés dont les soins d'hygiène dépendront du personnel soignant.

On constate que la santé bucco-dentaire des personnes âgées est meilleure dans les pays où la profession d'hygiéniste fait partie intégrante du système de santé bucco-dentaire comme les pays nordiques. Cette profession reste encore timide dans beaucoup d'autres pays, notamment la France qui ne la reconnaît pas.

3.2.2. Constat national à travers différentes régions

3.2.2.1. Enquête dans les EHPAD du Limousin et du Poitou-Charentes (20)

En 2006, les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) du Limousin et du Poitou-Charentes ont élaboré en partenariat un projet destiné à évaluer et à améliorer la santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD. Cette étude transversale descriptive concerne l'exhaustivité des 159 EHPAD conventionnés au 15 avril 2003 dans les 7 départements des régions Limousin Poitou-Charentes. Les échantillons ont été constitués de

manière aléatoire à partir du nombre de lits de chaque EHPAD, jusqu'à atteinte des effectifs nécessaires dans chaque région.

756 résidents ont été examinés. Plusieurs indicateurs cliniques ont été observés comme la présence de plaque dentaire, de tartre, d'inflammation gingivale, de mobilités dentaires, de lésions carieuses,… Nous les avons regroupés dans un tableau (**Tableau 3**).

	Résidents examinés (n)	*Résidents concernés* (n)	(%)
1. Présence de plaque dentaire	480	265	55
2. Présence de tartre	484	266	55
3. Présence de dépôts alimentaires	643	240	37
4. Présence d'une zone d'inflammation gingivale	677	235	34
5. Halitose	608	91	15
6. Présence d'au moins une lésion des muqueuses	664	72	11
7. Présence d'au moins une dent mobile	472	107	23
8. Besoins au moins d'une extraction dentaire	485	257	53
9. Besoins au moins d'un soin conservateur	479	167	35
10. Besoin de réhabilitation d'un **petit édentement** par prothèse fixée au maxillaire ou à la mandibule	468	46	10
11. Besoin de réhabilitation d'au moins un **édentement important** à remplacer par une prothèse partielle amovible au maxillaire ou à la mandibule	444	253	57
12. Besoin de réhabilitation d'un **édentement total** au maxillaire ou à la mandibule	396	179	45
Nombre de résidents présentant un **besoin en prévention** pour au moins un des indicateurs 1 à 6	726	471	**65**
Nombre de résidents présentant un **besoin en soin** pour au moins un des indicateurs 7 à 12	713	523	**73**
Nombre de résidents présentant un **besoin en prévention ou en soin** pour au moins un des indicateurs 1 à 12	729	627	**86**

Tableau 3 : *Résidents pour lesquels les indicateurs cliniques de santé bucco-dentaire révèlent un besoin de prévention ou de soins dentaires* (20)

Au moins l'un des critères de besoin en prévention ou en soin bucco-dentaire est relevé pour **86%** des résidents et parmi ceux-ci, 91% ne sont pas en cours de soin. Ainsi, la proportion des résidents pour lesquels les besoins en santé bucco-dentaire ne sont pas couverts de façon concrète atteint 78%.

Parmi les 756 résidents des EHPAD, un peu plus de 1% ont pu avoir un bilan bucco-dentaire lors de leur entrée dans l'établissement et 11% ont consulté un professionnel de la santé bucco-dentaire dans un intervalle compris entre le trimestre précédent et le mois suivant la date de l'étude.

Concernant les besoins en soins d'hygiène, on a noté une présence de plaque dentaire et de tartre sur plus de la moitié des dents résiduelles des résidents dentés ; des dépôts alimentaires sont présents pour 37% des patients, révélant ainsi l'absence ou l'inefficacité des mesures simples d'hygiène pour cette population.

73% des résidents présentent **au moins un des critères de besoin en soins dentaires** dont **53%** nécessitent au moins une **extraction dentaire** et **35%** ont **besoin de soins conservateurs**.

Pour **56%** des résidents, un **besoin de restauration prothétique** conjointe ou partielle adjointe ou totale a été relevé.

Cette enquête a montré que pour 78% des résidents des EHPAD de Poitou-Charentes et du Limousin, les besoins en santé bucco-dentaire sont non couverts, particulièrement dans les domaines de la prévention et de l'accès aux soins. Malgré des indicateurs de santé bucco-dentaire très défavorables, 51% des résidents ont une perception favorable de leur état de santé bucco-dentaire.

*3.2.2.2. Enquête dans les EHPAD du Lot (*45)

Une étude a également été menée dans le Lot en 2004 pour évaluer l'état de santé bucco-dentaire des résidents des EHPAD, après avoir constaté, dans d'autres régions, un état de santé dégradé au niveau bucco-dentaire des résidents des maisons de retraite ainsi que des carences dans l'organisation de l'accès aux soins dentaires pour ces patients.

158 résidents ont été sélectionnés parmi 9 établissements. Ils ont tous subi un entretien ainsi qu'un examen buccal par un chirurgien-dentiste conseil.

L'examen endo-buccal a révélé des dépôts de plaque dentaire, de tartre ou de dépôts alimentaires chez 51% des sujets. Une atteinte du parodonte de type gingivite ou parodontite est retrouvée dans 38% des cas.

Les dents présentes en bouche ont été comptées (**tableau 4**).

Nombre de dents présentes	***Pourcentage des pensionnaires***
0	34
1 à 5	21
6 à 10	11
11 à 15	12
16 à 20	12
21 à 25	8
26 à 30	2
Total	100

Tableau 4 : *Nombre de dents restantes en bouche chez les pensionnaires* (45)

On note que 34% de la population est complètement édentée. Il reste en moyenne 7,6 dents par sujet et le nombre de dents saines est en moyenne de 5,8 par sujet.

Les besoins en soins bucco-dentaires ont été mis en évidence et il en résulte que:

- **43%** du total des pensionnaires ont besoin d'un **détartrage**
- **53%** des pensionnaires ayant au moins une dent ont **besoin d'extractions**, ce qui représente 35% du total des pensionnaires
- **41%** des sujets dentés ont besoin de **soins conservateurs**, ce qui représente 27% du total des pensionnaires
- **63%** ont besoin **d'une ou de deux prothèses adjointes**, sachant que 52% sont actuellement non appareillés et que 11% sont appareillés mais ont besoin de renouveler une ou leurs prothèses.

En conclusion, **quatre personnes sur cinq au moins ont besoin de soins bucco-dentaires:** détartrage, extraction, soin conservateur ou prothèse adjointe.

Cependant, si on demande l'avis des résidents grâce au questionnaire GOHAI (Global Oral Health Assesment Index) qui permet de mesurer le besoin ressenti en soins dentaires, 29% répondent avoir un besoin en soins alors que 78% ont un réel besoin constaté. Ce décalage important entre besoins ressentis et besoins observés explique l'absence de doléances des patients hébergés et de ce fait l'insuffisance d'accès aux soins dentaires de ces derniers. Cette distorsion est liée à l'état de dépendance et au vieillissement, aux troubles cognitifs et dépressifs ainsi qu'aux caractéristiques socioculturelles des générations de plus de 85 ans peu sensibilisées au domaine de la santé bucco-dentaire.

Si on **compare** cette étude à celle réalisée en 2000 chez des **patients hébergés dans l'Essonne**, on retrouve des chiffres similaires (19).

Cette enquête a permis de mettre en évidence l'état bucco-dentaire préoccupant et donc l'importance des besoins en soins dentaires des personnes âgées hébergées en établissement, ainsi que les carences du système actuel d'accès aux soins en France.

3.2.3. Enquêtes dans les EHPAD de la région Lorraine

En Lorraine, trois études similaires ont été entreprises dans les EHPAD de Metz-Thionville, de Nancy et dans les Vosges, ce qui nous permet d'en effectuer une comparaison.

3.2.3.1. Enquête au CHR de Metz-Thionville en unité de soins gériatrique (11)

En 2005, une étude menée en unités de soins gériatriques au sein du CHR de Metz-Thionville a permis d'évaluer l'état bucco-dentaire ainsi que les différents besoins des personnes âgées dépendantes en terme de soins dans le but d'améliorer la santé buccale des personnes institutionnalisées.

120 patients, dont la moyenne d'âge est de **83 ans** répartis en 80% de femmes et 20% d'hommes, ont été examinés.

Des dépôts de plaque ou d'aliments sont présents chez 63% des patients. L'inflammation gingivale, quant à elle, a été retrouvée dans 32% des cas.

Le nombre de patients édentés totaux s'élève à 43%.

Les **besoins bucco-dentaires** diagnostiqués sont les suivants (11):

- **50%** des patients dentés ont des **besoins en soins parodontaux**
- **87%** des patients dentés ont **besoin d'extraction dentaire** avec en moyenne 4 dents à extraire
- **35%** des patients nécessitent des **soins conservateurs** avec en moyenne 2,6 dents cariées à soigner
- **27%** des patients nécessitent des **traitements prothétiques**, que ce soit des réparations, des rebasages ou la confection de nouvelles prothèses adjointes.

3.2.3.2. Enquête dans l'EHPAD de Senones dans les Vosges (34)

En 2006, une étude a évalué les besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées résidant dans l'EHPAD de Senones.

101 résidents ont été examinés. L'âge moyen des pensionnaires est de **83,5 ans** avec une prédominance féminine (74%).

51,5% des patients sont édentés totaux.

80% des résidents présentent de la plaque dentaire en bouche et l'inflammation gingivale touche 24,5% d'entre eux.

Les besoins bucco-dentaires diagnostiqués sont les suivants :

- **18%** des patients nécessitent des **soins conservateurs**
- **22%** ont besoin d'un **détartrage**
- **28%** ont besoin d'**extraction**
- **48%** nécessitent une **prothèse amovible**
- **26%** ont besoin d'une **réparation ou d'un rebasage**
- **89%** ont besoin de **soins d'hygiène**

3.2.3.3. Enquête dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dans l'agglomération de Nancy (24)

En mai 2004, une étude a été réalisée dans deux établissements nancéens hébergeant des personnes âgées : la maison hospitalière Saint Charles (28 résidents **dépendants**) et la maison de retraite privée Saint Rémy (27 résidents **valides**). L'objectif de cette étude était de vérifier si la mise en place de protocoles d'hygiène, la formation du personnel-soignant et l'apport d'informations aux personnes âgées conduisent à une meilleure hygiène bucco-dentaire.

Nous nous sommes intéressés à l'état bucco-dentaire initial des patients, avant la mise en place de ces protocoles d'hygiène.

- **Maison hospitalière Saint Charles :**

La moyenne d'âge des 28 résidents dépendants examinés est de **86 ans** avec 67% de femmes et 33 % d'hommes.

La présence de plaque dentaire est importante à Saint Charles puisqu'on en trouve chez 82% des résidents. Une gingivite est dépistée chez 82% des patients.

On dénombre 37% de patients édentés totaux.

- **Maison de retraite Saint Rémy :**

La moyenne d'âge des 27 résidents indépendants de Saint Rémy est de 87 ans, avec 86% de femmes et 14% d'hommes.

La présence de plaque dentaire est élevée dans 75% des cas et une inflammation gingivale est observée dans 80% des cas.

Le nombre de patients édentés totaux s'élève à 28%.

Nous ne disposons pas, pour les établissements Saint Charles et Saint Rémy, de chiffres concernant les besoins bucco-dentaires des patients. Mais les indices de plaque et gingival élevés suggèrent des besoins importants, semblables aux enquêtes préalables.

Après comparaison des résultats de ces deux études, il a été mis en évidence des **différences significatives** entre l'état bucco-dentaire des résidents des deux établissements. En effet, une **meilleure santé bucco-dentaire** a été constatée chez les pensionnaires **autonomes** de l'établissement privé de Saint Rémy. On a noté en moyenne que les résidents autonomes ont bénéficié du double de soins dentaires par rapport aux résidents dépendants. Il leur reste d'ailleurs en moyenne 17 dents en bouche contre seulement 12 chez les patients dépendants.

Ceci peut être expliqué en partie par une opportunité plus importante des pensionnaires autonomes d'accéder à un cabinet dentaire. Plus soucieux de leur hygiène ou plus ancrés dans les habitudes quotidiennes, ces derniers disposent davantage de matériels et de produits d'hygiène bucco-dentaire que les résidents dépendants de la maison Saint Charles. Toutefois, le constat de mauvaise hygiène est le même au sein des deux établissements lorsque les indices de plaque et gingival sont examinés.

Cependant, après la mise en place des protocoles d'hygiène bucco-dentaire, les résultats sont améliorés avec une baisse importante de l'indice de plaque, de l'halitose et de l'inflammation gingivale, ce qui prouve que l'**information et l'éducation des résidents et la formation du personnel** ont un **impact positif sur l'hygiène bucco-dentaire chez les patients dépendants.** Concernant les patients encore **autonomes**, les techniques sont, comme pour l'enfant , à adapter aux capacités motrices de la personne où une aide externe est requise.

3.2.3.4. Etude comparative des résultats des enquêtes effectuées dans notre région (11, 24, 34)

L'enquête réalisée à Senones en 2006 comporte déjà une comparaison entre ses résultats et la moyenne de ceux des deux établissements de Nancy. Nous nous proposons d'agrandir la comparaison en y rajoutant l'évaluation réalisée dans l'unité de soins gériatriques du CHR de Metz-Thionville (**tableau 5**).

Paramètres étudiés	Senones	Nancy	Metz
Age moyen (en années)	83,5	**86,3**	82,6
Plaque (score moyen)	**1,5**	1,1	1,0
Tartre (% patients concernés)	44	**56,5**	52
Inflammation gingivale (score moyen pour la population totale)	0,14	**1,17**	0,65
Dents absentes	**26,6**	17,5	16,2
Dents cariées	0,7	1,1	**2,8**
Dents obturées	1,2	**2,6**	
Racines résiduelles	0,9	0,3	**1,5**
% dentés	**48,5**	67,3	57,5
% édentés totaux	**51,5**	32,7	42,5

Tableau 5 : *Comparaison de l'état buccal des résidents entre les trois établissements (*11, 24, 34)

La population la plus âgée est celle accueillie dans la structure de Nancy. En revanche, la population qui présente le plus de résidents édentés totaux est celle de l'EHPAD de Senones pour 51,5% d'entre elle, par rapport aux pensionnaires de Metz (42,5%) et Nancy (32,7%). Ceci s'explique par le fait que la population de Senones est rurale et donc certainement moins attachée à garder ses dents et ayant moins recours aux soins dentaires que pour les populations urbaines.

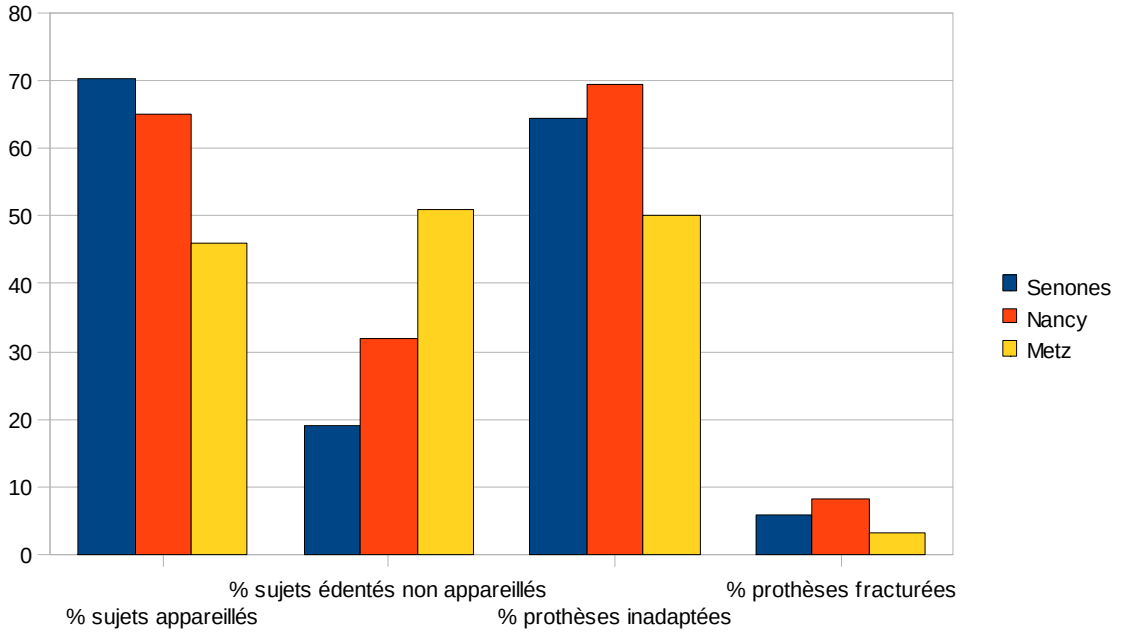
C'est en toute logique que les patients les plus dentés présentent le plus de dents cariées, obturées et de racines résiduelles comme dans l'unité de soins gériatriques de Metz où l'on trouve le nombre le plus élevé de caries et de racines résiduelles.

A Nancy, pour un nombre de dents restantes similaires à celui des résidents du CHR de Metz, nous notons que le nombre moyen de caries et de racines résiduelles est inférieur. Or, les résidents des établissements de Nancy sont pris en charge par les étudiants de cinquième année de Chirurgie dentaire toute l'année et on peut supposer que cette surveillance et une prise en charge régulières, donc une meilleure organisation des soins, soient responsables de ce résultat. Ainsi, la présence des étudiants sensibiliserait l'implication du personnel soignant et renforcerait les soins d'hygiène bucco-dentaire administrés aux résidents.

En matière d'hygiène, le score de plaque le plus important est celui des patients de l'établissement de Senones avec un indice de 1,5. On peut également remettre en cause le « mode de vie rural » de ces patients qui ont été moins sensibilisés à l'hygiène bucco-dentaire que les patients vivant en ville.

Le pourcentage d'édentés totaux dans l'EHPAD de Senones étant le plus important, il est normal d'y retrouver le taux le plus élevé de patients porteurs de prothèse. Par contre, sur le **graphique 1** ci-dessous, on constate qu'il y a plus de patients appareillés à Nancy (65%) sur les 32,7% qui sont édentés, qu'à Metz, où seulement 46% sont appareillés alors que 51% de la population est édentée. Cela démontre l'absence de demande de soins de la part des résidents et le manque de suivi bucco-dentaire par l'équipe soignante.

Le taux de prothèses inadaptées est très important dans les trois établissements, ceci prouvant une fois de plus que la personne âgée, habituée à ses prothèses, n'est pas demandeuse de soins visant à améliorer son état buccal, même si ses appareils sont inadaptés.



Graphique 1 : *Comparaison de l'état prothétique des patients des différents établissements*

3.2.4. Conclusion

Après avoir observé l'état de santé bucco-dentaire de nos aînés dans le monde, plus particulièrement dans notre pays et notre région, le **constat** qu'il en ressort est plutôt **préoccupant** : on prend réellement conscience que le phénomène de carence dans le système de soins bucco-dentaires chez la personne âgée institutionnalisée est mondial.

En France, dans les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes du Poitou-Charentes, 73,3% des résidents nécessitaient au moins un soin dentaire. Dans le Lot, c'est quatre personnes sur cinq qui nécessitaient au moins un soin dentaire, soit 80% de cette population.

Et comme nous venons de le voir dans notre région, les besoins en soins bucco-dentaires de nos aînés hébergés sont tout aussi importants.

Nous sommes donc face à un grand besoin en soins bucco-dentaires, tant préventifs que curatifs, mais, paradoxalement, la demande est très faible de la part des personnes âgées. De plus, la prise en charge des soins de bouche par le personnel soignant est nettement insuffisante et les examens de dépistage par des praticiens sont trop souvent inexistants.

Il faut maintenant déterminer quels sont les soins à prodiguer sur ces patients fragiles et comment les mettre en œuvre dans ce contexte particulier des EHPAD ou USLD.

3.3. Besoins en soins préventifs (1, 9, 30)

En institution, les facteurs de risque des pathologies bucco-dentaires sont potentialisés. Ainsi, la prévention qui s'attache à diminuer l'influence de ces facteurs de risque est essentielle pour le maintien de la santé des personnes âgées dépendantes. Elle est d'autant plus importante que la réalisation des soins curatifs est difficile.

Nous allons décrire les soins de prévention bucco-dentaires qui doivent être prodigués à toutes les personnes âgées institutionnalisées puis nous verrons quelles peuvent être les barrières qui entravent le bon déroulement de ces soins.

3.3.1. Les soins préventifs

A chaque entrée des patients en institution gériatrique, un examen clinique bucco-dentaire doit être instauré afin d'évaluer leur état de santé, l'adaptation de leurs prothèses amovibles, et ainsi leurs besoins en soins dentaires.

Ensuite, une visite annuelle permettrait d'instaurer un suivi préventif, un contrôle des prothèses et de la bouche afin de dépister toute pathologie orale.

3.3.1.1. L'hygiène bucco-dento-prothétique au quotidien (30, 55, 61)

Le maintien d'une hygiène buccale satisfaisante par suppression de la plaque dentaire est une mesure indispensable dans la prévention des maladies parodontales et des caries dentaires. Pour les personnes âgées dépendantes en institution, l'hygiène bucco-dento-prothétique doit être prise en charge par le personnel soignant, le patient n'étant pas capable d'assurer sans aide son hygiène buccale (61).

Notre rôle en tant que chirurgien-dentiste est donc :

- de sensibiliser et former le personnel soignant à des techniques d'hygiène bucco-dentaire plus adaptées aux différents cas cliniques, complétées par un support explicatif;
- de maintenir la motivation du personnel soignant;
- d'instaurer une hygiène bucco-dentaire individuelle adaptée à chaque résident;
- de surveiller cette hygiène.

L'hygiène bucco-dento-prothétique consiste en un brossage des dents, un nettoyage des muqueuses et un entretien des prothèses. Ces soins de bouche doivent être réalisés au mieux **trois fois par jour** par le patient ou le personnel soignant selon l'état de dépendance du patient, **sinon au moins une fois par jour, de préférence le soir**, pour éviter la « macération » et la stagnation des aliments toute la nuit associées à l'hyposialie nocturne physiologique.

3.3.1.1.1. Le brossage des dents (30, 55)

Il consiste à :

- **retirer** les **prothèses dentaires**

- **brosser les dents** à l'aide d'une brosse à dents souple à tête courte, électrique ou non, et d'un dentifrice fluoré en s'approchant le plus possible de la « technique du rouleau », même si celle-ci n'est pas forcément réalisable dans son intégralité.
- certains auteurs préconisent de **nettoyer les espaces interdentaires** à l'aide d'un fil dentaire ou de brossettes interdentaires. Ces méthodes complémentaires ne peuvent être utilisées que si la coopération et les handicaps du pensionnaire l'autorisent. On peut tout aussi bien utiliser des brosses à dents de nouvelle génération dites « sensitives » dont les poils côniques permettent de mieux accéder dans les espaces interdentaires.
- **faire rincer la bouche** au patient.
- **nettoyer la brosse à dents** à l'eau courante (penser à la renouveler de façon régulière tous les 3 mois, c'est-à-dire à chaque changement de saison)

Il faut insister sur le temps de brossage, indispensable pour supprimer la plaque bactérienne (**3 minutes minimum** pour une denture complète, à adapter en fonction du nombre de dents restantes en bouche).

Pour les patients présentant une inflammation gingivale, la fréquence des brossages doit être augmentée et ces derniers doivent être effectués avec douceur en insistant bien sur les zones gingivales inflammatoires.

3.3.1.1.2. L'hygiène des muqueuses (30, 55)

Elle consiste à :
- **retirer** les **prothèses dentaires**
- **faire rincer la bouche** au patient si cela est possible
- procéder au **nettoyage des vestibules, des muqueuses et de la langue** à l'aide d'une compresse imbibée de bain de bouche dilué enroulée autour du doigt
- **faire rincer la bouche**.

3.3.1.1.3. L'entretien des prothèses dentaires (30, 55)

Il consiste à :
- **rincer les prothèses** sous l'eau courante au-dessus d'un lavabo rempli d'eau

- **les brosser** à l'aide d'une **brosse à prothèse** (adaptée pour le nettoyage de toutes les zones de la prothèse) et de **savon** (tenir la prothèse mandibulaire par une seule extrémité pour limiter les risques de cassure)
- **rincer les prothèses**
- **le soir**, au coucher, sécher correctement les prothèses et les mettre dans une **boîte à prothèse au sec**. Si le résident est habitué à dormir avec ses prothèses, il peut les garder, à condition que l'entretien prothétique soit irréprochable.
- **le matin**, **rincer les prothèses** à l'eau courante avant de **les remettre en bouche**.

L'immersion de la prothèse dans une solution de peroxyde alcalin (Polident®) pendant 10 minutes peut être effectuée une à deux fois par semaine. Elle ne remplace pas le brossage de la prothèse qui doit être fait au préalable.

Pour les patients présentant une candidose, il est nécessaire d'effectuer une désinfection quotidienne des prothèses en les trempant 20 minutes dans une solution désinfectante (chlorhexidine, hypochlorite de sodium à 1%) dans la boîte à prothèse; de cette façon, la désinfection sera globale. La prothèse peut également être conservée une heure à l'air libre après avoir été correctement séchée pour se débarrasser des germes anaérobies qui ont besoin d'une atmosphère humide et sans oxygène pour proliférer.

Une fois par semaine, les prothèses ainsi que la brosse à dents (tête en bas) peuvent être désinfectées dans une solution de chlorhexidine pendant 30 minutes.

Le recours aux ultrasons combinés à une solution désinfectante peut être une solution très utile pour le personnel soignant pour entretenir les prothèses des résidents. Cependant, il nécessite un investissement de la part des institutions.

3.3.1.2. Le détartrage (30)

Le détartrage aux ultrasons est indiqué pour éliminer le tartre supragingival et les colorations externes de l'émail. L'insert peut également servir à désorganiser la plaque supragingivale et laver les surfaces dentaires.

Lorsque l'utilisation de l'eau et de l'aspiration ne sont pas possibles en raison de troubles moteurs, d'une intolérance aux ultra-sons (bruit, vibrations, douleurs) ou d'un risque de

fausse-route élevé du patient (patient alité), on peut procéder à un détartrage manuel à l'aide de curettes.

Le détartrage devrait être effectué **une à deux fois par an** par un chirurgien-dentiste pour maintenir une bonne santé parodontale, en plus des soins d'hygiène apportés quotidiennement.

3.3.1.3. La fluoration (61)

La réduction de 30 à 50% du taux de caries consécutive à l'utilisation de fluor justifie pleinement le recours à ce type de prévention anti-carieuse chez les personnes âgées dépendantes. Des moyens topiques et généraux sont possibles.

Les moyens topiques sont à utiliser de préférence chez les personnes âgées dépendantes par l'intermédiaire de bains de bouche et de dentifrice à la dose de 2mg/jour. Il faudra faire attention aux patients alités et prévoir un récipient pour pouvoir cracher ou mieux, un système d'aspiration si l'institution en dispose. On peut le cas échéant utiliser des compresses.

Il existe aussi des moyens professionnels d'application topique du fluor : les gels fluorés type Fluogel® appliqués au moyen de gouttières ou bien des vernis fluorés types Fluor Protector®.

Les voies générales d'apport du fluor peuvent être complémentaires mais il faut évaluer tous les apports afin d'éviter un surdosage. L'eau de consommation est la solution la plus adaptée aux personnes âgées dépendantes en institution. Certaines eaux en bouteilles sont riches en fluor (Badoit 2mg/l, Vichy Célestin 5,8 mg/l).

La condition *sine qua non* pour appliquer des produits de fluoration est une bouche propre, exempte de plaque et de tartre.

3.3.2. Pourquoi l'hygiène en institution est-elle insuffisante ?

Une hygiène buccale satisfaisante contribue au maintien d'un bon état de santé bucco-dentaire, mais également de la santé générale et de la qualité de vie.

Pourtant, nous l'avons constaté dans le chapitre précédent, l'hygiène bucco-dentaire en institution est déficiente (insuffisante ou mauvaise) et la perte d'autonomie ainsi que ses

répercussions en matière d'hygiène ne sont pas suffisamment compensées par le milieu institutionnel.

Analysons les différentes problématiques qui s'opposent au maintien d'une bonne hygiène chez les personnes âgées dépendantes hébergées.

- **Du côté des personnes âgées** (30)

→ **Le manque de motivation**

On a remarqué qu'en institution, peu de pensionnaires sont demandeurs d'une « aide à l'hygiène bucco-dentaire » : 13% seulement d'après une enquête réalisée par la CPAM de Paris en 2003 (50). En effet, beaucoup de personnes âgées, se sentant seules et ayant une mauvaise image d'elles-mêmes, ne voient pas d'intérêt à ce que l'on vienne les « déranger » tous les jours pour laver leur bouche et leurs prothèses. De plus, la prévention bucco-dentaire étant quasi-inexistante lorsque cette population était plus jeune, elle a été peu sensibilisée à l'importance des soins dentaires et peut donc mal comprendre la démarche des aide-soignants qui viennent lui nettoyer la bouche alors qu'elle n'a plus de dents par exemple.

→ **Les troubles physiques et mentaux**

Les **troubles de la vision**, qu'ils soient liés au vieillissement ou à certaines pathologies oculaires (cataracte, dégénérescence maculaire,…) sont responsables d'une moindre efficacité des techniques d'hygiène.

Les **problèmes de dextérité et de souplesse du poignet** (troubles moteurs) touchent la majorité des pensionnaires (maladie de Parkinson, sclérose en plaque, arthrose,…) et rendent difficile voire impossible l'hygiène bucco-dentaire.

Les **troubles cognitifs** rendent la personne âgée incapable d'effectuer volontairement et correctement un acte moteur comme le brossage, le mouvement sera stéréotypé et inefficace.

Les patients souffrant de pathologies mentales présentent un indice de plaque plus élevé.

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, l'altération de la mémoire à court terme ainsi que l'apraxie rendent le malade incapable d'utiliser correctement une brosse à dents. Elle ne

pourra donc plus assurer les manœuvres indispensables au maintien d'une hygiène buccale convenable.

De plus, le syndrome dépressif peut se traduire par un laisser-aller général et un abandon de soi, laissant de côté son hygiène notamment buccale.

- **Du côté du personnel soignant** (54)

C'est au personnel soignant de superviser ou d'effectuer l'hygiène bucco-dentaire des patients institutionnalisés. Cependant, le manque de temps, de matériel et/ou de personnel sont des facteurs fortement limitants (23).

La coopération familiale dans le suivi de l'hygiène bucco-dentaire est souvent requise. Elle n'est pas toujours possible car elle impliquerait des visites quotidiennes. Doit-elle être d'ailleurs favorisée ?

Le personnel soignant (infirmières et aide-soignants) occupe une place majoritaire dans l'accomplissement des soins bucco-dentaires sur les personnes âgées dépendantes. Cependant, cette tâche est bien souvent délaissée.

Peut-on parler alors d'un manque de temps, de volonté, de matériel ou d'un manque d'organisation, d'information et/ou de formation ?

→ **Manque de temps du personnel soignant**

L'équipe soignante, souvent en nombre insuffisant, manque clairement de temps pour réaliser des soins d'hygiène complets et corrects sur chaque patient. D'autant plus que les personnes âgées, peu demandeuses de soins bucco-dentaires voire parfois non coopérantes, ne leur facilitent pas la tâche.

Dans la plupart des cas, la surcharge de travail ne permet pas de s'occuper de la bouche et des dents des patients âgés. Souvent, lorsqu'ils sont porteurs de prothèses dentaires, celles-ci sont laissées en bouche ou simplement rincées à l'eau courante.

→ **Manque de matériel dans les services**

Le manque de moyens matériels lié au délaissement des familles qui ne fournissent plus le matériel nécessaire pour les soins dentaires (brosse à dents, dentifrice,…) fait que, même en prenant le temps, les soins bucco-dentaires ne pourront pas être réalisés correctement.

C'est parfois ce manque de moyens qui fait que le personnel soignant réalise les soins généraux nécessaires au bien-être général du patient âgé, au détriment des soins bucco-dentaires.

→ **Inconscience du personnel soignant face à l'importance de l'hygiène**

Il semble que le personnel soignant ne soit pas conscient des problèmes pouvant survenir lorsque les soins bucco-dentaires ne sont pas réalisés correctement. Pour certains d'entre eux, ce n'est pas une priorité par rapport aux soins généraux. Et pourtant, le manque de soins peut engendrer des troubles susceptibles de perturber toutes les fonctions de l'appareil manducateur et l'état de santé général du patient.

Il est donc important de redéfinir le rôle et les comportements infirmiers à adopter face à la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

→ **Manque de formation et d'information du personnel**

L'équipe soignante ne reçoit pas assez d'informations ni de formations concernant la marche à suivre pour les soins de bouche des patients. En effet, très peu d'heures de formation sont consacrées aux soins bucco-dentaires dans leur cursus initial et celles-ci restent très théoriques. Ainsi, les infirmières ne sont pas correctement préparées au maintien d'une hygiène bucco-dentaire des résidents et encore moins au dépistage des pathologies bucco-dentaires. Ce constat est déjà établi dans d'autres pays d'Europe (17).

Dans certains établissements, les soins bucco-dentaires ne sont même pas intégrés dans la toilette du patient et ne figurent nulle part sur les feuilles spécifiques aux soins d'hygiène.

L'étude réalisée dans les EHPAD de Poitou-Charentes (20) révèle que 77% des directeurs d'EHPAD trouvent leur personnel soignant insuffisamment formé à l'hygiène bucco-dentaire. 60% de ces directeurs insatisfaits du niveau de formation de leur personnel soignant à

l'hygiène bucco-dentaire 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 infirmières. Pour pallier à ce manque, l'EHPAD de Senones dans les Vosges avait pu bénéficier de séminaires de formation pour le personnel soignant. Ces séminaires étaient organisés par H. PEIGNIER (56) et A. HOGARD (34) qui faisaient à l'époque leur thèse sur ce sujet.

Cette formation présente ses limites:

- le turn-over du personnel soignant qui sera de nouveau « novice » en matière de soins d'hygiène,
- la perte de motivation du personnel soignant s'il n'est pas sollicité régulièrement.

3.4. Besoins en soins curatifs

Les soins curatifs doivent être réalisés par un chirurgien-dentiste qui a besoin d'une installation spécifique nécessitant ainsi le déplacement de la personne âgée et une structure propre à pouvoir l'accueillir.

3.4.1. Règles des soins curatifs chez la personne âgée dépendante (1, 23, 30)

- **Les soins conservateurs**

L'atteinte carieuse la plus fréquente chez le sujet âgé est la carie de racine et de collet, associée à la récession gingivale et à une mauvaise hygiène buccale (23).

La restauration à l'amalgame sera choisie pour les restauration postérieures car il peut supporter des conditions extrêmes (sang, salive), souvent rencontrées chez ces patients. De plus, il a une bonne tolérance pour les tissus dentaires et gingivaux. Son inconvénient est qu'il demandera une préparation délabrante pour sa rétention et qu'il est inesthétique.

La résine composite couplée au ciment verre ionomère (CVIMAR) sera utilisée en antérieur pour un résultat plus esthétique. Elle permet une préparation peu délabrante, est

biocompatible et relargue du fluor mais elle devra être posée à l'abri de la salive et du sang (30).

- **Les traitements endodontiques**

La réduction du volume pulpaire et la lente progression des lésions carieuses peuvent expliquer le fait que les besoins en traitements endodontiques soient faibles chez les personnes âgées (23).

Le traitement endodontique sera **rarement réalisé** chez la personne âgée dépendante, étant donné la calcification des canaux et donc, la faible incidence d'infections péri-apicales.

- **Les avulsions**

L'éradication des foyers dentaires infectieux est nécessaire chez ces patients affaiblis. Les précautions à prendre concernent essentiellement les risques infectieux, hémorragique, liés au stress, à la douleur et à la prescription médicamenteuse.

Les extractions peuvent susciter certaines difficultés :

- l'ankylose limite les possibilités d'élévation de la dent et augmente le risque de fracture alvéolaire

- l'hypercémentose peut modifier la morphologie radiculaire et rendre difficile son extraction

- les dents cariées ou ayant été l'objet de restaurations répétées sont fragilisées et risquent de se fracturer au cours des procédures d'extractions

- la qualité ainsi que la quantité d'os du sujet âgé peuvent être à l'origine de risque de fracture notamment à la mandibule et de communication bucco-sinusienne au maxillaire (30).

Les extractions requièrent ainsi des **gestes doux** et **atraumatiques**.

- **Les prothèses**

En général, les patients prennent moins soin de leur hygiène buccale au cours du temps, c'est pourquoi la prothèse doit être aussi simple que possible.

La **prothèse fixée** n'est pas indiquée chez les patients hébergées des EHPAD car trop complexe à réaliser. Cependant, une couronne provisoire peut être faite à la demande du patient pour remplacer une dent antérieure très délabrée non reconstituable par un matériau plastique.

L'adjonction des dents extraites sur les **prothèses amovibles partielles** existantes sera réalisée lorsque cela est possible ainsi que la réparation des prothèses fracturées.

En cas de **prothèses amovibles complètes** inadaptées dès l'entrée du patient en EHPAD, on peut se demander si la confection de nouvelles prothèses ne serait pas indiquée, avant l'aggravation de son état de santé général, afin de lui permettre de s'alimenter correctement.

Si, au cours de l'hospitalisation, l'équipe soignante s'aperçoit que les prothèses complètes ne sont plus adaptées (le patient ne les porte plus, a du mal à s'alimenter), un rebasage à l'aide d'un matériau dur tel que le Rebaron® est indiqué, dans la mesure du possible. Un rebasage mou peut être utile (Coe Soft®). Il sera ensuite transformé en dur au laboratoire de prothèse pour être définitif.

L'emploi de colles pour prothèses amovibles complètes ne peut être conseillé pour une utilisation de routine que si l'hygiène prothétique et le nettoyage des muqueuses sont quotidiens et réalisés correctement (1, 30).

- **Les limites thérapeutiques**

L'état de santé de patient, la fragilité des tissus oraux, le consensus d'une fin prochaine, une maladie buccale aigüe, un manque de coopération du patient, sont autant d'éléments qui limitent voire même contre-indiquent certaines thérapeutiques dentaires. Ainsi, certains patients ne seront pas réappareillables et il sera alors préférable de les laisser édentés.

Pour les soins dentaires, le but est d'assainir la bouche en évitant l'infection et en supprimant les gênes. On préfèrera polir une racine qui blesse plutôt que de l'extraire si celle-ci n'est pas infectée.

Il faut envisager un traitement réaliste qui tienne compte de l'état de santé du patient, aussi bien buccal que général.

3.4.2. Quels sont les obstacles aux soins bucco-dentaires ? (1, 30, 57)

3.4.2.1. La faible demande en soins

L'utilisation des services professionnels dans leur forme actuelle est pratiquement inexistante par les aînés en institution. Les patients âgés sont peu demandeurs de soins dentaires. Plusieurs obstacles à l'accès aux soins expliquent ce comportement.

- **Obstacles psycho-culturels**

La faible utilisation des soins dentaires par les personnes âgées en institution s'explique essentiellement par le fait qu'elles n'en voient pas la nécessité et n'ont pas eu l'habitude de consultations régulières. Elles considèrent leurs problèmes bucco-dentaires comme une conséquence normale du vieillissement.

Beaucoup de pensionnaires sont également mal informés quant à un recours éventuel à un chirurgien-dentiste : une enquête de la CPAM de Paris (57) révèle que la moitié des pensionnaires interrogés ignore s'ils peuvent consulter ou non un chirurgien-dentiste et 47% estiment qu'ils ne le peuvent pas.

Enfin, les appréhensions qu'ont laissées les expériences antérieures peuvent également expliquer la faible fréquentation des personnes âgées dans les cabinets dentaires.

- **Obstacles économiques**

Les ressources des personnes âgées en institution après paiement des frais sont bien souvent minimes. Deux tiers des répondants et la moitié de ceux qui gèrent leurs ressources déclarent qu'il leur reste moins de 70 euros par mois après acquittement des frais d'hébergement (30).

Ainsi, la non prise en charge des frais par l'Assurance Maladie (notamment des frais prothétiques) et le coût des traitements sont des raisons souvent invoquées par les personnes âgées ou par la famille pour expliquer la faible demande en soins. Pourtant, certaines aides financières sont apportées aux personnes âgées démunies pour le financement des traitements.

- **Obstacles physiques**

Les difficultés de déplacement sont très fréquentes chez les personnes âgées en institution. Les déplacements à l'extérieur de l'institution nécessitent la présence d'un accompagnateur, le plus souvent un membre de la famille en raison du manque de personnel en institution (1).

Pour certaines personnes âgées, cela apparaît fastidieux ou difficile de mobiliser un de leur proche pour se rendre chez un dentiste et de ce fait, le besoin est passé sous silence.

- **Obstacles « sociaux »**

La personne âgée en perte d'autonomie ne décide plus de sa propre prise en charge : c'est le plus souvent le personnel soignant ou la famille qui demande une consultation odontologique à sa place.

- **Obstacles géographiques**

D'un point de vue géographique, l'absence de structures de soins de proximité dans les zones rurales peut décourager les patients et/ou leur famille à avoir recours à un chirurgien-dentiste de ville.

3.4.2.2. Difficultés de l'offre de soins (13)

Pour les personnes âgées en institution, **l'offre de soins varie d'un établissement à l'autre**. Il existe en effet une grande disparité d'accès aux soins bucco-dentaires: certains établissements ont des vacations en odontostomatologie sur place, d'autres ont un praticien référent à qui adresser les pensionnaires; certains possèdent un véhicule pouvant conduire les résidents sur le lieu des soins bucco-dentaires et pour d'autres, les déplacements doivent s'effectuer avec un véhicule de la famille ou en ambulance sur prescription médicale.

Cette offre de soins est donc mal structurée et est la conséquence de nombreuses difficultés rencontrées par les chirurgiens-dentistes pour soigner cette patientèle.

Pour ce qui est de la **réalisation des soins**, le praticien est confronté à de **nombreuses difficultés techniques** (problèmes de mobilité, pathologies mentales, rejet psychologique,...)

auxquelles il a été peu formé. De plus, l'exercice conventionné qui fixe la tarification des traitements n'est pas compatible avec la qualité de prise en charge que nécessite cette population.

4. Réflexion sur les différents systèmes de prise en charge des soins curatifs

Nous l'avons vu précédemment, il existe différents modèles de prise en charge des soins bucco-dentaires curatifs pour les personnes âgées hébergées.

4.1. Les différents types d'organisations possibles

4.1.1. Envoi direct des patients dans une structure de soins (***figure 1***)

La première solution consiste à adresser les patients directement dans une structure de soins dentaires, qu'il s'agisse d'un cabinet de ville ou d'un service odontologique hospitalier, sans passer par un vacataire. De ce fait, c'est à l'équipe soignante de prendre la décision d'adresser le patient.

Or, l'équipe soignante ne disposant pas des mêmes connaissances qu'un chirurgien-dentiste en matière de santé bucco-dentaire, le risque de ce système est d'adresser inutilement des patients et ainsi multiplier les coûts des trajets en ambulance.

4.1.2. Vacation d'un chirurgien-dentiste dans l'EHPAD (***figure 2***)

Le but d'un chirurgien-dentiste vacataire dans un établissement hébergeant les personnes âgées dépendantes n'est pas, comme on pourrait le penser, de soigner les dents des résidents.

Son rôle est avant tout d'**examiner** chaque résident de l'institution, de **transmettre les différentes informations** concernant leur état de santé bucco-dentaire au personnel soignant, de **motiver et de former ce personnel soignant** à une bonne hygiène bucco-dentaire des résidents. Il a aussi la tâche d'**évaluer les actions menées** et de **définir** avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD les **buts à atteindre** (34).

Si le chirurgien-dentiste vacataire constate que des soins sont nécessaires, ce dernier demandera l'accord à la famille pour la réalisation de ceux-ci et le nom du chirurgien-dentiste retenu. Ensuite, le personnel soignant ou la famille se chargeront d'organiser les rendez-vous avec le praticien désigné. Le chirurgien-dentiste vacataire fera le lien avec le praticien afin de préparer le résident à son rendez-vous, c'est-à-dire lui administrer une prémédication si il y a nécessité de modifier ses paramètres biologiques par exemple (antibiothérapie prophylactique), ou bien de vérifier que le patient a bien ses prothèses en bouche.

La réglementation actuelle oblige les nouveaux cabinets à s'équiper de structures pouvant accueillir les personnes handicapées : conformément à l'article L.111-7 de la loi 91-663 du 13 juillet 1991, le cabinet dentaire doit être tel que « les locaux et installations soient accessibles aux personnes handicapées ». De plus, il doit être ergonomique pour pouvoir dispenser les soins aussi bien au fauteuil qu'au lit.

Ce système de vacation présente l'**avantage** d'un suivi plus rigoureux et régulier de la santé bucco-dentaire des patients par rapport aux vacations d'étudiants car il s'agit d'un véritable poste rémunéré où un seul et même chirurgien-dentiste s'occupera de tous les patients. De plus, il permet une meilleure communication entre le chirurgien-dentiste, les soignants et la famille. Le diagnostic et le traitement des problèmes buccaux seront aussi plus rapides, sans rendez-vous inutiles.

L'**inconvénient** de ce modèle est que le personnel soignant se sent moins impliqué dans la santé bucco-dentaire des résidents, étant donné qu'un service dentaire est accessible ; si bien que le dentiste vacataire risque de se retrouver seul responsable de la santé bucco-dentaire des résidents sans pouvoir compter sur les soignants moins impliqués (43).

L'autre problème est le coût que nécessite la présence d'un vacataire. En effet, l'établissement doit rémunérer le praticien mais aussi lui donner les moyens de travailler correctement en mettant à sa disposition un local dédié aux consultations dentaires avec un fauteuil inclinable, un éclairage adapté et des kits d'examen jetables (pour éviter le coût et les difficultés de la stérilisation du matériel).

Le vacataire est présent dans l'EHPAD une demi-journée à une journée par semaine.

4.1.3. Les soins dentaires en institution (***figure 3***)

Les soins dentaires réalisés **au chevet des résidents** par des chirurgiens-dentistes sont possibles grâce à l'utilisation d'**units portatifs** mis à la disposition des praticiens par les Conseils de l'Ordre de chaque département. Seulement, très peu de praticiens souhaitent s'investir dans cette tâche. Ils se heurtent à de nombreuses difficultés (30):

- Un **manque de connaissances sur les soins ambulatoires :** ce type d'exercice implique de savoir gérer des situations complexes chez des patients âgés fragilisés. Il nécessite donc des facultés d'adaptation, de la patience et de la persévérance.

- Un **manque de temps :** il faut dégager plusieurs heures de son emploi du temps pour réaliser ce type d'intervention. En effet, il faut prendre en compte le temps exigé par les préparatifs, la récupération du matériel, le déplacement, l'installation, l'examen, l'intervention, le rangement et le trajet retour.

- Des **difficultés techniques :** les soins dentaires nécessitent une grande quantité d'instruments, de produits et de matériaux, auxquels il faut ajouter le matériel de réanimation. De plus, l'emprunt des mallettes portatives nécessite une caution importante.

L'expérience a été tentée il y a quelques années par une étudiante en année de thèse à Nancy (Melle Bochelen) où un soin dentaire sur une personne âgée à domicile était nécessaire (6). Elle a mis plus de trois heures pour effectuer l'avulsion d'une dent mobile et la prise d'une empreinte de l'appareil dentaire en bouche pour faire l'adjonction de la dent extraite. On comprend donc aisément la réticence des chirurgiens-dentistes à exercer des soins à domicile car ils ne sont pas rentables et nécessitent un investissement personnel important.

4.1.4. Implantation d'un cabinet dentaire dans l'EHPAD (***figure 4***)

La création d'un cabinet dentaire au sein même de l'EHPAD peut paraître la solution idéale car cela limite les problèmes liés au transport des résidents au cabinet dentaire et toutes les complications d'organisation. Les résidents restent ainsi dans un environnement familier, ce qui évite l'anxiété engendrée par les transferts vers des endroits inconnus.

Deux cas de figure sont alors possibles : soit le **cabinet dentaire est accessible à tous les chirurgiens-dentistes** qui le souhaitent, soit il est e**xclusivement réservé à un chirurgien-dentiste vacataire**. Dans le premier cas, le libre choix du patient serait respecté. Cela imposerait tout de même que le chirurgien-dentiste accepte de se déplacer dans l'EHPAD.

L'inconvénient de ce modèle de prise en charge est qu'il nécessite énormément de matériel pour équiper le cabinet dentaire (fauteuil modulable, meubles, équipement radiologique, matériel de stérilisation, matériel rotatif, produits consommables,...). Ce matériel a un coût non négligeable pour l'établissement, sans compter l'entretien qu'il nécessite.

On peut donc se poser la question de la rentabilité de la mise en fonction d'un cabinet dentaire suivant la taille de la structure d'hébergement. Il est évident que pour un établissement dont les capacités d'accueil sont inférieures à une centaine de personnes, l'investissement et l'organisation paraîtront trop lourds (34).

La **solution intermédiaire** peut être de mettre à disposition non pas un cabinet dentaire mais un **local avec le strict minimum** (fauteuil + scialytique). Les chirurgiens-dentistes de l'EHPAD s'organisent pour ramener leur petite instrumentation et leurs consommables, déchargeant ainsi l'établissement de la gestion que représente un cabinet dentaire. Ce même local servirait au dentiste vacataire pour réaliser les examens dentaires.

Mais ce système ne résoudrait pas tout puisque, le local ne pouvant servir qu'à la réalisation d'actes simples non invasifs, non infectieux (rebasages d'appareils amovibles,...) et de consultations, il faudra tout de même adresser les résidents vers un cabinet dentaire libéral pour les actes plus difficiles.

4.1.5. Le modèle de prise en charge à Nancy (***figure 5***)

A Nancy, le système de prise en charge des soins bucco-dentaires pour les personnes âgées institutionnalisées est le suivant : il existe un **réseau de soins** entre les différents services gériatriques appartenant au CHU ou non, et le service odontologique du CHU de Brabois qui peut accueillir les patients en fauteuil roulant ou en brancard.

Tout commence par un examen bucco-dentaire réalisé au chevet des patients par des étudiants en 5ème année de Chirurgie dentaire. Ces derniers doivent en effet effectuer un

stage obligatoire tous les matins pendant deux semaines dans un service de gériatrie dont les objectifs sont établis :

• **Premier objectif : contribuer à la santé bucco-dentaire des résidents:**

1) **Examen bucco-dentaire** des personnes nouvellement arrivées dans les service et régulièrement lors des soins d'hygiène (dents, muqueuses et examen fonctionnel)

- rechercher les ulcérations, les candidoses, les blessures dues aux prothèses, les plaques de leucoplasies,...)
- apprécier les capacités d'alimentation et de mastication
- apprécier la fonction gustative (préférences, troubles, appétit,..) et la fonction salivaire (quantité et qualité de la salive, causes des troubles)

2) **Aide aux soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire** (brossage adapté à inclure dans la toilette du malade, nettoyage du matériel d'hygiène, détartrage des prothèses,..)

3) **Acte de prévention** (conseils alimentaires, marquage des prothèses, fluoration,..)

• **Deuxième objectif : se familiariser avec les pathologies des résidents**

1) Classer les différentes pathologies rencontrées :

- pathologies spécifiques au vieillissement
- pathologies associées ou secondaires
- autres pathologies

2) Étudier la symptomatologie (troubles sensori-moteurs et psycho-affectifs)

3) Observer les manifestations oro-faciales de ces pathologies ou secondaires aux traitements médicamenteux

4) **Apprendre à communiquer** et à **détecter les besoins des résidents**

Les étudiants ont donc un rôle important puisque ce sera à eux de préciser à l'équipe soignante les besoins en soins des patients et d'organiser ces soins (demande d'une brosse à

dents et de dentifrice auprès de la famille, estimation des besoins pour l'amélioration de ces soins,...).

Les étudiants disposent pour l'examen buccal d'abaisse-langues et de lampes torches ; ils remplissent ensuite des fiches de consultation pour noter toutes les pathologies dentaires, muqueuses et fonctionnelles. Les fiches seront transmises au personnel soignant en signalant si des soins sont nécessaires. Dans ce cas, en accord avec l'équipe soignante et la famille du résident, des dispositions seront prises pour adresser le patient dans le service odontologique affilié, ici le service du CHU de Brabois. Il sera véhiculé en ambulance ou en VSL (Véhicule Sanitaire Léger).

L'inconvénient de ce système est qu'il fonctionne uniquement pour les établissements gériatriques à proximité des facultés de Chirurgie dentaire. Les institutions plus excentrées devront se tourner vers un des trois autres systèmes, avec tout l'investissement qu'ils nécessitent.

Certains établissements ne pourront pas se permettre de financer cette prise en charge bucco-dentaire pour leurs résidents, laissant ainsi le personnel soignant et les familles s'occuper des soins de bouche et du dépistage des pathologies bucco-dentaires.

Une enquête menée par l'URCAM en Bretagne sur 250 établissements a montré que seuls 8% d'entre eux assuraient des vacations dentaires et 5% possédaient un équipement dentaire (2).

4.2. Organisation des soins

Pour une bonne prise en charge des soins bucco-dentaires des résidents, quel que soit le système choisi, un dialogue entre médecin, équipe soignante et chirurgien-dentiste est primordial. Il permettra ainsi une bonne organisation des soins, c'est-à-dire la préparation du patient à l'acte dentaire. La relation sera triangulaire entre le patient relayé par sa famille, le médecin gériatre et le chirurgien-dentiste.

Le médecin donne tous les renseignements au chirurgien-dentiste sur les pathologies et médications éventuelles du patient et le chirurgien-dentiste donne des consignes à l'équipe soignante pour préparer le patient à l'acte à effectuer.

La famille du résident donne son accord si la personne n'est plus capable de prendre une décision et elle peut servir d'accompagnant très utile au moment du soin dentaire chez le praticien.

5. *Conclusion de cette réflexion : que faire ?*

Lors de cette première partie, nous avons pu mettre en évidence que les besoins en soins bucco-dentaires préventifs et curatifs chez les personnes âgées dépendantes institutionnalisées sont importants.

Nous nous trouvons face à deux problèmes majeurs :

- D'une part, la particularité de la population des EHPAD ou USLD, fragile et peu demandeuse de soins dentaires
- D'autre part, la difficulté d'accès aux soins pour ces patients au niveau des soins d'hygiène à assurer par le personnel soignant, ou au niveau des soins curatifs par un chirurgien-dentiste.

Dans ce dernier cas, nous avons vu qu'il existait plusieurs modèles de prise en charge pour les soins bucco-dentaires des personnes âgées hébergées. A Nancy, les patients sont adressés par le biais des étudiants en Chirurgie dentaire au service odontologique du CHU de Brabois.

Mais est-ce la meilleure solution d'un point de vue efficacité, confort et rentabilité ? Existe-t-il une solution idéale ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous nous proposons de faire une évaluation critique de notre propre système de prise en charge des patients institutionnalisés à Nancy et vérifier son efficacité et sa rentabilité.

- ***Solution 1 :*** *Envoi direct des patients dans une structure de soins :*

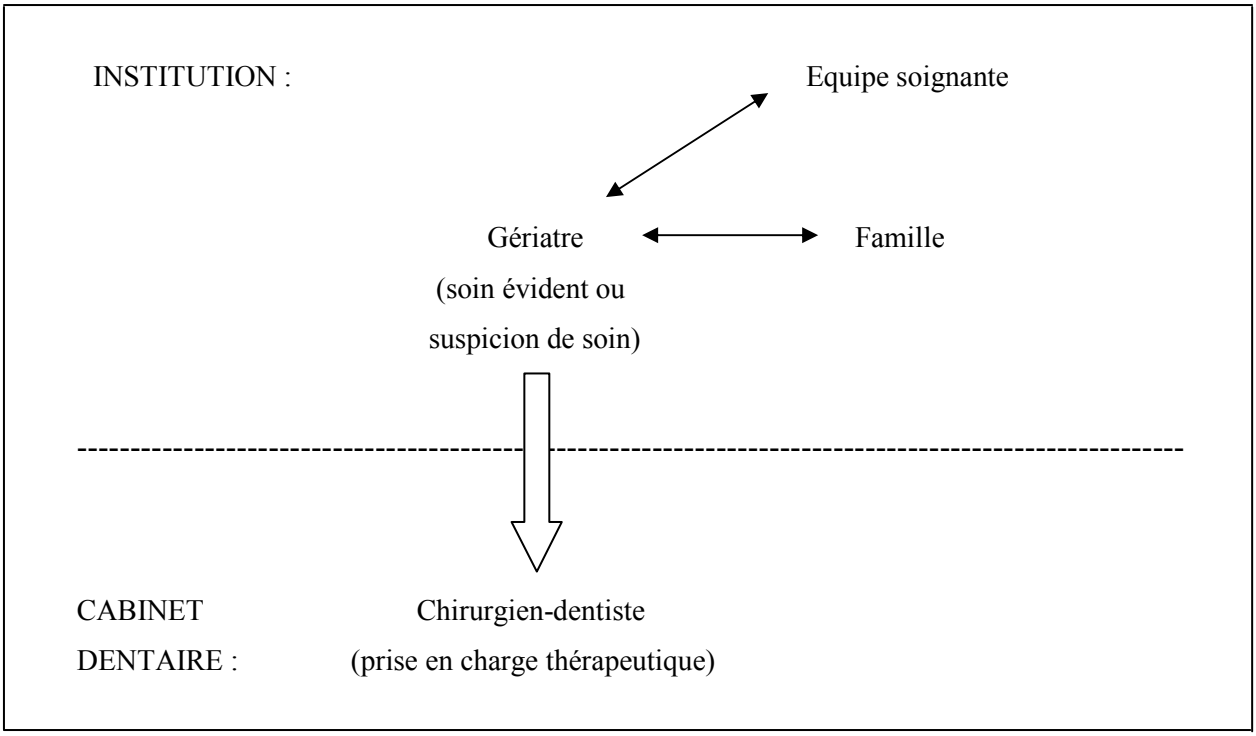


Figure 1 : *Schéma représentant le modèle d'envoi direct des patients en cabinet dentaire*

- ***Solution 2 :*** *Vacation d'un chirurgien-dentiste dans l'institution :*

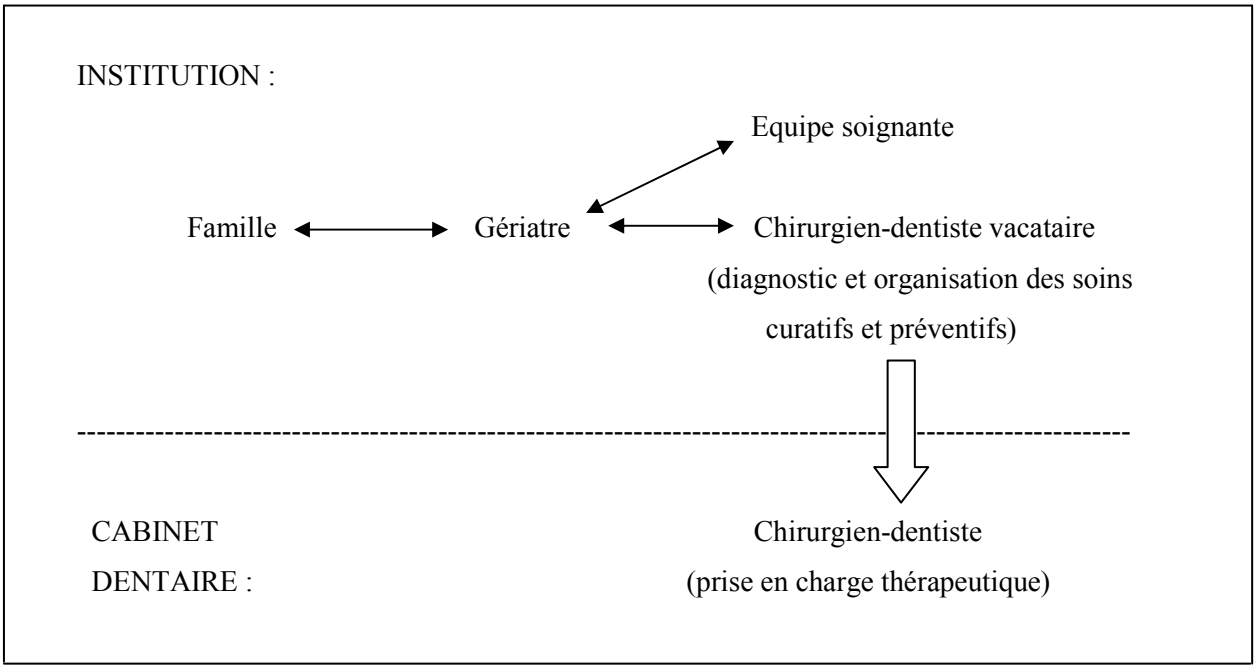


Figure 2 : *Schéma représentant le modèle d'un praticien vacataire en institution*

- ***Solution 3 :*** *Les soins dentaires en institution :*

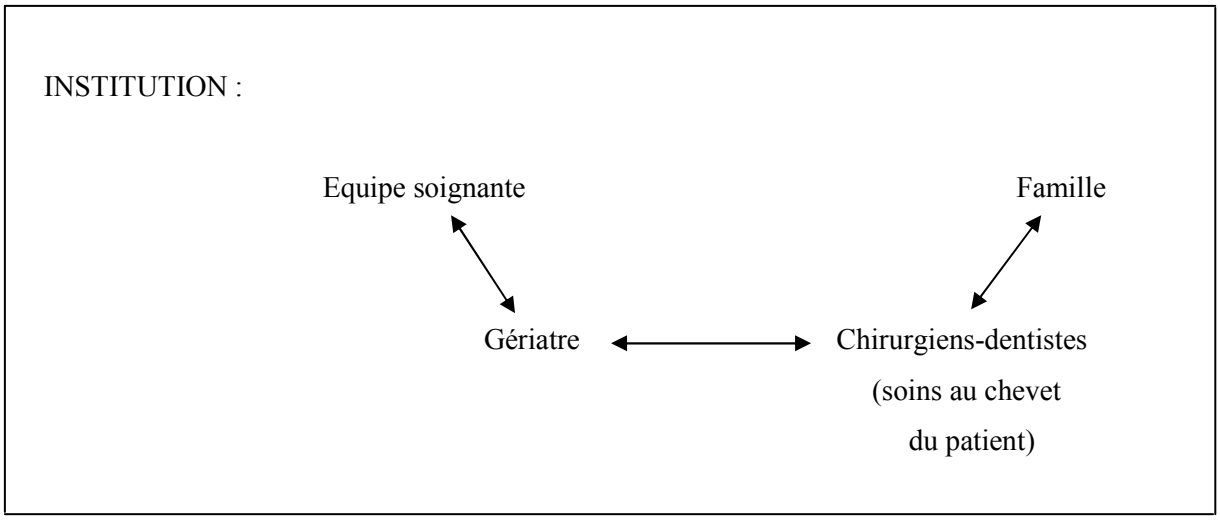


Figure 3 ***:*** *Schéma représentant le modèle des soins dentaires en institution*

- ***Solution 4 :*** *Implantation d'un cabinet dentaire dans l'institution :*

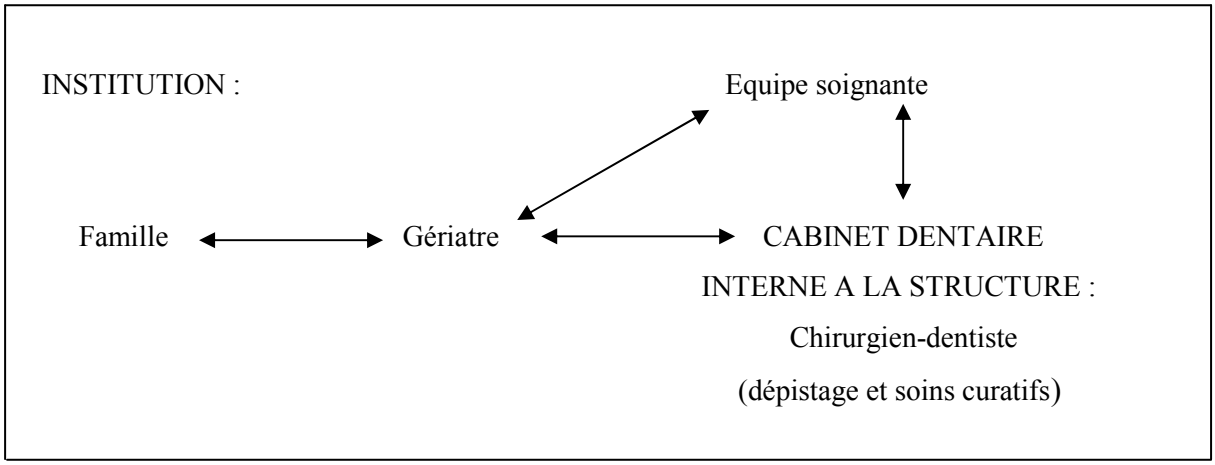


Figure 4 ***:*** *Schéma représentant le modèle d'un cabinet dentaire au sein de l'institution*

- ***Solution 5 :*** *Le modèle de prise en charge à Nancy :*

Le schéma est identique à celui d'un chirurgien-dentiste vacataire (***solution 2***) sauf que l'intégration des étudiants vacataires est plus importante, leurs rôles sont également plus diversifiés mais ils n'ont pas le "pouvoir" du titre de chirurgien-dentiste.

Dans ce système, il y a également la notion de formation donc la nécessité d'une implication plus importante de l'Equipe soignante.

DEUXIEME PARTIE

Matériel et méthodes

1. Évaluation de la prise en charge thérapeutique des personnes âgées dépendantes des EHPAD et USLD de la région de Nancy

1.1. Cadre de l'enquête

1.1.1. Naissance du projet

Étant moi-même étudiante en chirurgie dentaire dans le service odontologique de Brabois dans la période du 1er octobre 2008 au 1er avril 2009, je me suis mise en contact avec le Professeur STRAZIELLE qui m'a fait part d'une étude dont elle souhaitait voir le jour à propos d'une évaluation critique du système de prise en charge de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes des EHPAD et USLD de la région de Nancy. Enthousiasmée par le projet, j'ai accepté de faire de cette étude ma thèse d'exercice.

Le but de cette enquête est de tester l'efficacité et la rentabilité de la prise en charge des soins bucco-dentaires apportés aux personnes âgées hébergées et ainsi de valider ou non le système d'organisation élaboré il y a une dizaine d'années par les gériatres et certains chirurgiens-dentistes de la faculté d'Odontologie de Nancy.

1.1.2. Présentation de la population étudiée

Les patients que nous recevons au service odontologique de Brabois proviennent essentiellement des établissements des environs de Nancy :

- La **maison hospitalière Saint Charles** à Nancy : elle comporte différentes unités de soins pour accueillir les patients comme un service de consultation gériatrique, un hôpital de jour, un service de médecine, un service de soins de suite et de réadaptation, un service d'unité de soins de longue durée et un service pour les personnes âgées dépendantes.

- Les **établissements du pôle gériatrique du CHU** : on y trouve le centre Spillmann qui s'occupe des soins gériatriques et des soins palliatifs de fin de vie. Les centres Saint Julien et

Saint Stanislas accueillent des personnes âgées dépendantes dans les unités de soins de longue durée.

- Le **service de gériatrie du CHU de Brabois**

- Certains patients proviennent de maisons de retraite ou d'EHPAD **extérieurs** ou non à l'agglomération nancéenne.

La population que nous soignons à Brabois est donc fragile et dépendante et nécessitera une attention particulière lors des soins dentaires.

1.1.3. Présentation du service odontologique de Brabois

Il existe, au sein du CHU de Brabois, un service d'Odontologie qui s'occupe, en plus des patients hospitalisés ou handicapés, des personnes âgées provenant des EHPAD et USLD de la région.

En effet, un réseau de soins dentaires a été mis en place entre les différents établissements gériatriques de l'agglomération de Nancy et le service odontologique du CHU de Brabois pour prendre en charge les soins dentaires de leurs résidents.

1.1.3.1. L'équipe

En janvier 2009, l'équipe du Service odontologique de Brabois, dirigée par le Docteur A. WESPHAL, se composait par vacation (une demi-journée) :

- d'un ou deux **chirurgiens-dentistes seniors**, enseignants à la faculté d'Odontologie et praticiens du CHU
- d'une **aide soignante** (Catherine ou Françoise)
- d'une **secrétaire médicale** (Elizabeth POIVRE)
- de quatre **étudiants en sixième année de Chirurgie dentaire**

Ce sont les étudiants en sixième année de Chirurgie dentaire qui s'occupent des soins bucco-dentaires dans ce service, supervisés par les professeurs et assistants qui s'occupent eux-mêmes des soins sur les patients « difficiles » (handicapés lourds,...). Les étudiants sont

en stage pendant six mois dans le service. L'objectif de ce stage est de perfectionner leur pratique et leurs connaissances dans un milieu hospitalier où les pathologies générales des patients imposent parfois des approches et des traitements particuliers.

1.1.3.2. Les locaux

Situé au rez-de-chaussée du bâtiment principal du CHU, le service (**figure 1**) compte :

- **trois salles de soins** qui permettent l'accès aux patients en fauteuil roulant
- une **autre salle de soins** dont la porte, plus large, permet de soigner les **patients en brancard ou en lit**. Elle est aussi utilisée pour soigner les patients dits « en isolement » (infection ERV, hépatite C,...)
- un **secrétariat** où Mme POIVRE gère les rendez-vous, l'enregistrement des actes, les devis, la constitution des dossiers,...
- une **salle de stérilisation** des instruments
- une salle réservée à l'**entrepôt des travaux de prothèse** et au **développement des films radiologiques**
- un **petit bureau** comportant un ordinateur où sont notés les rendez-vous des patients

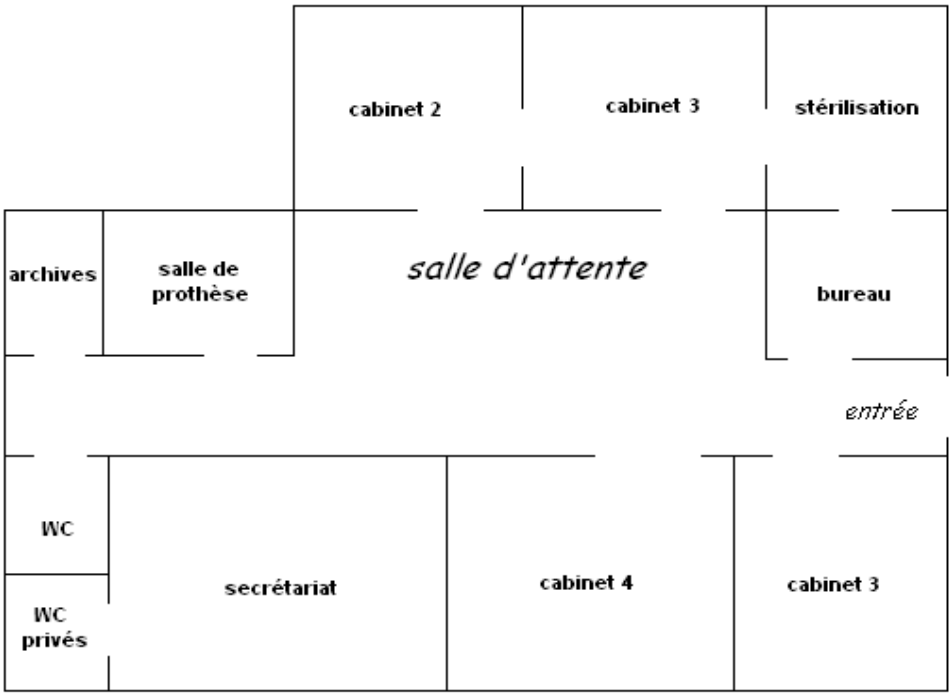


Figure 1: *Schéma représentant les locaux du service odontologique (personnel)*

1.1.3.3. L'organisation des soins

Le service d'odontologie de Brabois accueille les patients sur rendez-vous de 9h00 à 13h00 du lundi au vendredi, les après-midi étant réservées aux consultations externes.

Les patients âgés nécessitant des soins dentaires sont transportés par des ambulances privées ou publiques, selon leur provenance. Ils sont ensuite pris en charge par un étudiant qui leur dispensera les soins nécessaires puis, à la fin des soins, l'étudiant rédigera un courrier relatant les soins apportés, la date du prochain rendez-vous et d'éventuelles remarques. Ce courrier, servant de fiche de liaison, est transmis via les ambulanciers, lors du départ du patient de l'hôpital, maintenant ainsi un lien entre chirurgiens-dentistes et personnel soignant de l'EHPAD.

1.2. Protocole

1.2.1. Méthode

L'évaluation a débuté le 7 novembre 2008 dans le Service odontologique de « Brabois adultes » et a duré neuf mois, dont un tiers des patients a bénéficié de l'étude. Elle a consisté à compléter une fiche de renseignements pour chaque passage d'un patient provenant d'un EHPAD ou d'une maison de retraite.

Ne pouvant pas assumer seule le renseignement de toutes les fiches, c'est surtout la secrétaire qui a veillé au bon remplissage des fiches à chaque passage d'un résident. Tous les étudiants présents ont été mis à contribution.

1.2.2. Matériel

1.2.2.1. Présentation de la fiche et codification des données

La fiche se décompose en plusieurs parties (**ANNEXE 2**) :

1) Renseignements administratifs

Lorsqu'un patient entre dans notre service, il doit fournir une planche d'étiquettes sur lesquelles figurent son nom, son prénom, son sexe, sa date de naissance, sa date d'entrée dans l'hôpital ainsi qu'un numéro qui lui est attribué par l'hôpital.

Sur chaque fiche est collée une étiquette d'un patient. Pour rentrer nos données statistiques, nous n'avons retenu que le sexe et l'âge du patient.

Les codifications sont les suivantes :

- **Age** : paramètre quantitatif

- **Sexe** : - *masculin*
  - *féminin*

2) Provenance des patients

Comme nous l'avons décrit précédemment, les patients peuvent provenir :
- de l'établissement Saint Charles
- des centres Spillman, Saint Julien et Saint Stanislas, qui appartiennent tous au Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
- l'établissement Saint Nicolas, la maison de retraite Les Bruyères, Les Ophéliades, la Résidence d'Automne et d'autres établissements sont une minorité. Nous les regrouperons sous la catégorie des « extérieurs ».

Les données seront rentrées sous le nom de :

- **Provenance** : - *Saint Charles*
  - *CHU*
  - *extérieurs*

3) Mobilité du patient

Les personnes âgées dépendantes qui viennent nous rendre visite ne sont pas toutes capables de marcher : beaucoup de patients sont amenés en fauteuil roulant. D'autres, lorsque leur état de santé est précaire, doivent être transportés en brancard.

Parfois, un accompagnant est nécessaire, que ce soit pour rassurer le patient qui retrouve un visage connu, pour aider le praticien à comprendre les attentes du patient ou bien pour communiquer au praticien les données de santé importantes et les précautions à prendre sur le patient.

Nous les nommerons :

- **Mobilité** : - *valide*
  - *fauteuil*
  - *brancard*

- **Accompagnant** : - *oui*
- *non*

4) <u>Durée</u>

Nous nous sommes intéressés au temps d'attente total auquel la personne âgée doit faire face en se rendant dans notre service. En effet, le transport en ambulance et les soins dentaires sont deux facteurs qui peuvent potentialiser le risque d'attente pour le patient.

Nous avons noté 5 temps différents sur chaque fiche de chaque patient :

- Heure du rendez-vous : c'est l'heure de rendez-vous notée dans le planning
- Heure d'arrivée : c'est l'heure à laquelle le patient a été déposé par l'ambulance
- Début de soin : c'est l'heure à laquelle la personne a été prise en charge par un étudiant
- Fin de soin : c'est l'heure à laquelle le patient a terminé ses soins
- Départ ambulance : c'est l'heure où le patient quitte le service

Grâce à ces données, on peut en déduire :

- L'<u>avance</u> qu'a le patient par rapport à l'heure de son rendez-vous
- Le <u>retard</u> du patient par rapport à son rendez-vous
- Le <u>retard du praticien</u> par rapport à l'heure du rendez-vous
- La <u>durée du soin</u>
- Le <u>temps d'attente de l'ambulance</u> après le soin

Voici la codification des données correspondant respectivement à celles ci-dessus :

- **Temps pré RV** : paramètre quantitatif
- **Retard pré RV** : paramètre quantitatif
- **Retard soin** : paramètre quantitatif
- **Temps soin** : paramètre quantitatif
- **Temps post-soin** : paramètre quantitatif

5) Soins prévus

Cette rubrique correspond au **type de soin dentaire prévu initialement par l'étudiant stagiaire**.

Les étudiants de cinquième année d'Odontologie, en stage dans les services gériatriques, vont effectuer une pré-consultation auprès des résidents. Puis, si des soins sont jugés nécessaires et après décision prise avec le médecin gériatre du service, le patient sera adressé au service d'odontologie du CHU de Brabois. Grâce à une fiche de liaison, les étudiants vont inscrire toutes les informations médicales du patient destinée au personnel du CHU, pour que les soins puissent être réalisés dans de bonnes conditions.

Les patients sont adressés pour une consultation réalisée dans les conditions normales, des soins de restauration dentaire ou prothétique, ou encore pour des suites opératoires.

Nous avons également noté si nous bénéficions d'informations pour réaliser les soins sur le patient.

La codification sera qualitative :

- **Type de soins** : - *consultation*
  - *soins*
  - *prothèse*
  - *vérification*

- **Informations** : - *oui*
  - *non*
  - *incomplet*

6) Soins effectués

Ils correspondent aux **soins dentaires réellement effectués dans le service d'odontologie**.

Ces soins comprennent la consultation mais aussi le détartrage et les soins d'hygiène (élimination de la plaque dentaire, enseignement à l'hygiène). Nous avons dissocié le

détartrage des soins d'hygiène car ce soin peut être invasif et sanglant, nécessitant quelques précautions. Les autres soins effectués peuvent être des soins conservateurs (élimination de la carie et restauration de la cavité), des extractions ou de la prothèse. Il est possible parfois que le soin n'ait pas été réalisé pour diverses raisons que nous évoquerons dans les résultats.

La codification des données est la suivante :

- **Acte réalisé** : - *consultation*
  - *hygiène*
  - *détartrage*
  - *soins dents*
  - *avulsion*
  - *prothèse*
  - *non*

Nous avons ensuite classé les actes possibles en trois grands groupes :

- les actes de prévention : ils comprennent la consultation, le détartrage et les soins d'hygiène
- les soins curatifs : ils comprennent les soins conservateurs et les avulsions
- la prothèse

Ceci aura pour but de mieux mettre en évidence la tendance des soins effectués dans le service.

- **Type d'actes** : - *prévention*
  - *curatifs*
  - *prothèse*

7) <u>Objectif rempli</u>

Un item est dédié au degré d'accomplissement de l'acte : a-t-il pu être réalisé complètement ? Partiellement ? Pas du tout ?

Les données seront rentrées de façon qualitative et quantitative pour nous permettre d'effectuer par la suite des moyennes :

- Objectif rempli :	- *non :*	**0**
	- *partiellement :*	**1**
	- *complètement :*	**2**

8) <u>Comportement du patient</u>

L'attitude du patient est importante pour un bon déroulement des soins. Nous avons fait apparaître sur la fiche la communication du patient ainsi que sa coopération, ces deux critères étant également codifiés de manière quantitative et qualitative :

- Communication :	- *impossible :*	**0**
	- *difficile :*	**1**
	- *facile :*	**2**
- Coopération :	- *non :*	**0**
	- *difficile :*	**1**
	- *facile :*	**2**

9) <u>Ergonomie du praticien</u>

Une mauvaise ergonomie de travail pour le praticien peut avoir un retentissement sur la qualité des soins. Nous verrons lors de la discussion qu'outre la coopération du patient, d'autres facteurs peuvent modifier l'ergonomie.

L'item sera codifié de manière quantitative et qualitative également :

- Ergonomie praticien :	- *difficile :*	**0**
	- *moyenne :*	**1**
	- *bonne :*	**2**

10) Difficulté du soin

Notre dernier item se propose d'évaluer la difficulté du soin, qu'elle soit liée à un problème d'ergonomie, de temps ou de comportement du patient :

- Exécution soin :	-	*impossible :*	**0**
	-	*difficile :*	**1**
	-	*facile :*	**2**

11) Efficacité de prise en charge

A partir des données des différents temps expliqués dans l'item **4) Durée**, nous avons créé un indice permettant de connaître l'efficacité de la prise en charge des patients. Il correspond au calcul suivant :

Efficacité de prise en charge = **temps soin / (retard soin + temps post-soin)**

Rappelons que le **retard soin** est imputable aux praticiens alors que le **temps post-soin** est lié aux transports.

Dans l'idéal, le **temps soin,** correspondant à la durée de réalisation du soin, devrait être largement supérieur à la somme **retard soin + temps post-soin**.

Ainsi, **plus l'indice est haut**, plus l'efficacité de la prise en charge est **bonne**. Lorsque l'indice est inférieur à 1, l'efficacité est mauvaise.

12) Efficacité des praticiens

Nous avons créé un autre indice qui mesure l'efficacité de la prise en charge des résidents par les praticiens. Le calcul est le suivant :

Efficacité des praticiens = **temps soin / retard soin**

Plus l'indice d'efficacité des praticiens est **haut**, plus celle-ci est **bonne**. L'efficacité est jugée mauvaise lorsque l'indice est inférieur à 1.

13) <u>Efficacité des ambulances</u>

De même, pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des patients par les ambulances, nous avons mis au point l'indice suivant :

Efficacité des ambulances = **temps soin / (temps pré-RDV + temps post-soin)**

La somme **temps pré-RDV + temps post-soin** correspond au temps d'attente des patients avant et après le soin.

Plus l'indice est **haut**, plus l'efficacité des ambulances est **bonne**. Lorsqu'il est inférieur à 1, l'efficacité est mauvaise.

1.3. Traitement statistique

Chaque item de la fiche a été codifié afin de pouvoir exploiter l'ensemble des données recueillies sur informatique grâce au logiciel statistique STATVIEW ® 1.4 pour Mac Intoch ®. On distingue deux types de codages, selon la nature des items :

-item qualitatif (catégories)
-item quantitatif (réels)

2. Enquête auprès des médecins gériatres sur l'utilité des vacations étudiantes

2.1. Déroulement et but de l'enquête

Chaque établissement gériatrique est composé d'un médecin chef, responsable de toute l'équipe soignante de l'institution. Chaque unité de soins est également dirigée par un médecin gériatre qui coordonne les soins.

Etant donné leur rôle très important dans l'organisation des soins des personnes âgées dépendantes, nous avons voulu connaître leur point de vue concernant la prise en charge bucco-dentaire de nos aînés à Nancy.

Pour ce faire, nous avons mis à la disposition des médecins gériatres des différentes USLD de Nancy (CHU et Saint Charles) un questionnaire demandant leur avis sur l'intérêt des vacations des étudiants de 5ème année de chirurgie dentaire dans leur service ainsi que leur point de vue sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et les améliorations qu'ils souhaiteraient voir apparaître.

Grâce à l'évaluation de la perception des gériatres sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge des soins bucco-dentaires des résidents, l'objectif de cette enquête sera de connaître les besoins matériels et humains que les médecins gériatres jugent nécessaires pour une bonne prise en charge bucco-dentaire des patients.

Le travail en collaboration entre médecin et chirurgien-dentiste pourrait être ainsi optimisé grâce à une meilleure compréhension des besoins de chacun.

2.2. Protocole

2.2.1. Description du questionnaire et codification (**ANNEXE 4**)

10 questions ont été posées aux médecins gériatres. Elles concernent la qualité de la prise en charge bucco-dentaire par le personnel soignant, l'intérêt du stage de gériatrie des étudiants

de cinquième année de chirurgie dentaire et l'importance de la santé bucco-dentaire pour les résidents.

Ces questions ont été regroupées dans différents thèmes que nous verrons successivement. La première question sera intégrée au chapitre *2.2.1.3*.

2.2.1.1. Le personnel soignant et sa prise en charge bucco-dentaire des résidents

Nous avons posé deux questions sur la prise en charge bucco-dentaire des patients par le personnel soignant (questions 2 et 3) :

2) <u>Comment jugez-vous la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des patients par le personnel soignant ?</u>

Le médecin doit donner une note entre 0 (absence de prise en charge) et 10 (hygiène parfaite).

La codification est donc quantitative.

Il est intéressant de connaître la perception des gériatres à ce sujet car, contrairement au chirurgien-dentiste, leur évaluation est neutre.

3) <u>Questionnez-vous votre personnel au sujet des soins d'hygiène bucco-dentaire administrés ?</u>

5 choix sont possibles :
- jamais
- rarement
- parfois
- souvent
- systématiquement

Nous l'avons codifié de manière quantitative, le chiffre obtenu évaluant l'importance que portent les médecins gériatres pour les soins de bouche apportés aux résidents par le personnel soignant.

- **Intérêt :**- *jamais* : **0**
- *rarement* : **1**
- *parfois* : **2**
- *souvent* : **3**
- *systématiquement* : **4**

2.2.1.2. Intérêt des vacations d'étudiants en odontologie pour le service de gériatrie

Quatre questions concernent ce thème (questions 4, 5, 6 et 8) :

4) <u>Pensez-vous que les vacations d'étudiants en 5ème année d'odontologie sont utiles au sein de votre service pour</u> :

a- dépister les pathologies dentaires et les lésions de la muqueuse buccale
b- se procurer le matériel nécessaire à assurer l'hygiène
c- former le personnel à l'hygiène bucco-dentaire
d- s'assurer de la faisabilité des soins d'hygiène bucco-dentaire
e- établir les protocoles des soins d'hygiène bucco-dentaire
f- assurer les soins d'hygiène bucco-dentaires des résidents
g- vérifier la propreté des prothèses et l'hygiène bucco-dentaire
h- organiser les soins curatifs des patients

Chaque item a été codifié en catégories comprenant le pourcentage de OUI et de NON pour chaque réponse. Nous les avons nommés respectivement : **dépistage**, **matériel**, **formation personnel**, **faisabilité brossage**, **protocoles hygiène**, **soins hygiène**, **vérification hygiène** et **organisation soins**.

Ces questions vont nous permettre de mieux cibler ce qu'attendent les gériatres des étudiants en odontologie.

5) <u>Pouvez-vous noter l'efficacité et l'intérêt global du stage pour vos services tel qu'il se déroule actuellement ?</u>

Le médecin doit mettre une note entre 0 (aucun avantage) et 10 (indispensable pour nous).

La codification est quantitative.

Le but est donc de savoir si les gériatres jugent la présence des étudiants utile dans leur service.

6) <u>Le temps de présence des étudiants vous paraît-il</u> :

- insuffisant
- suffisant
- excessif

La codification est qualitative : à chaque catégorie correspondra un pourcentage.

8) <u>Souhaiteriez-vous des améliorations dans les vacations d'étudiants ? Lesquelles ?</u>

La réponse est libre. Nous étudierons ensemble les remarques des médecins à ce sujet.

Le point de vue des gériatres sur les défauts éventuels de ces vacations étudiantes, que ce soit en terme de matériel, d'assiduité des étudiants ou bien encore de temps de présence, est important car il va nous permettre de réfléchir à des améliorations dans l'organisation de ces stages.

2.2.1.3. Importance selon le gériatre de la santé bucco-dentaire des résidents et solutions de prise en charge

Nous avons posé quatre questions aux médecins gériatres au sujet de la santé bucco-dentaire de leurs résidents et des possibilités de prise en charge.

1) <u>Comment jugez-vous la santé bucco-dentaire de vos patients ?</u>

Le médecin doit donner un score entre 0 (très mauvais) et 10 (excellente).

La codification est quantitative.

Cette question va nous permettre de connaître la vision des gériatres à propos de la santé buccale de leurs patients.

Il existe souvent un décalage entre la perception individuelle de l'état buccal et la réalité constatée par le professionnel. Ici, il s'agit d'un professionnel médical mais non spécialisé dans le domaine odontologique. Nous verrons alors si la vision du gériatre est plus proche de celle du patient ou de celle du chirurgien-dentiste.

7) <u>Pensez-vous que le déplacement pour les soins dentaires curatifs affecte et perturbe vos résidents ?</u>

NON OUI dans combien de % des cas :

Nous avons codifié en catégories le OUI et le NON.

Si la réponse est OUI, le médecin doit noter le pourcentage de patients qu'il juge perturbés par le transport. La codification est alors quantitative.

Il est intéressant d'évaluer si les gériatres trouvent leurs résidents affectés par le transport que nécessite notre système de prise en charge car, ne voyant les patients que dans l'enceinte du service de Brabois, nous ne savons pas s'ils souffrent de ce déplacement.

9) <u>Dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire de vos résidents , plusieurs solutions existent</u> :

A. Implantation d'un cabinet dentaire dans l'établissement avec poste d'un praticien hospitalier-odontologiste

B. Création d'un poste de chirurgien-dentiste vacataire pour le dépistage et l'organisation de la prise en charge des soins curatifs par des praticiens extérieurs

C. Stage d'étudiants pour le dépistage et les soins d'hygiène et utilisation du service odontologique de l'hôpital pour les soins curatifs (modèle actuel)

Pour votre établissement, selon vous,

Quelle est la solution idéale ?	A	B	C
Quelle est la solution la plus efficace ?	A	B	C
Quelle est la solution suffisante ?	A	B	C
Quelle est la solution la plus rentable ?	A	B	C

La codification est qualitative. Pour chaque question, codifiée respectivement par : **idéale**, **efficace**, **suffisante** et **rentable**, les réponses A, B et C seront exprimées en pourcentage.

L'avis des médecins gériatres à propos de la meilleure solution de prise en charge bucco-dentaire des résidents est primordial car ils sont responsables de leurs patients. De plus, c'est à leur établissement de financer un projet d'implantation de cabinet dentaire, ce qui leur demande une certaine réflexion.

10) <u>Pour vos résidents, quel degré d'importance attribuez-vous à la santé bucco-dentaire ?</u>

Le gériatre doit donner une note entre 0 (aucune importance) et 10 (le plus important).
La codification est quantitative.

Cette question nous permet de connaître l'implication et la motivation du médecin gériatre à l'égard de la santé bucco-dentaire de ses patients.

2.3. Traitement statistique

Chaque question a été codifiée afin de pouvoir exploiter l'ensemble des données recueillies sur informatique grâce au logiciel statistique STATVIEW ® 1.4 pour Mac Intoch ®. On distingue deux types de codages, selon la nature des items :

-item qualitatif (catégories)
-item quantitatif (réels)

Seule la question numéro 8 n'a pas été codifiée car la réponse est libre. Les commentaires seront étudiés au cas par cas.

TROISIEME PARTIE

Résultats et discussion

1. Exploitation de la fiche patient

1.1. Méthodes d'analyse statistique

L'analyse statistique sera essentiellement descriptive. Des tests de comparaison des variances (test ANOVA) ou des moyennes ainsi que des tests de corrélation seront effectués pour tester les variables numériques. La significativité sera déterminée classiquement :

- $p < 0,05\%$ *
- $p < 0,01\%$ **
- $p < 0,001\%$ ***

1.2. Résultats et discussion

96 fiches ont été remplies et analysées.

1.2.1. Age et sexe des patients

L'âge moyen des résidents accueillis dans le service odontologique de Brabois est de **80 ans ± 10.**

Le patient le plus jeune a 52 ans et le plus âgé en a 100.

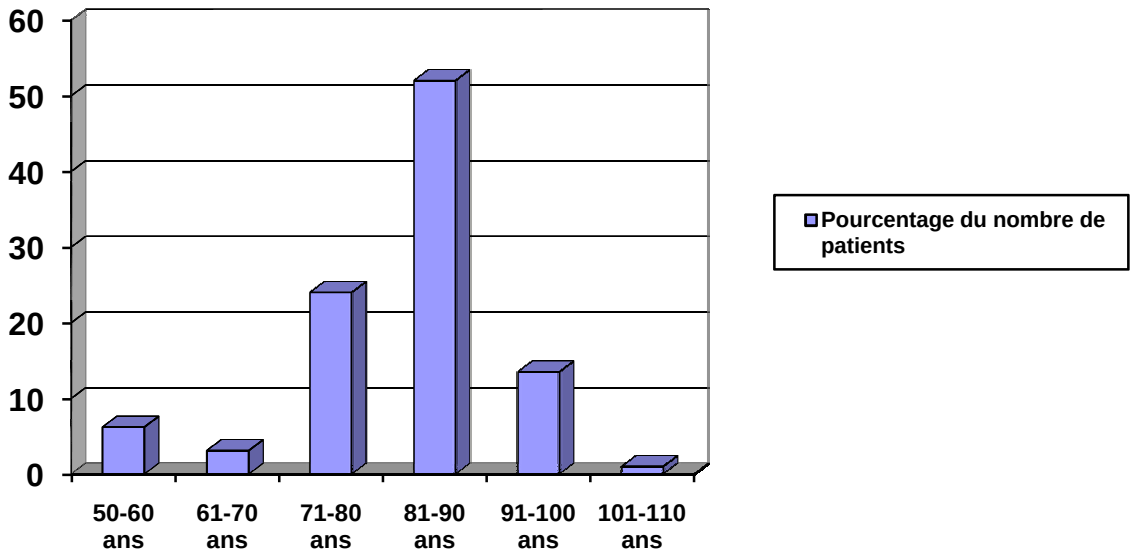


Figure 1 : *Distribution de l'âge des patients (%)*

52% des résidents sont âgés entre 80 et 90 ans (**Figure 1**).

80% d'entre eux ont plus de 75 ans et 20% ont entre 50 et 75 ans.

La moyenne d'âge des **femmes** est de **82 ans ± 8** tandis que celle des **hommes** est de **76 ans ± 12**. Ceci démontre que la fragilité et les lourds problèmes de santé arrivent plus tôt chez l'homme que chez la femme, à l'instar de l'espérance de vie qui est actuellement de 78 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes d'après l'INSEE (36).

La population âgée entre donc en institution de plus en plus tard et les problèmes de santé sont également repoussés.

Parmi les résidents accueillis, on dénombre **70% de femmes** et **30% d'hommes** (**Figure 2**).

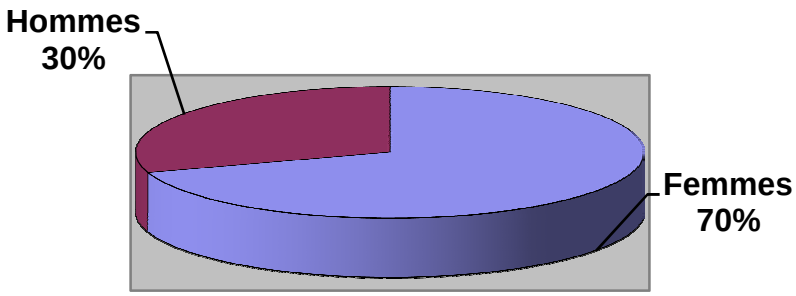


Figure 2 : *Répartition des sexes (%)*

La population qui vieillit se "féminise" car les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes.

1.2.2. Provenance des patients

Les résidents proviennent des services du Centre Hospitalier Universitaire pour 44% d'entre eux. 18% proviennent de la maison Saint Charles et 38% proviennent d'établissements extérieurs (**Figure 3**).

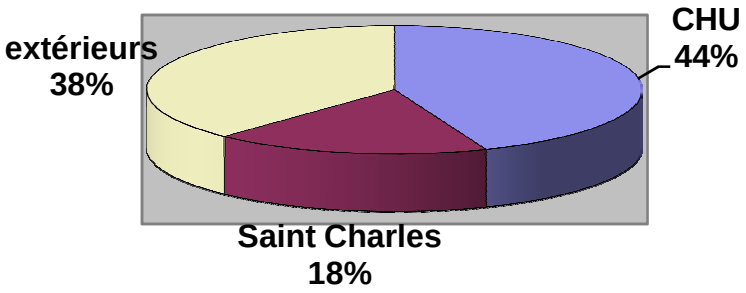


Figure 3 : *Répartition des patients (%) entre les différents établissements*

Les résidents que nous accueillons au service odontologique de Brabois proviennent des établissements de la grande agglomération de Nancy avec une petite majorité pour les patients provenant du CHU.

1.2.3. Relations entre la mobilité du patient et la difficulté du soin

1.2.3.1. Mobilité des patients

Presque la moitié des résidents qui nous rendent visite **sont en fauteuil roulant.** 30% sont déplacés en brancard et 23% sont valides (**Figure 4**).

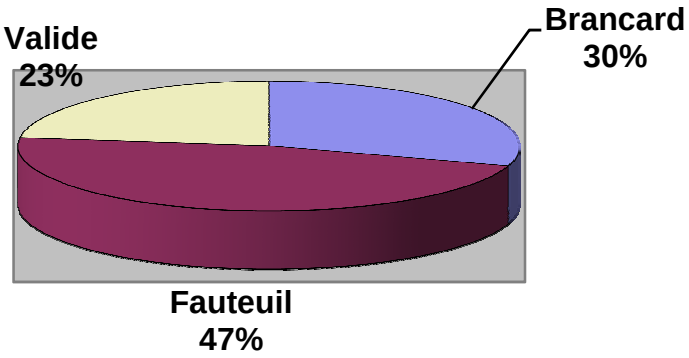


Figure 4 *: Répartition des résidents (%) selon leur mobilité*

Il faut tout de même apporter une nuance à ces résultats qui peuvent être biaisés car les ambulanciers ne disposent pas toujours du bon matériel de transport : s'il ne leur reste que des brancards au moment où ils sont appelés, même si le patient se déplace habituellement en fauteuil, il sera tout de même transporté couché jusqu'à son institution.

La position couchée du patient en brancard ne facilite pas l'exécution des soins et la prise de radiographies pour le praticien. De plus, le risque de fausse-route est accru.

La position en fauteuil roulant n'est pas confortable non plus pour le patient car il n'a pas d'appui postérieur céphalique.

En général, tout est fait pour respecter la position de la personne. Mais nous soignons avec une pleine efficacité lorsque le patient est assis sur le fauteuil de soins.

1.2.3.2. Difficulté de communication et de coopération

La **communication** entre le praticien et le patient est, dans la plupart des cas, **facile** (71%). La **coopération** l'est **également** pour 77% des résidents.

Le diagramme (**Figure 5**) nous montre que ces deux items sont liés, les résultats étant très similaires. Ils attestent de l'importance d'établir un code de communication avec le patient, quel qu'il soit. Il est nécessaire pour aboutir à un climat de confiance et ainsi obtenir une bonne coopération des patients.

Ainsi, dans l'ensemble, la communication et la coopération des patients sont plutôt **faciles**. Cependant, il ne faut pas oublier que la population a été préalablement "triée" par les gériatres qui ont évalué l'aptitude des patients à supporter les soins.

De plus, les résultats montrent que les capacités de communication du patient ont un impact direct significatif : - sur la coopération lors du soin ($F_{1, 91} = 50,7$: $p < 0,0001$; test ANOVA)

- et par conséquent sur l'exécution de l'acte ($F_{1, 90} = 10,8$: $p < 0,0001$; test ANOVA), dans le sens qu'une communication "difficile" ou impossible limite considérablement la coopération du patient lors de l'exécution de l'acte.

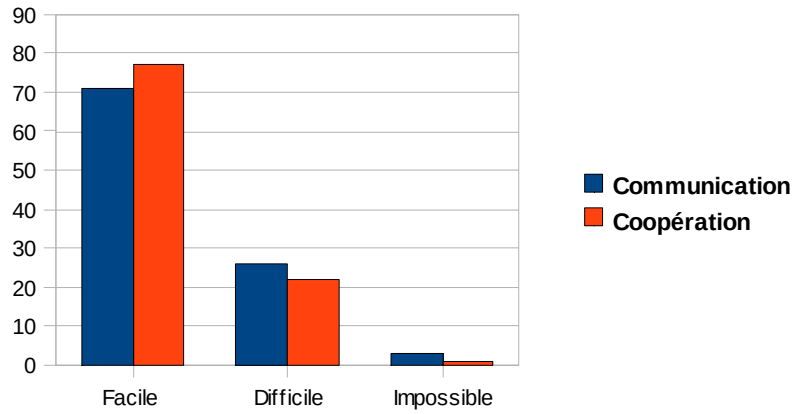


Figure 5 : *Diagramme du niveau de difficulté de communication et de coopération des patient (%)*

48% des patients ne nécessitaient pas la présence d'un accompagnant selon les praticiens. Cependant, dans **18%** des cas, la **présence d'un accompagnant** a été jugée **nécessaire**.

Cette présence pourrait améliorer les difficultés de communication et de coopération rencontrées. En effet, l'accompagnant, membre de la famille ou aide-soignant, **connaît mieux les comportements du patient**, **le rassure** par sa présence qui lui est familière et l'encourage. Il peut "décoder" des attitudes ou des paroles qui sont incompréhensibles pour le chirurgien-dentiste, favorisant ainsi de bonnes conditions de soins.

1.2.3.3. Ergonomie du soin

Dans la moitié des cas (49%), l'ergonomie du praticien lors de la réalisation des soins sur une personne âgée est bonne. Elle reste moyenne pour 41% des résidents et est difficile dans 10% des cas (**Figure 6**).

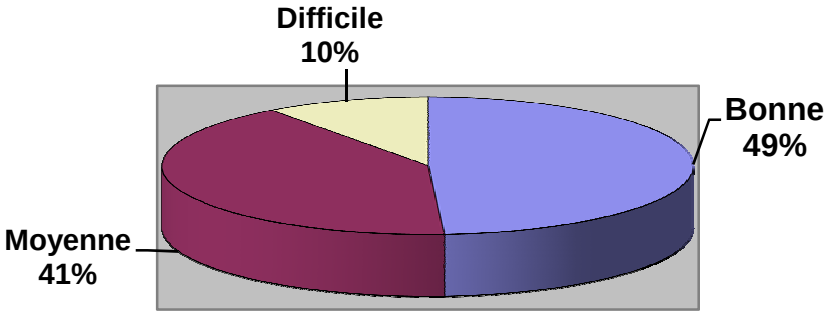


Figure 6 : *Distribution du niveau de difficulté de l'ergonomie des soins sur les patients (%) pour le praticien.*

Les difficultés d'ergonomie du praticien sont surtout liées à une **mauvaise posture du praticien** : lorsque l'on soigne un **patient sur un brancard ou un lit**, certes les rotatifs sont sur un kart à roulettes, mais on ne peut pas incliner beaucoup le brancard. De plus, les **brancards** sont **trop hauts**, obligeant souvent le chirurgien-dentiste à se mettre sur la pointe des pieds pour ne pouvoir en plus que travailler de face.

Le **risque de fausses-routes** éventuelles le contraindra à arrêter régulièrement le fraisage ou le détartrage pour aspirer l'eau correctement, multipliant ainsi le nombre de ses mouvements.

La **limitation d'ouverture buccale** de certains patients soumet également le dos du praticien à rude épreuve pour pouvoir accéder aux dents postérieures.

Le **refus de coopération** du malade peut parfois engendrer des positions pour le praticien peu ergonomiques pour empêcher des mouvements brutaux du patient.

Dans le service de Brabois, puisque 70% des patients accueillis sont valides ou en fauteuil roulant (donc susceptibles d'être déplacés sur le fauteuil dentaire), l'ergonomie reste **correcte** dans l'ensemble. Mais elle pourrait être améliorée.

L'ergonomie du praticien est significativement différente entre les trois classes caractérisant la variable "mobilité du patient" ($F_{1,\ 89} = 5{,}2$: $p < 0{,}01$, test ANOVA), montrant une **ergonomie maximale** lorsque le **patient est valide**, donc assis sur le fauteuil dentaire, et une ergonomie moindre lorsque le patient est en fauteuil roulant ou sur un brancard.

1.2.3.4. Type de soin prévu

Les personnes âgées sont adressées en majorité pour des **soins de prothèse** (confection, réparation).Viennent ensuite les **soins dentaires** pour 34% des résidents adressés. Dans 20% des cas, on les adresse pour une consultation et dans 4% des cas pour un contrôle (**Figure 7**). Il existe cependant un biais pour les soins de prothèse car nous avons vu plusieurs fois les mêmes patients pour les différentes étapes de leur confection.

Il ne s'agit que d'une **évaluation globale de besoins de soins**.

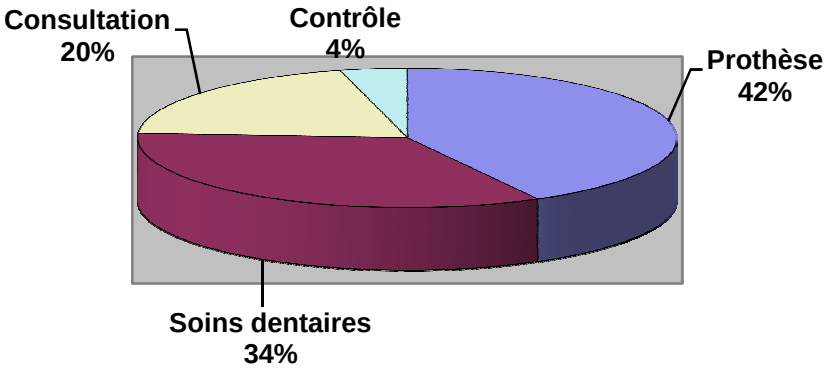


Figure 7 : *Distribution des différents types de soins prévus initialement (%)*

D'après l'article 15 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), « **la consultation** comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et radiologique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique ». Elle doit servir à l'établissement du plan de traitement du patient. Or parfois, par manque de temps ou de renseignements sur la santé du patient, la première consultation au cabinet n'est pas toujours effectuée de manière optimale. De plus, les radiographies argentiques sont parfois perdues, obligeant le praticien (pas toujours le même) à les refaire la séance d'après.

Une "consultation" est déjà réalisée au chevet du résident par un étudiant en Odontologie, mais elle n'est en fait qu'une pré-consultation car elle n'est pas effectuée normalement par manque de matériel.

Un examen de **contrôle** sert à vérifier l'absence de pathologies bucco-dentaires et la qualité des prothèses ainsi que la mise à jour des données de santé du patient.

1.2.3.5. Soins réalisés

Concernant les soins réellement effectués, ce sont les soins de **prothèse** qui sont les plus nombreux (pour 39% des patients). Ensuite, ce sont les **avulsions** qui sont le plus souvent réalisées (22% des cas) puis la consultation, le détartrage, les soins conservateurs et autres soins (retrait de fils de suture,…). (**Figure 8**).

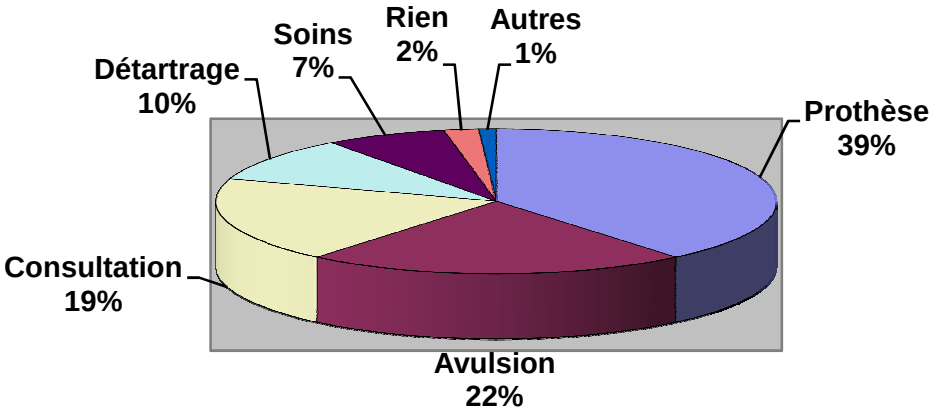


Figure 8 : *Distribution des différents actes effectués réellement*

Presque tous les soins de prothèse initialement prévus sont effectués réellement. En revanche, on constate qu'il y a finalement peu de soins dentaires conservateurs ou endodontiques réalisés (seulement 7% des patients) mais **surtout des avulsions** (22% des patients). En effet, nombreux sont les résidents se présentant avec des dents très cariées ou à un stade parodontal terminal, lié au vieillissement pathologique de la cavité buccale. De ce fait, les dents étant bien souvent à l'état de racine, extraire reste la seule solution pour éviter la propagation d'une infection.

Le détartrage est effectué dans 10% des cas. Mais souvent, il relève plutôt du déplaquage (élimination des dépôts de plaque bactérienne à l'aide d'une brossette rotative) car beaucoup de patients sont amenés dans notre service sans avoir bénéficié des soins bucco-dentaires quotidiens. Le brossage peut avoir été cependant mal effectué. Donc il faut savoir que si un soin conservateur est prévu, il faudra d'abord éliminer la plaque et les débris alimentaires pour assainir le terrain avant de réaliser l'acte.

Le type de soin prévu peut être modifié si le patient n'est pas préparé à l'acte par l'équipe soignante de son établissement (absence de résultat d'examen d'INR, pas de radiographie panoramique, oubli d'antibioprophylaxie,...).

Si l'on regroupe ces différents soins en trois grands types (soins préventifs, curatifs et prothèse), on trouve autant de soins préventifs que curatifs et un peu plus de soins de prothèse (39%) (**Figure 9**).

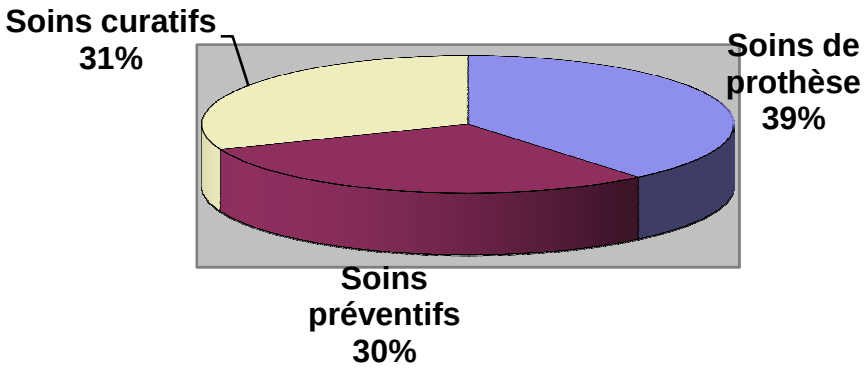


Figure 9 : *Diagramme de répartition des trois grands types d'actes effectués (%)*

Les soins préventifs représentent donc une place importante sur l'ensemble des soins effectués sur les personnes âgées.

Les statistiques montrent que la coopération, l'ergonomie et l'exécution des soins étaient les mêmes quel que soit le type d'acte réalisé ($p > 0,05$).

1.2.3.6. Objectif rempli

L'objectif de soin fixé est **accompli** dans **80%** des cas. Il est rempli partiellement dans 17% des cas et ne l'est pas du tout pour seulement 3% des patients reçus (**Figure 10**).

Sur les trois patients qui n'ont pas reçu les soins initialement prévus, deux cas sont liés à un manque de renseignements (pas de devis de prothèse, pas d'informations sur l'INR du patient) et le troisième patient n'était pas coopérant.

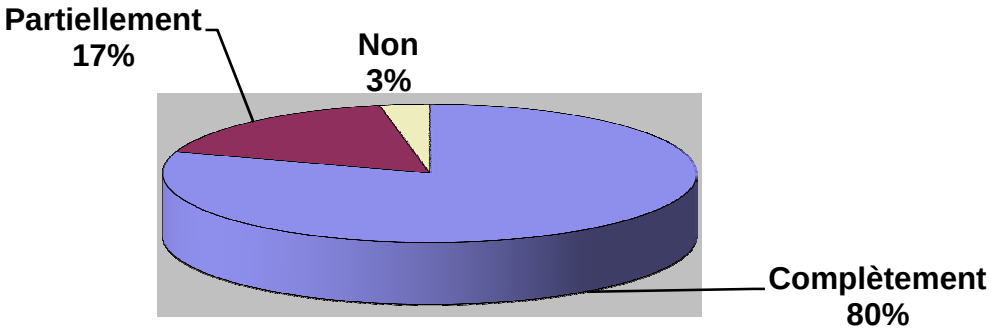


Figure 10 : *Répartition du pourcentage de patients dont l'objectif a été rempli complètement, partiellement ou pas du tout*

Nous sommes donc plutôt **efficaces** concernant la **réalisation des actes** en eux-mêmes.

Toutefois, l'objectif est **plus facilement rempli** lorsque l'acte est **préventif** que lorsque le geste est invasif ou prothétique ($p < 0,01$; test de Fisher).

Parfois, un acte curatif prévu peut se transformer en soin préventif (déplaquage, détartrage,...) lorsque le patient a été mal préparé par l'équipe soignante ($F_{1, 91} = 4,9$: $p < 0,01$, test ANOVA).

1.2.4. Etude du temps passé dans le service

1.2.4.1. Temps total passé dans le service

Un patient qui entre dans notre service attend en moyenne 27 ± 27 minutes avant de se faire soigner, ce qui représente 29% du temps total passé dans le cabinet, tout comme la durée du soin, équivalente à 27 ± 19 minutes.

Le temps d'attente pour un patient après le soin a une moyenne de 35 ± 30 minutes, soit plus d'un tiers du temps total (**Figure 11**).

Un patient reste donc en moyenne 94 minutes dans le cabinet, soit **1 heure 34 minutes**.

La première conclusion est que **le patient passera plus de temps en attente qu'en soin**.

		Moyenne (min)	Variance (min)	Pourcentage (%)
avant soin	Temps pré-RV	**5**	10	**5**
	Retard soin	**27**	27	**29**
pendant	Temps soin	**27**	19	**29**
après	Temps post-soin	**35**	30	**37**
	TOTAL	**94**		**100**
	Retard pré-RV	**10**	15	

Figure 11 : *Répartition moyenne du temps total passé dans le cabinet dentaire*

Si on s'intéresse à la durée du temps total passé dans le service pour chaque patient, on obtient le graphique suivant (**Figure 12**) :

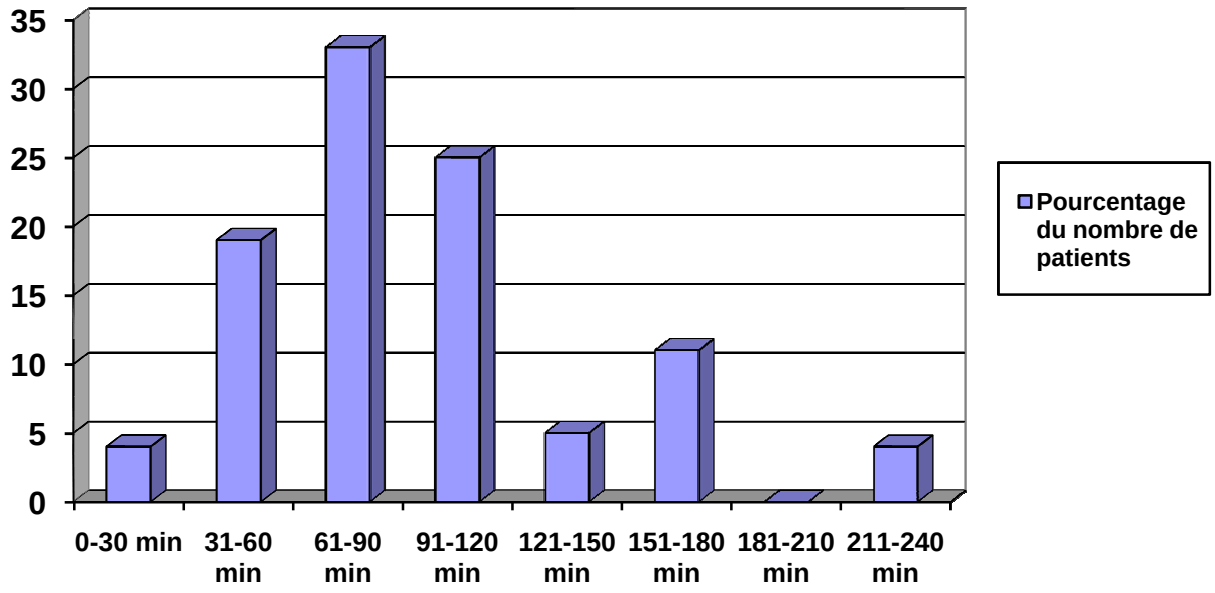


Figure 12 : *Temps de présence (min) des patients (% ; n=84) dans le service d'odontologie*

On observe ainsi que **58%** des patients sont restés dans le service **entre 1 et 2 heures**.

16 patients sur 84 passent plus de 2 heures au cabinet dentaire. On a observé que 3 patients ont dépassé la durée de 3 heures. Le problème est qu'une fois 12h30, les ambulanciers de l'hôpital sont en service réduit et l'attente peut dépasser l'heure.

1.2.4.2. Avance et retard du patient à son rendez-vous

Sur 88 fiches exploitables, nous avons mis en évidence (**figure 13**) le nombre de patients venus **en avance à leur rendez-vous** et la durée de cette avance :

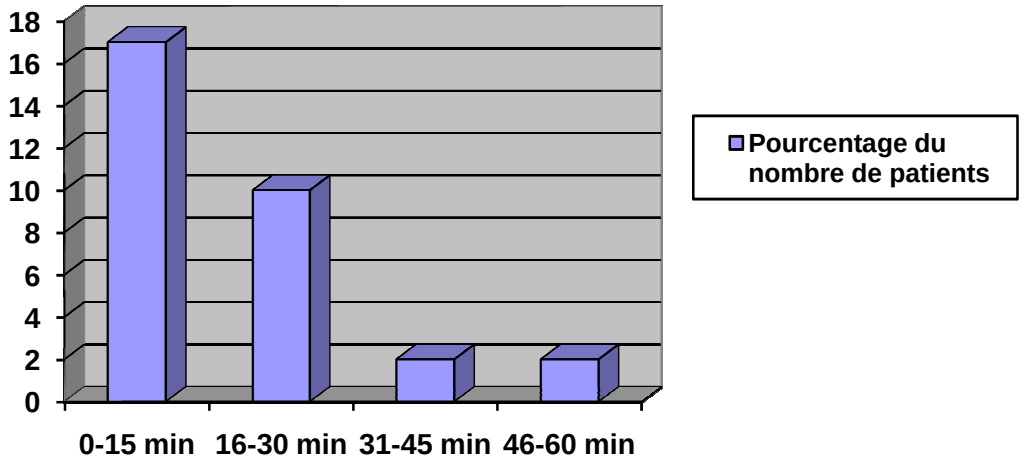


Figure 13 : *Répartition du nombre de patients (% ; n=88) venus en avance (minutes)*

Sur 31 patients venus en avance, soit 35% de la population, la **majorité** est présente au cabinet dentaire entre 0 et 15 minutes avant l'heure du rendez-vous, ce qui correspond à un **délai normal**.

Seulement 4 patients ont été emmenés dans un délai incorrect (plus de 30 minutes d'avance). Il y a donc **peu de dysfonctionnements** à ce niveau.

Sur 87 fiches exploitables, nous avons mis en évidence (**figure 14**) le nombre de patients arrivés **en retard à leur rendez-vous** et la durée de ce retard :

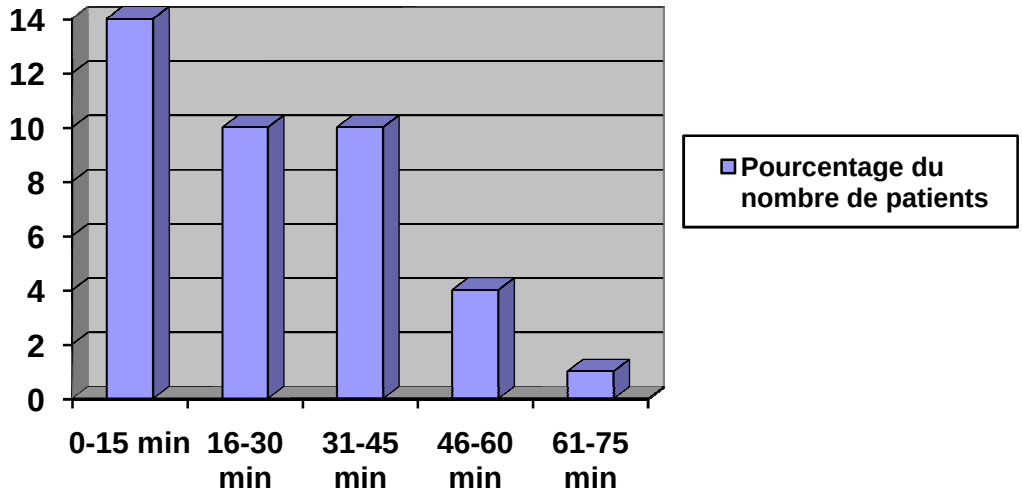


Figure 14 : *Répartition du nombre de patients (% ; n=87) venus en retard (minutes)*

Sur 39 patients arrivés en retard, soit 45% de la population, la majorité n'a pas plus de 15 minutes de retard, ce qui est acceptable.

15 patients sont arrivés avec plus de 30 minutes de retard, le retard le plus long étant de plus d'une heure pour un seul patient.

Une trop longue avance ou un retard peuvent s'expliquer par une erreur de l'heure du rendez-vous ou bien par la disponibilité ou l'indisponibilité des ambulanciers à ce moment-là.

Voici un diagramme récapitulant la répartition des patients arrivés à l'heure, en avance et en retard (**Figure 15**):

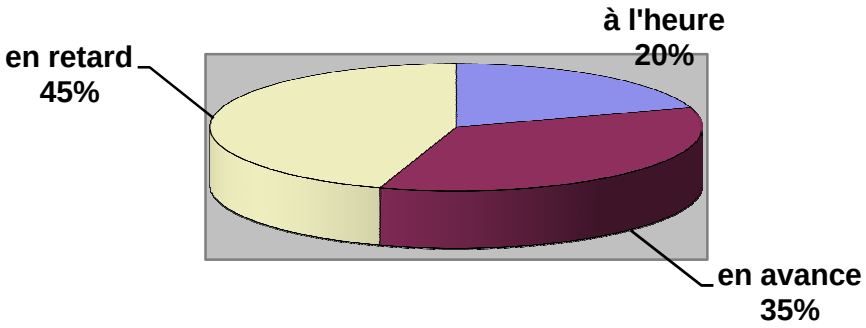


Figure 15 : *Répartition des patients (% ; n=87) arrivés à l'heure, en avance ou en retard à leur rendez-vous*

Bien que seulement 20% de la population soit à l'heure à ses rendez-vous, la majorité des retards ou avances n'excèdent pas 15 minutes. On peut ainsi conclure qu'il n'existe pas d'important dysfonctionnement avant le soin du patient, même si le retard est un peu plus fréquent que l'avance.

1.2.4.3. Retard du praticien

Le **temps de retard avant le soin** lié au praticien représente presque **un tiers du temps total** de présence du patient dans le service.

Voici le graphique (**figure 16**) de la distribution du temps de retard du praticien par nombre de patients, sur les 95 fiches exploitées :

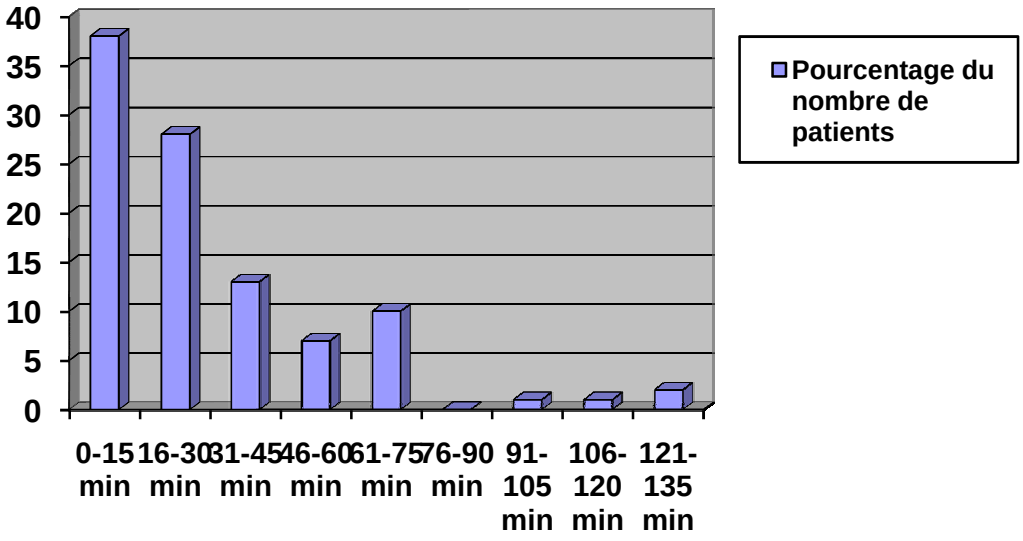


Figure 16 : *Répartition du nombre de patients (% ; n=95) pris en retard à leur rendez-vous (minutes)*

- **38%** des patients ont été pris dans le quart d'heure qui suit l'heure du rendez-vous, ce qui représente un **retard acceptable**.
- **27%** ont du attendre entre 16 et 30 minutes ; le **retard** est **tolérable**.
- Il reste **35%** de **retard inacceptable** puisque les patients ont du patienter entre 30 à 135 minutes.

Le retard du praticien à ses rendez-vous peut être causé par un **manque d'efficacité** par rapport à la **durée des soins** prévus sur les patients précédents. Il peut être tout simplement lié, pour certains praticiens, à un **manque de ponctualité** pour le premier rendez-vous, décalant ainsi les autres séances de soins.

Mais le **retard des ambulanciers** engendre aussi fatalement un retard du praticien pour les rendez-vous ultérieurs.

De plus, il arrive fréquemment de devoir prendre des patients sans rendez-vous (**patients du CHU à voir en urgence** pour un bilan pré-opératoire par exemple), ce qui **décale** encore **l'heure des rendez-vous**.

Le **manque d'informations** à propos du patient engendre également une perte de temps.

Nous avons eu également le cas de **patients présentant un ERV** (Entérocoque Résistant à la Vancomycine), plus rarement une **hépatite C** ou un **VIH**, et amenés tôt le matin. Or,

l'ERV, bactérie manuportée hautement transmissible et dangereuse pour les patients affaiblis nous impose un **protocole de désinfection qui "gêle" l'utilisation d'un cabinet**. Le patient est alors pris en charge en fin de matinée dans un cabinet défini. S'il est amené trop tôt par les ambulanciers, il devra attendre.

1.2.4.4. Durée d'un soin dentaire

Nous l'avons évoqué, la **durée moyenne** d'un soin dentaire dans notre service est de **27 minutes**. Nous avons pu exploiter 94 fiches. Voici les résultats de la répartition du nombre de patients en fonction de la durée du soin (**figure 17**) :

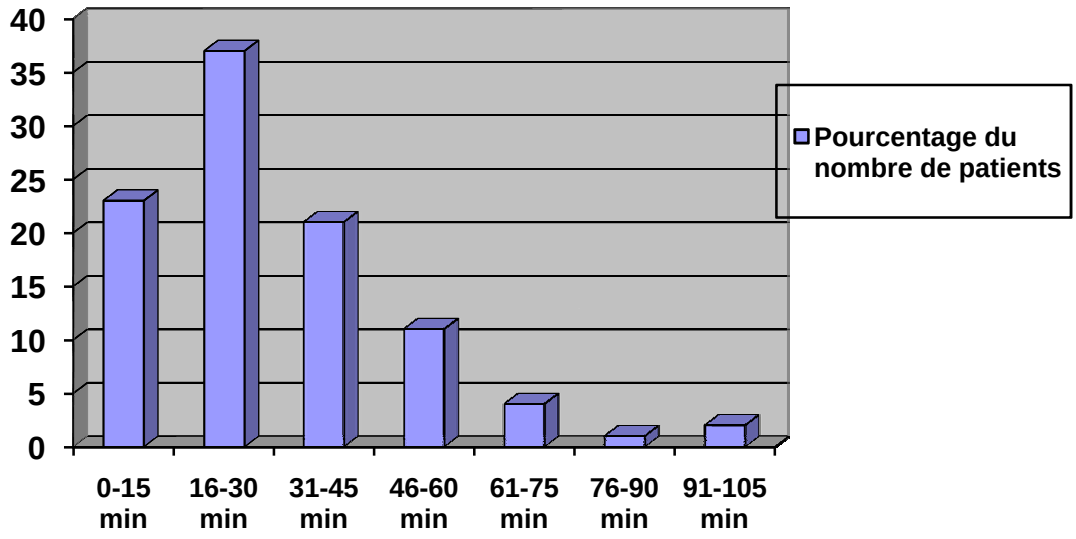


Figure 17 : *Répartition du nombre de patients (%) en fonction de la durée du soin (minutes)*

60% de la population a reçu un soin de moins de 30 minutes.

32% ont eu un soin d'une durée de 31 à 60 minutes et 7% sont restés au-delà d'une heure sur le fauteuil.

Les soins dentaires qui correspondent à une **courte durée** peuvent être :

- une consultation
- un déplaquage ou un détartrage
- l'avulsion d'une dent mobile
- un essayage de prothèse ou une séance de retouches
- le retrait de fils de suture

Parfois, l'absence d'un courrier ou de réponses de devis prothétiques obligera le praticien à différer l'acte initialement prévu ou bien celui-ci fera juste un acte préventif, demandant alors moins de temps.

Si le praticien a accumulé du retard, il va essayer de raccourcir le temps de soins prévus pour les patients ultérieurs en modifiant l'acte ou en différant les soins qu'il n'a pas eu le temps de faire. Une corrélation négative montre en effet que plus le retard pris avant le soin est élevé, plus la durée du soin sera courte ($r = 0,23$; $p < 0,05$).

Les soins dentaires nécessitant une **longue durée** correspondent à :

- des étapes de prothèses longues : empreintes secondaires, enregistrement des rapports intermaxillaires,...
- des soins de caries complexes : difficulté d'accès, salive,...
- des avulsions multiples et/ou difficiles : dent ankylosée, risque de saignement élevé, patient anxieux,...
- des soins endodontiques : bien que rares chez la personne âgée, ces soins prennent du temps, d'autant plus que le service odontologique dispose de très peu de systèmes mécanisés de rotation continue et les radiographies de contrôle sont développées à la main, faisant encore perdre du temps à ces soins déjà difficiles.

1.2.4.5. Attente des ambulances

Grâce aux 84 fiches que nous avons pu exploiter, nous avons mis en évidence la durée de l'attente après les soins pour chaque patient (**figure 18**). Le **temps d'attente des ambulances** après les soins représente **37% du temps total** dans le cabinet dentaire.

La moitié des patients (51%) est partie dans la demi-heure qui suit la fin du soin, ce qui est un délai court et acceptable. Pour tous les autres (**49%**), il s'agit d'un **dysfonctionnement**. **14% des patients ont attendu plus d'une heure** avant que l'on vienne les chercher, avec un maximum de presque trois heures d'attente pour un patient.

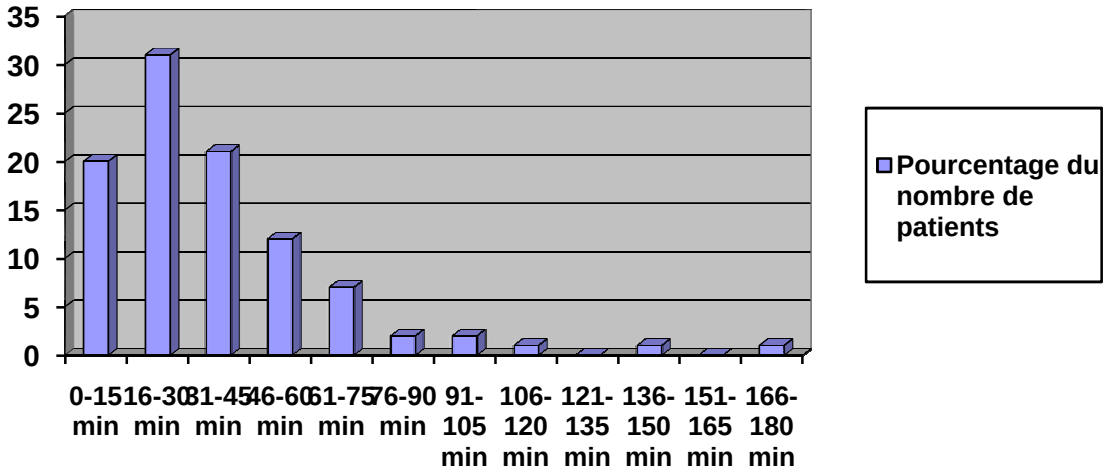


Figure 18 : *Répartition du nombre de patients (% ; n=84) selon leur temps d'attente (minutes) après le soin*

Le problème du brancardage et des ambulanciers à l'origine de ce dysfonctionnement, est qu'à certaines heures, particulièrement en fin de matinée, leur effectif se réduit alors que c'est l'heure à laquelle la plupart de nos patients repartent.

Il peut s'agir parfois d'un oubli de la part des étudiants de téléphoner aux brancardiers mais cela reste très rare et en général, ils ont tendance à appeler plusieurs fois lorsqu'ils estiment que l'attente du patient est trop longue.

1.2.5. Relations entre l'objectif prévu et les informations données

La rédaction d'un courrier de la part du personnel soignant qui adresse le patient est importante, tout autant que celui rédigé par le praticien à la fin du soin pour permettre une transmission optimale des informations et éviter de pénaliser le patient.

Le courrier de l'équipe soignante comprend surtout les raisons qui l'ont incitées à adresser le résident au cabinet dentaire ainsi que les renseignements sur la santé du patient et ses traitements éventuels.

Le chirurgien-dentiste écrira dans son courrier le compte-rendu des soins effectués sur le patient et notera les précautions éventuelles à prendre le jour même et avant la prochaine séance (médications à prendre, prise de sang,...). La date du prochain rendez-vous est aussi notée.

L'objectif réalisé est directement lié aux informations données car elles sont nécessaires pour entreprendre tous les soins invasifs ($t_{89} = 4,95$; $p < 0,0001$; test de Student). Ainsi, **l'absence d'informations ne permet pas la réalisation du soin prévu initialement**.

1.2.6. Efficacité des praticiens

Rappelons que l'indice d'efficacité des praticiens est égal au **temps soin / retard soin**.

Sur 85 fiches, on trouve un indice d'efficacité inférieur à 1 pour 41% des patients. **59%** ont donc un coefficient **supérieur à 1**, ce qui nous fait plus de la moitié des patients.

L'efficacité des praticiens est donc plutôt **moyenne**.

Concernant la prise en charge des patients à leur rendez-vous, l'efficacité pourrait être améliorée notamment par une plus grande rigueur dans la ponctualité ou la tenue du dossier du patient. En général, le patient est suivi par le même praticien, mais ce n'est pas toujours le cas, imposant au nouveau praticien la découverte du dossier. De plus, le plan de traitement réalisé au départ n'est pas toujours "actualisé" au fur et à mesure, ce qui augmente encore la perte de temps.

En ce qui concerne l'efficacité des soins à proprement parler, il est difficile de pouvoir porter un jugement. Cela dit, la configuration des locaux et le rangement du matériel ne favorisent pas le gain de temps pendant les soins (**ANNEXE 3**, **figure f**).

L'efficacité des praticiens peut également être perturbée par la coopération variable des patients.

1.2.7. Efficacité des ambulances

L'indice d'efficacité des ambulances correspond au **temps soin / (temps pré-RDV + temps post soin)**.

Sur 76 fiches étudiées, le calcul de l'indice d'efficacité des ambulances nous montre que celui-ci est **inférieur à 1** pour **60%** des patients.

Ce **dysfonctionnement** au niveau des ambulances génère un inconfort pour les patients qui doivent patienter dans une salle d'attente souvent saturée (**ANNEXE 3, figure c**). Il va générer en cascade une moins bonne efficacité de prise en charge.

1.2.8. Efficacité de prise en charge

A partir du coefficient que nous avons déterminé dans la partie précédente, soit : *efficacité de prise en charge =* **temps soin / (retard soin + temps post-soin)**, nous avons pu évaluer si notre prise en charge était efficace ou non. 84 fiches ont pu être exploitées.

Le constat est **très médiocre** car seulement 19% des patients ont un indice d'efficacité de prise en charge supérieur à 1.

Cette mauvaise efficacité de prise en charge globale est imputable à la fois aux ambulances et au chirurgien-dentiste.

Une réflexion est nécessaire pour améliorer cette prise en charge.

En résumé, la population accueillie provenant des différents EHPAD de la région est assez âgée (80 ans en moyenne) et surtout féminine, se déplaçant en fauteuil roulant pour la moitié d'entre elle, l'autre moitié étant partagée plutôt équitablement entre patients valides et patients alités.

Dans l'ensemble, les patients sont majoritairement coopérants et faciles à comprendre, ils ne sont pas trop difficiles à soigner. D'ailleurs, l'objectif de soin fixé est réalisé complètement dans 80% des cas. L'ergonomie pourrait être cependant améliorée pour le praticien, notamment pour les patients en brancard, pour perfectionner encore la qualité des soins.

La catégorie de soins effectués la plus fréquente sur cette population concerne les soins de prothèses dentaires ; viennent ensuite les avulsions qui incombent aux soins précédents puis les consultations et les détartrages. Peu de soins conservateurs et endodontiques sont effectués.

Un manque d'informations par des courriers ou l'absence d'un accompagnant lorsque cela est nécessaire peuvent pénaliser l'objectif initialement prévu qui sera remplacé à défaut par un soin préventif.

Un patient passe en moyenne presque deux heures dans le service depuis son arrivée jusqu'à son départ en ambulance, alors que la durée d'un soin n'occupe qu'un tiers de ce temps. Le retard lié aux brancardiers et aux praticiens a un rôle très important dans l'attente du

patient, affectant aussi la durée du soin qui tentera d'être réduite pour compenser le retard engendré.

Tout cela affecte gravement l'efficacité de la prise en charge du patient qui, fragile, subit l'inconfort du transport et de l'attente, susceptibles de développer des angoisses, des troubles du comportement ou une grande fatigue ou lassitude, d'où, là encore, l'intérêt de la présence d'un accompagnant.

2. Exploitation du questionnaire des gériatres

Nous avons pu recueillir des questionnaires remplis par les médecins gériatres des établissements Saint Charles, Saint Julien et Saint Stanislas. Malheureusement, ils sont moins nombreux que prévu puisque nous n'avons récolté que 7 questionnaires. Certains services n'ont pas donné suite à notre requête.

Nous avons choisi de classer les question en différents thèmes.

2.1. Le personnel soignant et sa prise en charge bucco-dentaire des résidents

Question 2 : Comment jugez-vous la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des patients par le personnel soignant ?

A cette question, les médecins ont donné une note d'une moyenne de **4,7 ± 2,4** (par rapport à une note maximale de 10)**.**

La note minimale est de 2/10 et la plus haute de 8/10.

Les médecins gériatres **jugent** donc **la prise en charge** de l'hygiène bucco-dentaire des patients **par leur personnel soignant assez sévèrement** puisque la note qu'ils ont attribuée n'atteint pas la moyenne.

Le même constat avait été fait lors des différentes études réalisées par des chirurgiens-dentistes dans ces mêmes établissements. Cependant, la prise en charge de l'hygiène bucco-

dentaire des patients dépend des services gériatriques et du degré d'autonomie des patients. Ceci explique la variabilité des réponses.

Question 3 : <u>Questionnez-vous votre personnel au sujet des soins d'hygiène bucco-dentaire administrés ?</u>

Le score moyen obtenu est de **3 ± 0,8** (la note maximale étant de 4)

La répartition n'intéresse que les trois catégories les plus hautes :

- jamais **(0)** : 0%
- rarement **(1)** : 0%
- parfois **(2)** : **28,5%**
- **souvent (3)** : **43%**
- systématiquement **(4)** : **28,5%**

Les médecins sont donc **impliqués** dans la **prise en charge des soins de bouche de leurs patients par le personnel soignant**. Mais, au regard de la note basse que les médecins attribuent à cette prise en charge bucco-dentaire des patients, **ils sont conscients de l'insuffisance des soins de bouche apportés aux résidents**.

2.2. <u>Intérêt des vacations d'étudiants en odontologie pour le service de gériatrie</u>

Question 4 : <u>Pensez-vous que les vacations d'étudiants en 5ème année d'odontologie sont utiles au sein de votre service pour</u> :

a- dépister les pathologies dentaires et les lésions de la muqueuse buccale

b- se procurer le **matériel** nécessaire à assurer l'hygiène

c- former le personnel à l'hygiène bucco-dentaire

d- s'assurer de la **faisabilité des soins** d'hygiène bucco-dentaire

e- établir les **protocoles** des soins **d'hygiène** bucco-dentaire

f- assurer les **soins d'hygiène** bucco-dentaires des résidents

g- vérifier la propreté des prothèses et **l'hygiène** bucco-dentaire

h- organiser les soins curatifs des patients

Les résultats sont présentés sous forme d'un graphique (**figure 19**) correspondant au pourcentage de OUI et de NON pour chaque item (représentés par leur lettre respective) :

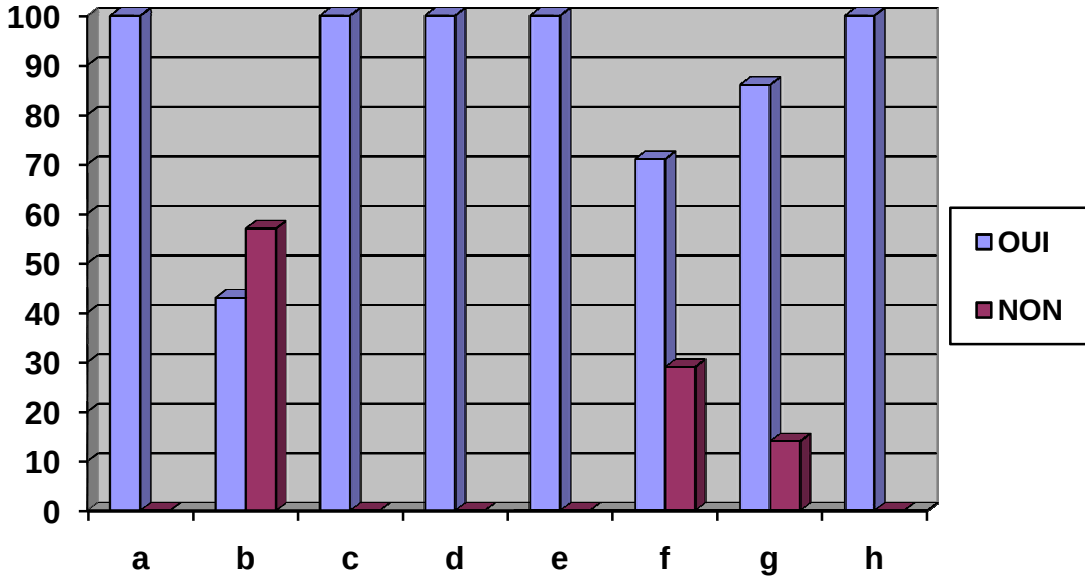


Figure 19 : *Représentation graphique du pourcentage de OUI et de NON pour chaque item*

Ce qui ressort de cet histogramme est l'unanimité des gériatres dans certaines réponses pour le OUI.

Les médecins sondés sont **tous d'accord** sur l'utilité des vacations étudiantes pour :

- **dépister** les pathologies buccales
- **organiser les soins** curatifs des résidents
- s'assurer de la **faisabilité des soins** d'hygiène bucco-dentaire
- établir des **protocoles de soins d'hygiène** bucco-dentaire
- **former** le personnel soignant

Ces fonctions font partie des attributions des étudiants clairement définies par les responsables du stage. L'étudiant agit donc à la fois au niveau préventif dans la mise en place de l'hygiène bucco-dentaire et au niveau curatif dans le dépistage et l'organisation des soins.

Les avis divergent pour seulement trois des items :

- **se procurer le matériel nécessaire à assurer l'hygiène** : **43%** des médecins pensent que c'est au chirurgien-dentiste de remplir ce rôle.

Le chirurgien-dentiste peut exceptionnellement fournir une brosse à dents mais il n'a pas à acheter le matériel d'hygiène bucco-dentaire pour les patients. En revanche, il va vérifier si le matériel est adapté ou à remplacer. Pour résoudre ce problème, il faudrait rédiger une lettre - type pour réclamer le matériel nécessaire à la famille. Un stock de matériel serait également nécessaire pour fournir les résidents qui n'ont plus de famille.

- **assurer les soins d'hygiène** bucco-dentaire auprès des résidents : **71%** ont répondu **OUI**.
- **vérifier la propreté des prothèses et l'hygiène bucco-dentaire** : 86% des médecins attribuent ce rôle aux étudiants en Odontologie.

Pour ces deux items, le problème est de définir qui est responsable de l'hygiène bucco-dentaire des patients.

Qu'un chirurgien-dentiste s'interroge sur la mauvaise hygiène et vérifie la faisabilité des soins est normal, mais il n'a pas à se substituer aux aides-soignants qui peuvent, certes, se faire aider, mais aucunement remplacer. De plus, les soins d'hygiène corporelle font partie des attributions des aides-soignants dont la cavité buccale fait partie intégrante (K).

Question 5 : <u>Pouvez-vous noter l'efficacité et l'intérêt global du stage pour vos services tel qu'il se déroule actuellement ?</u>

Les médecins ont attribué une note moyenne de **6,7 ± 1,7** (par rapport à une note maximale de 10) pour l'efficacité et l'intérêt global de ces vacations étudiantes.

La note minimale est de 5/10 et la note maximale est de 9/10.

Leur jugement est donc **assez satisfaisant**. La présence des étudiants dans leur service semble utile.

Le stage sert donc aux résidents et à l'équipe soignante. N'oublions pas de préciser qu'il sert également à l'étudiant qui acquiert une expérience dans sa formation en odontologie

gériatrique. Il est évident que l'efficacité du stage est dépendante de l'intérêt de l'étudiant, de sa capacité d'intégration et de son investissement lors du stage.

Question 6 : <u>Le temps de présence des étudiants vous paraît-il</u> :

- insuffisant : 29%
- suffisant : **71%**
- excessif : 0%

Bien que presque un tiers des médecins ait jugé la présence des étudiants trop juste**, la majorité** a trouvé leur temps de présence **suffisant** dans leur service.

Le problème est que le stage commence au mois d'octobre et se termine en juin, l'interruption de plus de trois mois correspondant aux vacances universitaires. Par conséquent, la durée du stage pour l'étudiant est peut-être suffisante mais la durée annuelle de recouvrement du stage pour l'ensemble des étudiants est peut-être insuffisant car il ne couvre pas l'année.

Question 8 : <u>Souhaiteriez-vous des améliorations dans les vacations d'étudiants ? Lesquelles ?</u>

Sur les sept médecins interrogés, six ont émis le même souhait **de favoriser une meilleure intégration de l'étudiant à l'équipe soignante** afin d'**échanger** avec cette dernière des **informations sur l'intérêt de l'hygiène bucco-dentaire** chez les personnes âgées dépendantes et **les modalités de réalisation**.

Ceci passe par un **temps de présence plus long dans le service** : un médecin recommande une durée du stage supérieure à dix jours pour une excellente insertion dans le service et un travail constant pour l'exécution de l'hygiène bucco-dentaire et le suivi des relations dans la prise en charge des soins curatifs avec l'équipe du service dentaire.

Un autre praticien aimerait un stage avec des journées complètes pour pouvoir discuter avec l'ensemble de l'équipe et des familles car c'est l'après-midi que ces dernières peuvent venir rendre visite à leur proches.

Deux médecins ont évoqué le souhait **d'obtenir de meilleures conditions de travail** pour les étudiants, c'est-à-dire de mettre du **matériel d'examen et de soins à leur disposition en quantité suffisante** :

- des kits d'examen bucco-dentaire (miroir, sonde, précelle)
- ou à défaut des abaisse-langues
- des gants et des masques
- des lampes de poche
- du matériel d'hygiène bucco-dentaire (brosse à dents, dentifrice, bain de bouche, brosse à prothèses,...)
- du matériel de soins de prothèse de première nécessité pouvant éviter certains déplacements du patient (matériel de rebasage, papier articulé, colle, gel anesthésiant pour les blessures des muqueuses,...)

La **réalisation de certains soins curatifs sur place par les étudiants** a été d'ailleurs proposée par un gériatre, permettant ainsi d'éviter le déplacement des patients qui peut être source d'angoisse, d'incompréhensions, de troubles du comportement ou de fatigue.

Il est vrai qu'avec un peu de matériel, certains soins curatifs comme une extraction simple ou des petits soins de prothèse (rescellement d'une couronne, rebasage d'une prothèse complète,...) éviteraient certains déplacements des patients en cabinet. Mais, outre le problème d'accès à du matériel, les étudiants de 5ème année n'ont pas encore la qualification pour exercer seuls (CSCT) et doivent faire vérifier tous leurs actes par un enseignant de leur faculté.

Ainsi, la mise en place d'un système de réalisation de soins curatifs sur place par les étudiants nécessiterait la présence d'un chirurgien-dentiste à leurs côtés, ce qui complique la situation. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement, lors de la discussion.

2.3. Importance selon le gériatre de la santé bucco-dentaire des résidents et solutions de prise en charge

Question 1 : Comment jugez-vous la santé bucco-dentaire de vos patients ?

Pour une note maximale de 10, la note moyenne attribuée par les médecins gériatres est **faible** puisque de **3,7 ± 1,6**, le score minimal étant de 2 et maximal de 6.

Ce score n'est pas élevé puisqu'il n'atteint même pas la moyenne.

Les gériatres sont bien **conscients** du **faible niveau de santé bucco-dentaire de leurs patients**.

Question 7 : Pensez-vous que le déplacement pour les soins dentaires curatifs affecte et perturbe vos résidents ?

Selon 14% des gériatres, le déplacement pour les soins dentaires curatifs ne perturbe pas leurs résidents.

En revanche, **la majorité (86%)** pense que **les transports perturbent et affectent leurs patients**, et ce **dans 45% des cas**.

Ceci soulève donc un problème important qui remet en cause notre système de prise en charge car il implique un déplacement du patient.

Question 9 : Dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire de vos résidents, plusieurs solutions existent :

A. Implantation d'un **cabinet dentaire** dans l'établissement avec poste d'un PH-Odontologiste

B. Création d'un poste de **Chirurgien-Dentiste vacataire** pour le dépistage et l'organisation de la prise en charge des soins curatifs par des praticiens extérieurs

C. Stage d'étudiants pour le dépistage et les soins d'hygiène et utilisation du service odontologique de l'hôpital pour les soins curatifs, correspondant au **modèle nancéen**

Pour votre établissement, selon vous :

- *Quelle est la solution **idéale** ?*

Voici les réponses des médecins sous forme de graphique (**figure 20**) :

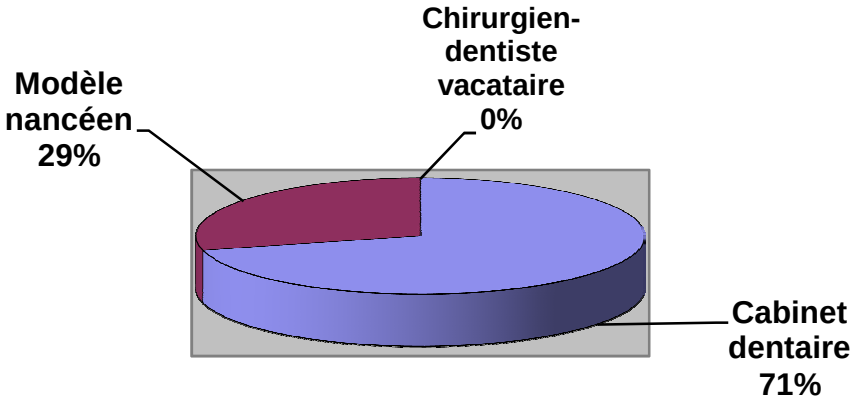


Figure 20 : *Répartition des différentes solutions idéales de prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents selon les gériatres*

La solution de créer un cabinet dentaire dans l'institution paraît idéale puisque le résident n'a plus à être déplacé. Toutefois, un tiers des gériatres trouve idéal notre modèle actuel à Nancy. Nous discuterons ultérieurement des possibles améliorations à apporter.

- *Quelle est la solution* ***la plus efficace*** *?*

Voici la réponse sous forme de graphique (**figure 21**) :

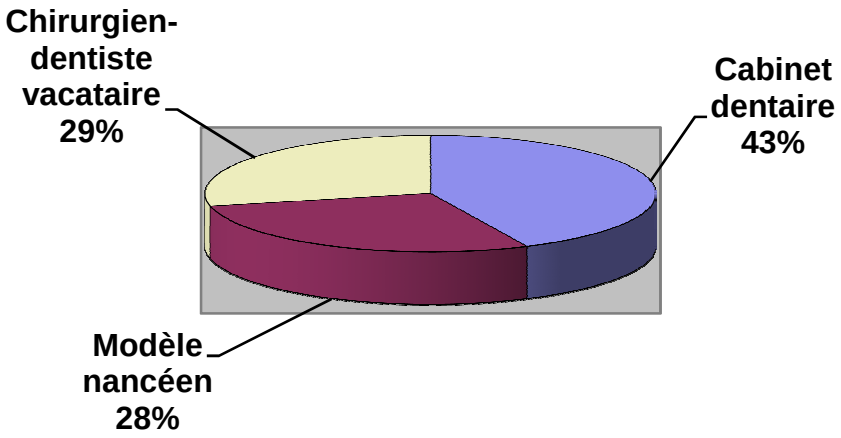


Figure 21 : *Répartition des différentes solutions les plus efficaces de prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents selon les gériatres*

L'efficacité de la prise en charge se mesure par la réalisation des soins dans une logistique simple. Le système de vacation est similaire à celui des étudiants actuels et l'organisation est semblable.

Le modèle d'implantation d'un cabinet dentaire est jugé moins efficace qu'idéal car il nécessite du personnel et un budget beaucoup plus conséquent ainsi qu'une logistique qui en incombent à l'établissement, par rapport aux deux autres solutions.

- *Quelle est la solution **suffisante** ?*

Regardons le graphique ci-dessous (**figure 22**) pour étudier la réponse des gériatres :

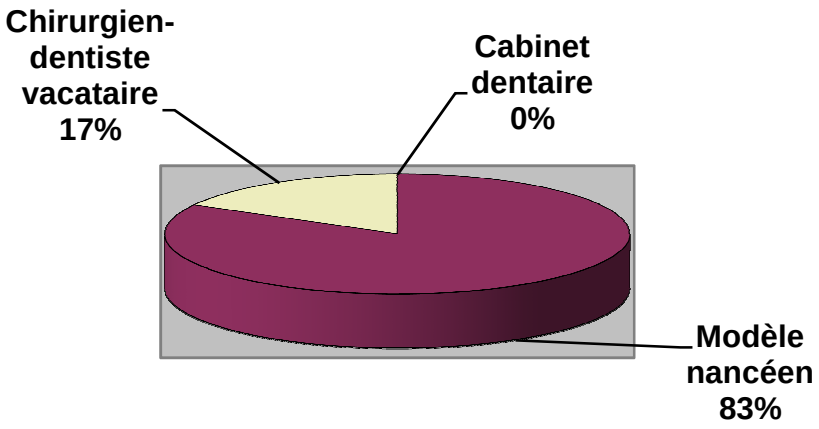


Figure 22 : *Répartition des différentes solutions suffisantes pour la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents selon les gériatres*

Le **modèle nancéen** a été la solution suffisante selon **83%** des gériatres. 17% seulement ont jugé le système d'un poste de dentiste vacataire comme suffisant. L'organisation actuelle fonctionne, même si elle doit être améliorée. Elle profite également à tout le monde car n'oublions pas que les structures hospitalières ont un rôle de formation des étudiants. Elle a également l'avantage de bénéficier d'une présence quotidienne bien que le stage ne couvre pas la totalité de l'année, alors qu'un praticien vacataire n'est présent qu'une journée par semaine.

Personne n'a retenu la solution de l'implantation d'un cabinet dentaire, toujours pour des raisons financières.

- *Quelle est la solution **la plus rentable** ?*

Seulement 5 questionnaires ont pu être exploités car il semble que la question n'ait pas été bien comprise. En effet, le résultat est à prendre avec précaution car certains médecins ont annoté à côté de cette question qu'ils ne savaient pas si la solution la plus rentable était par rapport à l'institution ou par rapport au patient. Notre idée était de s'interroger sur la rentabilité, c'est-à-dire le coût pour l'établissement.

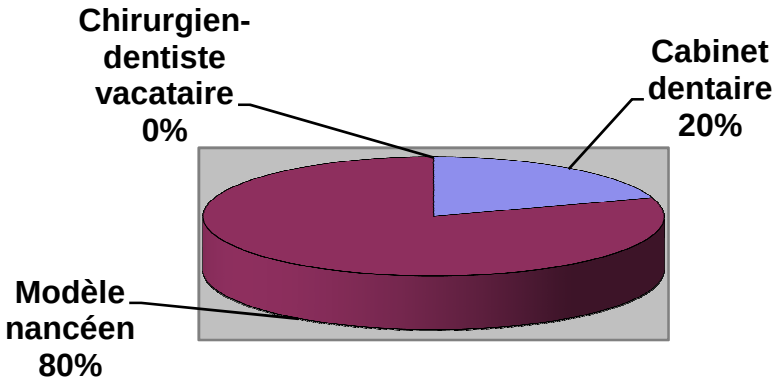


Figure 23 : *Répartition des différentes solutions rentables pour la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents selon les gériatres*

Le modèle des **vacations d'étudiants** est jugé comme le plus rentable en **majorité** par les gériatres **(80%)**. Le système de création d'un cabinet dentaire remporte seulement 20% des suffrages et le modèle du praticien vacataire n'a eu aucune voix.

Il est certain que le système actuel représente un coût moindre tant au niveau du personnel que du matériel. Par contre, il ne faut pas oublier que les transports en ambulance représentent un coût non négligeable qu'il faudrait évaluer de façon sérieuse.

Question 10 : Pour vos résidents, quel degré d'importance attribuez-vous à la santé bucco-dentaire ?

Les médecins gériatres attribuent un degré d'importance **élevé** de **8,2 ± 1,4** (par rapport à une note maximale de 10) à la santé bucco-dentaire de leurs résidents, ce qui est **positif**.

La note minimale est de 6/10 et la maximale de 10/10.

En résumé, ce questionnaire nous a montré que les gériatres sont parfaitement conscients du mauvais état de santé bucco-dentaire de leurs patients ainsi que de l'insuffisance des soins d'hygiène apportés par leur personnel soignant.

Pour améliorer cette prise en charge, les médecins souhaiteraient une implication des étudiants stagiaires plus grande avec l'équipe soignante, en quantité et en qualité, et ainsi permettre d'améliorer l'état bucco-dentaire des résidents.

Les gériatres semblent par ailleurs satisfaits des étudiants car ils ont jugé leur présence utile et bénéfique pour leur service. Rien d'étonnant alors à ce qu'ils jugent en majorité notre modèle de prise en charge des personnes âgées dépendantes à Nancy comme un système suffisant, rentable et efficace.

Par contre, le modèle de création d'un cabinet dentaire au sein de leur établissement est considéré comme idéal, notamment pour éviter le déplacement des patients avec tout l'inconfort que cela comprend. Le souhait de pouvoir faire des soins curatifs sur place avait d'ailleurs été émis dans ce but mais nécessite plus de matériel et la présence d'un praticien responsable des étudiants.

3. Discussion générale

Le modèle de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes, tel qu'il existe actuellement à Nancy, comporte, comme nous venons de le voir, certaines failles. Celles-ci sont présentes à chaque étape de la prise en charge de la personne âgée, c'est-à-dire dans l'institution, lors du transport et dans le service de soins dentaires.

Ce modèle nancéen est un peu l'équivalent d'un système de chirurgien-dentiste vacataire qui préparerait et enverrait les patients en soins thérapeutiques mais qui se chargerait du reste.

Les principaux acteurs entrant en jeu sont donc les étudiants en Odontologie, les ambulanciers et les praticiens du service odontologique de Brabois.

3.1. Les étudiants en Odontologie

3.1.1. Formation initiale

Le stage effectué par les étudiants de troisième année de second cycle d'Odontologie dans les services de gériatrie du CHU complète le cours d'Odontologie gériatrique en offrant une formation pratique. Celle-ci n'est pas tant intéressante sur le plan de la gestion de la difficulté des soins ou dans la prise en charge thérapeutique, mais plutôt dans l'approche et la communication avec la personne âgée ainsi que la connaissance de sa polypathologie qui la caractérise (16). Nous venons de voir dans notre étude que la communication avec le patient est primordiale pour obtenir sa coopération. Elle établit un climat de confiance propice aux soins (22, 32).

Une formation similaire est dispensée dans les facultés d'Odontologie suisses. Elle n'existe pas dans toutes les facultés françaises et est loin d'être généralisée en Europe comme en Allemagne ou en Autriche où la gérodontologie est une discipline peu enseignée sinon absente du programme universitaire (53). Or, la formation théorique mais surtout clinique acquise dans un stage tel qu'il est effectué dans notre faculté est importante pour apprendre au futur praticien à aborder les patients nécessitant une approche particulière (troubles psychiatriques, neurologiques, sensoriels ou moteurs) sans appréhension (22). Il sera ainsi moins réticent, une fois formé, à soigner les personnes âgées dépendantes.

3.1.2. Rôles

Une bonne prise en charge médicale d'un patient passe toujours par des rapports étroits entre les différents acteurs de santé. Il en va de même pour l'**organisation des soins bucco-dentaires** pour les résidents : le médecin, les infirmiers et aides-soignants, les étudiants stagiaires et les praticiens du service **odontologique doivent former une équipe "soudée"** autour du patient. La communication est donc primordiale mais elle est à structurer. Il est important dans une telle relation que les responsabilités de tous soient définies (32, 60). La **famille** doit être également intégrée aux décisions thérapeutiques. Une étude menée en 1997 aux Etats-Unis avait expliqué l'importance des relations entre soignants, patient et famille pour déterminer la meilleure stratégie thérapeutique possible pour le patient (38).

D'après une enquête menée au Royaume Uni en 2001, il s'avère que les personnes âgées dépendantes perçoivent le besoin d'une aide extérieure pour les **soins d'hygiène bucco-dentaire** (61). Mais **qui en est responsable ?**

La théorie voudrait que ce soit aux **aides-soignants** d'effectuer cette tâche puisque les soins d'hygiène de la cavité buccale font partie des soins du corps. Cependant, si l'on se réfère à une étude réalisée à Genève en 2000 dans plusieurs institutions gériatriques, les aides-soignants déclaraient accepter la responsabilité des soins d'hygiène bucco-dentaire mais préféraient les **partager avec un chirurgien-dentiste** responsable des soins bucco-dentaires (17). Dans notre modèle, ce sont les étudiants en Odontologie qui jouent le rôle du chirurgien-dentiste vacataire et qui doivent aider le personnel soignant dans l'amélioration des soins d'hygiène bucco-dentaire sur les résidents. Il faut bien entendu que l'étudiant se sente investi dans cette tâche. De plus, n'ayant pas encore de statut officiel, il rencontre parfois des difficultés à s'imposer.

Dans la même étude réalisée à Genève, seulement 20% des médecins gériatres approuvaient le fait que la cavité buccale devrait faire partie intégrante du corps lors de la réalisation des soins d'hygiène. La majorité des médecins était en faveur de plus de formations sur les pathologies buccales (17). Des séances de **formation du personnel** sur les soins d'hygiène bucco-dentaire devraient être également encouragées car elles fonctionnent (24, 25, 61, 65), mais elles doivent être **renouvelées régulièrement**.

Concernant le **matériel d'hygiène**, il faut se poser la question de qui doit le fournir.

Le praticien vacataire peut exceptionnellement fournir une brosse à dents et un échantillon de dentifrice. Mais il ne faut pas oublier que ce matériel fait partie de la toilette, au même titre que le savon. Lorsque la famille du résident est existante, le chirurgien-dentiste pourrait effectuer un **courrier-type** transmis ensuite à la famille, où il serait inscrit le matériel d'hygiène nécessaire pour le patient. Pour les résidents n'ayant pas de famille, il incombe à l'établissement de décider si c'est à lui de fournir le matériel ou si les résidents peuvent l'acheter sur place.

La profession d'**hygiéniste** n'est pas encore reconnue en France. Pourtant, elle permettrait au chirurgien-dentiste de déléguer des actes simples comme le déplaquage ou la fluoration, son rôle étant de développer des procédures d'hygiène pour chaque patient (25). Ainsi, les praticiens auraient des interlocuteurs formés à ces actes d'hygiène, facilitant ainsi

l'organisation et la prise en charge de ces soins (40). Mais la culture française n'est pas encore prête à intégrer des hygiénistes dans son corps professionnel.

3.1.3. Comparaison des différents systèmes d'organisation

La politique d'emploi de chirurgiens-dentistes vacataires est peu fréquente. Mais les chirurgiens-dentistes ne cherchent pas non plus à offrir leur service dans les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes. Des études ont listé divers motifs évoqués par les praticiens : l'équipement inadapté, le manque d'espace dans les locaux des institutions, leur perception d'une faible demande de soins de la part des patients et le sentiment de ne pas être préparé pour soigner des personnes âgées fragilisées. De plus, ils invoquent la perte de temps et d'argent que représente une journée dans un EHPAD ou USLD par rapport à la rentabilité d'un cabinet privé (35, 40).

Un modèle avait été proposé en 1989 au Danemark où un chirurgien-dentiste vacataire travaillait en association avec un hygiéniste dans l'établissement gériatrique. Le but était de mettre en place des traitements réalistes pour la personne âgée, en instituant des traitements palliatifs plutôt qu'invasifs et en prévenant l'apparition de pathologies de la muqueuse buccale par des mesures préventives (64).

Le système nancéen est peu différent du modèle du chirurgien-dentiste vacataire. Le modèle des étudiants vacataires en Chirurgie dentaire présente l'avantage d'une disponibilité gratuite en échange d'une formation dans le service gériatrique, bien qu'il soit dommage qu'elle s'interrompe lors des congés estivaux. Il est évident que ce problème se poserait moins avec un praticien vacataire. De plus, le chirurgien-dentiste vacataire présenterait l'avantage de pouvoir dispenser des petits soins si nécessaire sur les résidents par rapport aux étudiants en Odontologie qui ne peuvent exécuter des actes que sous l'autorité d'un enseignant.

Des études ont montré que (8, 35) la réalisation de soins sur place ou avec l'utilisation d'un fauteuil portatif (49) est difficilement possible car ceux-ci ne sont pas rentables pour le praticien.

Une autre solution à retenir serait l'implantation d'un cabinet dentaire avec un chirurgien-dentiste dans la structure, à condition qu'il effectue également le travail du praticien vacataire qui se rend au chevet des résidents pour les examiner et organiser la prise en charge des soins d'hygiène.

A Nancy, une réflexion sur l'implantation d'un cabinet dentaire dans l'institution même ne serait pas rentable actuellement car le nombre de patients institutionnalisés de la région se rendant au service odontologique de Brabois a été évalué entre 30 et 40 personnes par mois, ce qui est insuffisant financièrement parlant pour développer une telle structure.

3.2. Le transport

D'après les résultats, les transports des résidents en ambulance représentent notre plus gros problème dans la prise en charge des personnes âgées à Brabois. Il y a beaucoup trop d'attente et de perte de temps, si bien que l'on arrive parfois à une saturation de la salle d'attente. Malheureusement, nous sommes tributaires de ces transports et ils dépendent aussi de nous.

Il faudrait **améliorer la gestion de nos retards** par une **meilleure organisation des soins**. Par exemple, il n'existe qu'un seul cabinet capable d'accueillir les patients couchés, les autres cabinets ne disposant pas d'une porte et d'une surface assez grandes pour faire passer un brancard. De plus, cette pièce est également réservée aux patients dits "en isolement". Ainsi, la prise en charge dans la même matinée de plusieurs personnes transportées en brancard ou nécessitant un protocole d'isolement va fatalement provoquer une attente. Il faudrait pouvoir libérer au moins une autre pièce sur les quatre existantes en augmentant la largeur de la porte et en aménageant quelque peu les meubles pour gagner de la place.

Il faudrait encore **améliorer la préparation des patients pour les soins** pour éviter des déplacements inutiles. Une **fiche de liaison** plus adaptée à ces patients pourrait peut-être parfaire la communication entre les deux services de gériatrie et odontologique. Une telle fiche a été conçue à Saint Charles il y a quelques années mais elle n'est plus utilisée. Elle avait l'avantage de suivre le patient pour toute la durée des soins.

Nous venons de voir dans ces résultats que l'attente est importante surtout après les soins. Il faudrait peut-être **anticiper l'appel des ambulanciers** lorsque les soins sur le patient sont

presque terminés. De la même façon, si le soin doit est de courte durée (retouche de prothèse ou suite de soin), **prévenir à l'avance les brancardiers** pour qu'ils puissent **attendre** et **repartir avec le patient directement** pourrait être une autre solution.

Nous pourrions également "tricher" sur ce temps d'attente en **rédigeant les ordonnances et/ou courriers dans le cabinet en présence du patient.**

Il serait enfin indispensable **d'éliminer tous les trajets inutiles**. Ces cas sont peu fréquents actuellement, ils ont été nombreux il y a quelques années lorsque les stages d'étudiants vacataires en service de gériatrie n'étaient pas encore mis en place, et où l'on déplaçait les patients uniquement pour des problèmes d'hygiène alors qu'un simple déplaquage aurait suffi. Ce constat plutôt positif légitime notre système de prise en charge.

En effet, la liaison entre les thérapeutes et la communication sont plutôt efficaces.

3.3. La prise en charge des soins bucco-dentaires

Notre prise en charge des soins bucco-dentaires dans le service odontologique de Brabois est **correcte**. Nous sommes toujours rentables.

Pour perfectionner notre prise en charge, le rôle d'un **accompagnant** pour le patient peut s'avérer très important, surtout en cas de démence (67). Il permettrait de rassurer le patient pendant l'attente des ambulances, aurait un rôle primordial dans la préparation du patient à l'acte et aiderait le praticien à comprendre les attitudes du patient.

Enfin nous revenons sur l'**importance** de la **communication du praticien avec le patient**, difficile mais indispensable pour les patients atteints de troubles cognitifs (32).

Des programmes peuvent être proposés pour améliorer cette communication (32).

CONCLUSION

La personne âgée institutionnalisée présente des besoins en soins bucco-dentaires importants mais sa prise en charge doit être adaptée car ce sont des personnes fragiles sur le plan physique et psychologique. C'est pourquoi les soins dispensés doivent être efficaces et le plus confortable possible.

L'étude menée à l'hôpital de Brabois dans le service d'odontologie a mis en évidence le manque d'efficacité de cette prise en charge, lié en majeure partie à l'attente beaucoup trop longue des patients dans les couloirs. Entre les difficultés logistiques des ambulanciers, une organisation architecturale des cabinets peu adaptée pour soigner les patients en brancard, le manque d'organisation et de communication des praticiens, les défauts de ponctualité éventuels..., les causes sont multiples.

L'enquête réalisée auprès des médecins gériatres des différentes USLD de Nancy a soulevé le problème de l'insuffisance des soins d'hygiène bucco-dentaire délivrés par le personnel soignant auprès des résidents. Le manque de formation, le manque de moyens matériels et le manque de temps sont souvent évoqués.

Le système de prise en charge des soins bucco-dentaires pour les personnes âgées dépendantes institutionnalisées de la région de Nancy présente donc des dysfonctionnements à deux niveaux :

- une réorganisation plus structurée des soins d'hygiène bucco-dentaire basée sur un travail d'équipe pourrait améliorer la santé bucco-dentaire des résidents et prévenir les pathologies.
- une réorganisation des cabinets aiderait à améliorer l'efficacité de la prise en charge.

Une réflexion sur la logistique des transports doit être nécessaire pour tenter de diminuer le temps d'attente.

Notre système de prise en charge est donc loin d'être parfait, mais, en consultant la bibliographie internationale et les autres facultés d'Odontologie françaises, nous pouvons constater que le modèle nancéen représente actuellement un des modèles les plus préconisés et les mieux adaptés à la prise en charge des soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes.

ANNEXES

ANNEXE 1 : grille A.G.G.I.R

LA GRILLE AGGIR ***LA GRILLE AGGIR CLASSE LES PERSONNES EN 6 NIVEAUX DE DEPENDANCE***	
• GIR 1	• le **groupe iso-ressources 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
• GIR 2	• le **groupe iso-ressources 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
• GIR 3	• le **groupe iso-ressources 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
• GIR 4	• le **groupe iso-ressources 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
• GIR 5	• le **groupe iso-ressources 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
• GIR 6	• le **groupe iso-ressources 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

EVALUATION

A : fait seul(e), totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES	
COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE DU HAUT DU CORPS : Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains	
TOILETTE DU BAS DU CORPS : Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds	
HABILLAGE HAUT : Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras	
HABILLAGE MOYEN : Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles	
HABILLAGE BAS : Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures	
ALIMENTATION : SE SERVIR Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre	
ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	
ELIMINATION URINAIRE : Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
ELIMINATION FECALE : Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
TRANSFERTS : Se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

VARIABLES ILLUSTRATIVES	
GESTION : Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : Préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MENAGE : Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : Prendre et/ou commander un moyen de transport	
ACHATS : Acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : Se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps	

La grille AGGIR, [En ligne]. Adresse URL: http://www.cavimac.fr/pages_cavimac/aggir.pdf

ANNEXE 2 : fiche-enquête du service odontologique de Brabois

Date :

Provenance

Etiquette patient

St Charles Ncy	◊	Spillmann	◊
St Stanislas	◊	St Julien	◊
St Nicolas	◊	Les Bruyères	◊
Les Ophéliades	◊	Rés. d'Automne	◊

Autres : .....

Heure RDV : ..... h ..... mn
Heure d'arrivée : ..... h ..... mn
Début de soin : ..... h ..... mn
Fin de soin : ..... h ..... mn
Départ ambulances : ..... h ..... mn

Valide : ◊
Fauteuil : ◊
Brancard : ◊
Accompagnant : ◊ Nécessaire ◊ Inutile

Communication : Facile ◊ Difficile ◊ Impossible ◊

Patient adressé pour : C ◊ Soins ◊ Prothèse ◊ Contrôle ◊

Informations pour réaliser les soins : Oui ◊ Incomplets ◊ Aucun ◊

Type de soins :

Consultation	◊
Soins d'hygiène	◊
Détartrage	◊
Soins conservateurs	◊
Avulsion	◊
Prothèse	◊
Aucun	◊

Autres soins : .....

Cotation de l'acte du jour : .....

Objectif rempli :	Complètement	◊	Partiellement	◊	Non	◊
Coopération :	Facile	◊	Difficile	◊	Impossible	◊
Ergonomie praticien :	Bonne	◊	Moyenne	◊	Difficile	◊
Exécution du soin :	Facile	◊	Difficile	◊	Impossible	◊

Pourquoi :
.....
.....

ANNEXE 3 : photographies du service odontologique de Brabois

Figure a : couloir

Figure b : salle d'attente

Figure c : salle d'attente remplie

Figure d : fauteuil et kart

Figure e : accès pour brancards

Figure f : matériel

ANNEXE 4 : questionnaire des gériatres

Questionnaire à l'intention des médecins gériatres des moyens et longs séjours à propos des vacations d'étudiants en chirurgie dentaire

1. Comment jugez-vous la santé bucco-dentaire de vos patients?
Donnez un score entre 0 (très mauvaise) et 10 (excellente) :

2. Comment jugez-vous la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des patients par le personnel-soignant ?
Donnez une note entre 0 (absence de prise en charge) et 10 (hygiène parfaite) :

3. Questionnez-vous votre personnel au sujet des soins d'hygiène bucco-dentaire administrés

jamais rarement parfois souvent systématiquement

4. Pensez-vous que les vacations d'étudiants en 5eme année d'odontologie sont utiles au sein de votre service pour:

dépister les pathologies dentaires et les lésions de la muqueuse buccale	OUI	NON
se procurer le matériel nécessaire à assurer l'hygiène	OUI	NON
former le personnel à l'hygiène bucco-dentaire	OUI	NON
s'assurer de la faisabilité des soins d'hygiène bucco-dentaire	OUI	NON
établir les protocoles des soins d'hygiène bucco-dentaire	OUI	NON
assurer les soins d'hygiène bucco-dentaire des résidents	OUI	NON
vérifier la propreté des prothèses et l'hygiène bucco-dentaire	OUI	NON
organiser les soins curatifs des patients	OUI	NON

5. Pouvez-vous noter l'efficacité et l'intérêt global du stage pour vos services tel qu'il se déroule actuellement entre 0 (aucun avantage) et 10 (indispensable pour nous):

6. Le temps de présence des étudiants vous paraît-il?:

insuffisant suffisant excessif

7. Pensez-vous que le déplacement pour les soins dentaires curatifs affecte et perturbe vos résidents?:

NON OUI dans combien des cas : (%)

8. Souhaiteriez-vous des améliorations dans les vacations d'étudiants? Lesquelles?:

8. Dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire de vos résidents, plusieurs solutions existent:

A. implantation d'un cabinet dentaire dans l'établissement avec poste d'un PH-odontologiste

B. création d'un poste de chirurgien-dentiste vacataire pour le dépistage et l'organisation de la prise en charge des soins curatifs par des praticiens extérieurs

C. stage d'étudiants pour le dépistage et les soins d'hygiène et utilisation du service odontologique de l'hôpital pour les soins curatifs

Pour votre établissement, selon vous,

Quelle est la solution idéale	A	B	C
Quelle est la solution la plus efficace	A	B	C
Quelle est la solution suffisante	A	B	C
Quelle est la solution la plus rentable	A	B	C

9. Pour vos résidents, quel degré d'importance attribuez-vous à la santé bucco-dentaire entre 0 (aucune importance) et 10 (le plus important):

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLOUC C.
Evaluation des besoins dentaires en gérontologie : enquête épidémiologique dans un centre de long séjour.
Th. : Dent : Nancy 1 : 2001 ; 10

2. AZEMA J.
Santé bucco-dentaire : quelles solutions en EHPAD ?
J. Méd. Coord. Equipes Soignantes, 2005, 13

3. BATES J-F., ADAMS D., STAFFORD G-D.
Odontologie gériatrique.
Paris : Masson, 1991, 175 p.

4. BAUM BJ .
Age-related vulnerability.
Otolaryngol Head Neck Surg. 1992; 106(6): 730-2

5. BECK H.
La maladie de Parkinson.
In : Gérontologie Tome1 / ed. Par Marie-France MAUGOURD.
Montpellier : Sauramps médical, 1992, p.294-298

6. BESSIS PR.
Problèmes relationnels liés aux soins bucco-dentaires.
Réal. Clin., 1991 ,2 , p.163-169

7. BLONDIAU-HEQUET F., VANHOOVE-VAILLANT C., ROUSSEL P.
Accident vasculaire cérébral constitué du sujet de plus de 80 ans
Th. : Med. : Lille 2; 2006

8. BOCHELEN A.
La prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante.
Th. : Dent : Nancy 1 : 2003 ; 36

9. BORDES F.

Prévention bucco-dentaire: le point de vue du dentiste

In: Gérontologie préventive / dir. Christophe Trivalle.

Paris: Masson, 2002, p.164-70

10. BOURGEOIS D., BERGER P., HESCOT P., LECLERCQ MH., DOURY J.

Oral health status in 65-74 years old adults in France.

Rev. Epidemiol., 1999 ; 47 : p.55-9

11. BOUVET- GERBETTAZ S.

Etude de la santé bucco-dentaire de patients hospitalisés en unité de soins gériatrique. [En ligne].

Disponible sur : http://aspbd.fr/Documents/Bouvet2005.pdf (Consultée le 3 décembre 2009)

12. BUDTZ-JORGENSEN E., CLAVEL R.

La prothèse totale: théorie, pratique et aspects fondamentaux.

Paris : Masson, 1995, 154 p.

13. CATTEAU C.

Personnes âgées « dépendantes » Etat bucco-dentaire et accessibilité aux soins : A propos d'une enquête menée auprès des chirurgiens-dentistes du Nord.

Th : Chir Dent : Lille : 2003 ; 51

14. CHARBIT Y., HITZIG C.

Sénescence et parodonte

Chir. Dent. Fr., 1991, 555, p.39-42

15. CHASSAGNE P., ROLLAND Y., VELLAS B.

La personne âgée fragile.

Paris : Springer, 2009, 196 p.

16. CHAVEZ EM., LaBarre EE.,
A predoctoral clinical geriatric dentistry rotation at the University of the Pacific School of Dentistry.
J Dent Educ., 2004, 68(4): 454-9

17. CHUNG JP., MOJON P., BUDTZ-JORGENSEN E.
Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses and physicians.
Spec. Care Dent., 2000; vol 20, n°1

18. Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-06/a0060121.htm (Consulté le 21/04/2010)

19. CNAMTS
Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
Echelon Local du Service Médical de l'Essonne, Septembre 2000

20. COHEN C., TABARLY P., HOURCADE S. et coll.
Quelles réponses aux besoins en santé buccodentaire des personnes âgées en institution ?
Presse Med., 2006, 35 : p.1639-48

21. COUFFIN R., LAGARDE A.
Inter-relations pathologie générale et pathologie odonto-stomatologique
Th. : Dent : Nantes : 2004

22. DEHAITEM MJ., RIDLEY K., KERSCHBAUM E., INGLEHART MR.
Dental hygiene education about patients with special needs: a survey of U.S programs.
J Dent Educ. 2008; 72(9): 1010-9

23. DORIN M., CANDES C., CHEVALIER J., COHEN C., COLLET C., HUBSCHER N. et al
Etat bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.
Inf Dent, 2002, 23 : p.1547-56

24. EL MAAZI S.
Evaluation de protocoles d'hygiène bucco-dentaire dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées de l'agglomération de Nancy.
Th. : Dent : Nancy 1 : 2005 ; 2002

25. ETTINGER RL., RAFAL S., POTTER DE.
Dental care programs for chronically ill homebound patients, for residents of nursing homes and for patients in geriatric hospitals.
Geriatric Dentistry,

26. FITZPATRICK J.
Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff.
J. Adv. Nurs., 2000, 32 : p.1325-1332

27. GOLDEN C., COHEN D.
Accident vasculaire cérébral.
In : L'encyclopédie du vieillissement / ed. par Georges L MADDOX.
Paris : Serdi and Springer, 1997, p.33-37

28. GOLDMANN B.
L'évolution des modes d'hébergement des personnes âgées. La place des résidences médicalisées HOTELIA Nancy.
Th. : Med : Nancy 1 : 1991 ; 180

29. GONTHIER R.
Le sujet âgé fragile.
In : Gérontologie / ed. par J BELMIN, P. CHASSAGNE et al.
Paris : Masson, 2003, p.41-44

30. GRAVE S.
Prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante institutionnalisée.
Th. : Dent : Reims : 2005

31. GRIMALDI A., HARTEMANN-HEURTIER A.
Guide pratique du diabète
Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2009

32. HARPER DC., WADSWORTH JS.
Improving Health Care Communication for Persons with Mental Retardation.
Public Health Rep., 1992; 107(3): 297-302

33. HARY S.
L'arthrose
Paris, Presses universitaires de France : 1998

34. HOGARD A.
Evaluation des besoins bucco-dentaires dans un établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) à Senones. Réflexion sur une organisation d'un meilleur accès aux soins.
Th. : Dent : Nancy 1 : 2006 ; 1802

35. HOLM-PETDERSEN P., VIGILD M., NITSCHE I., BERKEY DB.
Dental Care for Aging Populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom and Germany.
J Dent Educ. 2005; 69(9): 987-97

36. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=nattef02221 (Consulté le 4/04/2010)

37. ISAKSSON R. et al.
Oral treatment need and oral treatment intention in a population enrolled in long-term care in nursing home and home care.
Acta Odontol Scand., 2003, 61, 1: p.11-18

38. JOHNSON TE., SHUMAN SK., OFSTEHAGE JC.
Fitting the pieces together: treatment planning in the geriatric dental patient.
Dent Clin North Am. 1997; 41(4): 945-59

39. KAGAN Y., LEGRAIN S.
Diabète.
In: Guide pratique de Gériatrie/ed. Par Yves KAGAN.
Paris: Les Guides Pratiques, 1993, p.244-251

40. KIYAK HA., REICHMUTH M.
Barriers to and enablers of older adults'use of dental services.
J Dent Educ. 2005; 69(9): 975-86

41. LASKARIS G.
Atlas de Poche des maladies buccales - 2e ed.
Paris : Flammarion, 2006, 370 p.

42. LYON-CAEN O., CLANET M.
La sclérose en plaques.
Montrouge : J. Libbey Eurotext, 1997, 143 p.

43. MAC ENTEE MI., THORNE S., KAZANJIAN A.
Conflicting priorities : oral health in long-term care.
Spec. Care Dent., 1999, 19, 4, p.164-172

44. MARRAUD H.
Le devenir des personnes âgées en attente d'un placement en long séjour.
Th. : Med : Nancy 1 : 1995 ; 56

45. MARTISANO A.
Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire et de l'accès aux soins des personnes âgées hébergées en établissement dans le Lot.
Mémoire de Diplôme Universitaire d'Evaluation de la Qualité en Médecine, 2004

46. MAUPOME G. et coll.
Oral disorders in institution-dwelling elderly adults : a graphic representation.
Spec. Care Dent., 2002, 22, 5: p.194-200

47. MIQUEL J-L., DUBOIS J., FERRAN P.
Effets de la sénescence sur l'état buccal
Chir. Dent. Fr., 1984, 245, p.38-40

48. MOALIC E., QUINIO D. et al.
Flore fongique et état de santé bucco-dentaire des vieillards institutionnalisés des pays en voie de développement : exemple de la République de Sao Tome e Principe.
J. Mycol. Med., 2000, 10 : p.145-147

49. MORREALE JP., DIMITRY S., MORREALE M., FATTORE I.
Setting up a mobile dental practice within your present office structure.
J Can Dent Assoc. 2005; 71(2): 91

50. NEBOT D., CURNIER F., QUEGUINER I.
Spécificités des altérations dentaires chez la personne âgée: caries cervicales et hyperminéralisation pulpaire.
Rev. Odonto-stomatol., 1998, 27, 1, p.30-36

51. NIESSEN LC., FEDELE DJ.
Aging successfully: oral health for the prime of life.
Compend Contin Educ Dent. 2002; 23(10 suppl): 4-11

52. NITSCHKE I.
Geriatric oral health issues in Germany.
Int. Dent. J., 2001, 51 : p.235-246

53. NITSCHKE I., MULLER F., ILGNER A., REIBER T.
Undergraduate teaching in gerodontology in Austria, Switzerland and Germany.
Gerodontology. 2004; 21(3): 123-9

54. NOEL V.
La santé bucco-dentaire de la personne âgée, l'hygiène d'abord.
Mémoire, Institut de Formation en Soins Infirmiers Nancy-Brabois , 2000

55. PEIGNIER H.
Personnes âgées dépendantes : Entretien des prothèses dentaires, formation du personnel soignant
Inf. Dent., 2008, vol 90, n°6, p. 249 - 253

56. PEIGNIER H.
Elaboration d'un support pédagogique pour la formation à l'hygiène bucco-dentaire du personnel soignant en charge des personnes âgées fragilisées.
Th. : Dent : Nancy 1 : 2006 ; 2103

57. Personnes âgées dépendantes : des bouches à l'abandon.
Lettre Ordre Nat 2003 ; (15) : 18

58. POUYSSEGUR V., MAHLER P.
Odontologie gériatrique
Rueil-Malmaison : CdP, 2001, 162p.

59. PREFAUT C., NINOT G.
La réhabilitation du malade respiratoire chronique
Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson : 2009

60. REDFORD M., GIFT HC.
Dentist-patient interactions in treatment decision-making: a qualitative study.
J Dent Educ. 1997; 61(1): 16-21

61. SIMONS D., BRAILSFORD S., KIDD EAM., BEIGHTON D.
Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes.
Community Dent Oral Epidemiol, 2001; 29: 464-70

62. Société française de radiothérapie oncologique
Cancer radiothérapie
Paris, Elsevier, 1997

63. TRIVALLE C.
Gérontologie préventive. Eléments de prevention du vieillissement pathologique.
Paris : Masson, 2002, p. 14

64. VIGILD M.
A model for oral health care for elderly persons in nursing homes with an estimate of the resources needed.
Acta Odontol Scand., 1989; 47(4) : 199-204

65. VIGILD M., BRINCK JJ., HEDE B.
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(2): 88-92

66. WANNENMACHER P.
Interactions entre les pathologies générales et la santé bucco-dentaire des patients d'un centre de gériatrie.
Th. : Dent : Nancy 1 : 1997 ; 45

67. ZITTEL-PALAMARA K. et coll.
Improving Patient Retention and Access to Oral Health Care : The CARES Program.
J Dent Educ., 2005, vol 69, n°8

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION..... p. 1

PREMIÈRE PARTIE :
RÉFLEXION SUR LES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ET LA PRISE EN CHARGE DE LEUR SANTÉ BUCCO-DENTAIRE..... p. 4

1. La personne âgée : de la fragilité à la perte d'autonomie..... p. 5

1.1. La bonne santé apparente..... p. 5
1.2. La personne âgée fragile..... p. 5
1.3. La perte d'autonomie..... p. 6

2. Classification des différentes solutions d'hébergement selon le niveau de dépendance..... p. 7

2.1. Le maintien à domicile..... p. 7
2.2. L'hôpital de jour gériatrique..... p. 8
2.3. Le logement-foyer..... p. 8
2.4. La maison de retraite..... p. 8
2.5. Les Unités de soins de longue durée..... p. 9
2.6. Les EHPAD..... p.10

3. Les besoins en soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes..... p. 11
3.1. Vieillissement physiologique et pathologique de la cavité buccale. p. 11

3.1.1. Pathologies bucco-dentaires liées au vieillissement..... p. 12

3.1.1.1. Vieillissement de l'appareil manducateur et conséquences. p. 12
3.1.1.2. Pathologies liées aux glandes salivaires..... p. 12
3.1.1.3. Pathologies de la muqueuse buccale.....p. 13
3.1.1.4. Pathologies du parodonte.....p. 18
3.1.1.5. Pathologies dentaires.....p. 18

3.1.2. Pathologies gériatriques les plus fréquentes et leurs conséquences bucco-dentaires..... p. 22

3.1.2.1. Les troubles ostéo-articulaires..... p. 22
3.1.2.2. Le diabète..... p. 22
3.1.2.3. Cancer et radiothérapie..... p. 23
3.1.2.4. Pneumopathies..... p. 24
3.1.2.5. Accident vasculaire cérébral..... p. 25
3.1.2.6. Principales affections dégénératives du système nerveux central liées au vieillissement et à la personne de grand âge..... p.26

3.2. Constat global mondial des besoins en soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes..... p. 28

3.2.1. Constat à l'échelle mondiale..... p. 28

3.2.1.1. Dans les pays en voie de développement..... p. 28
3.2.1.2. En Scandinavie..... p. 29
3.2.1.3. En Europe..... p. 31
3.2.1.4. Au Canada..... p. 32

3.2.2. Constat national à travers différentes régions..... p. 33

3.2.2.1. Enquête dans les EHPAD du Limousin et du Poitou-Charentes..... p. 33
3.2.2.2. Enquête dans les EHPAD du Lot..... p. 36

3.2.3. Enquête dans les EHPAD de la région Lorraine..... p. 38

3.2.3.1. Enquête au CHR de Metz-Thionville en unité de soins gériatrique..... p. 38
3.2.3.2. Enquête dans l'EHPAD de Senones dans les Vosges..... p. 39
3.2.3.3. Enquête dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dans l'agglomération de Nancy..... p. 40
3.2.3.4. Etude comparative des résultats des enquêtes effectuées dans notre région..... p. 41

3.2.4. Conclusion..... p. 44

3.3. Besoins en soins préventifs..... p. 44

3.3.1. Les soins préventifs..... p. 45

3.3.1.1. L'hygiène bucco-dento-prothétique au quotidien..... p. 45

3.3.1.1.1. Le brossage des dents..... p. 45
3.3.1.1.2. L'hygiène des muqueuses..... p. 46
3.3.1.1.3. L'entretien des prothèses dentaires..... p. 46

3.3.1.2. Le détartrage..... p. 47
3.3.1.3. La fluoration..... p. 48

3.3.2. Pourquoi l'hygiène en institution est-elle insuffisante ?..... p. 48

3.4. Besoins en soins curatifs ..... p. 52

3.4.1. Règles des soins curatifs chez la personne âgée dépendante ..... p. 52

3.4.2. Quels sont les obstacles aux soins bucco-dentaires ? ..... p. 55

3.4.2.1. La faible demande en soins ..... p. 55

3.4.2.2. Difficultés de l'offre de soins ..... p. 56

4. Réflexion sur les différents systèmes de prise en charge des soins curatifs ..... p. 57

4.1. Les différents types d'organisations possibles ..... p. 57

4.1.1. Envoi direct des patients dans une structure de soins ..... p. 57

4.1.2. Vacation d'un chirurgien-dentiste dans l'EHPAD ..... p. 57

4.1.3. Les soins dentaires en institution ..... p. 59

4.1.4. Implantation d'un cabinet dentaire dans l'EHPAD ..... p. 59

4.1.5. Le modèle de prise en charge à Nancy ..... p. 60

4.2. Organisation des soins ..... p. 62

5. Conclusion de cette réflexion : que faire ? ..... p. 63

DEUXIÈME PARTIE :
MATÉRIEL ET MÉTHODES ..... **p. 66**

1. Évaluation de la prise en charge thérapeutique des personnes âgées dépendantes des EHPAD et USLD de la région de Nancy ... p. 67

1.1. Cadre de l'enquête ..... p. 67

1.1.1. Naissance du projet ..... p. 67
1.1.2. Présentation de la population étudiée ..... p. 67
1.1.3. Présentation du service odontologique de Brabois ..... p. 68

1.1.3.1. L'équipe ..... p. 68
1.1.3.2. Les locaux ..... p. 69
1.1.3.3. L'organisation des soins ..... p. 70

1.2. Protocole ..... p. 71

1.2.1. Méthode ..... p. 71
1.2.2. Matériel ..... p. 71

1.2.2.1. Présentation de la fiche et codification des données ..... p. 71

1.3. Traitement statistique ..... p. 78

2. Enquête auprès des médecins gériatres sur l'utilité des vacations étudiantes ..... p. 79

2.1. Déroulement et but de l'enquête ..... p. 79
2.2. Protocole ..... p. 79

2.2.1. Description du questionnaire et codification ..... p. 79

2.2.1.1. Le personnel soignant et sa prise en charge bucco-dentaire des résidents ..... p. 80

2.2.1.2. Intérêt des vacations d'étudiants en odontologie pour le service de gériatrie..... p. 81
2.2.1.3. Importance selon le gériatre de la santé bucco-dentaire des résidents et solutions de prise en charge..... p. 82

2.3. Traitement statistique..... p. 84

TROISIÈME PARTIE :
***RÉSULTATS ET DISCUSSION*..... p. 86**

1. Exploitation de la fiche patient..... p. 87

1.1. Méthodes d'analyse statistique..... p. 87
1.2. Résultats et discussion..... p. 87

1.2.1. Age et sexe des patients..... p. 87
1.2.2. Provenance des patients..... p. 89
1.2.3. Relations entre la mobilité du patient et la difficulté du soin..... p. 89

1.2.3.1. Mobilité des patients..... p. 89
1.2.3.2. Difficulté de communication et de coopération..... p. 90
1.2.3.3. Ergonomie du soin..... p. 92
I.2.3.4. Type de soin prévu..... p. 93
1.2.3.5. Soins réalisés..... p. 94
1.2.3.6. Objectif rempli..... p. 95

1.2.4. Etude du temps passé dans le service..... p. 96

1.2.4.1. Temps total passé dans le service..... p. 96

1.2.4.2. Avance et retard du patient à son rendez-vous..... p. 98
1.2.4.3. Retard du praticien..... p. 99
1.2.4.4. Durée d'un soin dentaire..... p. 101
1.2.4.5. Attente des ambulances..... p. 102

1.2.5. Relations entre l'objectif prévu et les informations données..... p. 103
1.2.6. Efficacité des praticiens..... p. 104
1.2.7. Efficacité des ambulances..... p. 104
1.2.8. Efficacité de prise en charge..... p. 105

2. Exploitation du questionnaire des gériatres..... p. 106

2.1. Le personnel soignant et sa prise en charge bucco-dentaire des résidents..... p. 106
2.2. Intérêt des vacations d'étudiants en odontologie pour le service de gériatrie..... p. 107
2.3. Importance selon le gériatre de la santé bucco-dentaire des résidents et solutions de prise en charge..... p. 111

3. Discussion générale..... p. 116

3.1. Les étudiants en Odontologie..... p. 117

3.1.1. Formation initiale..... p. 117
3.1.2. Rôles..... p. 117
3.1.3. Comparaison des différents systèmes d'organisation..... p. 119

3.2. Le transport..... p. 120
3.3. La prise en charge des soins bucco-dentaires..... p. 121

CONCLUSION..... p. 122

ANNEXES..... p. 124

ANNEXE 1 : grille A.G.G.I.R..... p. 125
ANNEXE 2 : fiche-enquête du service odontologique de Brabois..... p. 127
ANNEXE 3 : photographies du service odontologique de Brabois..... p. 128
ANNEXE 4 : questionnaire des gériatres..... p. 129

BIBLIOGRAPHIE..... p. 131

TABLE DES MATIÈRES..... p. 141

MIDON (Héloïse). - Evaluation critique d'un système de prise en charge de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes des EHPAD de la région de Nancy.
Nancy 2010, p 149

Th. : Chir-Dent. : Nancy - 1 : 2010

MOTS CLÉS : Odontologie gériatrique
Personnes âgées dépendantes
Soins bucco-dentaires
Stratégie thérapeutique
Economie de la santé

MIDON (Héloïse). - Evaluation critique d'un système de prise en charge de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes des EHPAD de la région de Nancy.

Th. : Chir-Dent. : Nancy - 1 : 2010

Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes présentent, encore de nos jours, de grands besoins en soins bucco-dentaires qui requièrent une organisation spécifique dans leur prise en charge. A Nancy, celle-ci est assurée dans l'institution par des étudiants de 5ème année de chirurgie dentaire qui adressent ensuite les patients dans le service d'Odontologie du CHU de Brabois.

Une enquête a été réalisée pour tester l'efficacité de ce système de prise en charge. L'évaluation s'est faite à deux niveaux : 1°) au niveau des établissements par l'intermédiaire d'un questionnaire adressé aux médecins-gériatres, 2°) au niveau du centre de soins dentaires lors de la prise en charge des soins curatifs, le but étant d'analyser, améliorer et trouver la meilleure stratégie de prise en charge possible pour les soins bucco-dentaires de ces personnes âgées dépendantes.

Les résultats de ce travail ont mis en évidence les failles et les limites de notre système. Certains dysfonctionnements peuvent être améliorés même si d'autres comme les problèmes des transports en ambulances sont indépendants de notre volonté. Cependant, ce système reste simple et le plus accessible financièrement pour les différents établissements de la région.

JURY :

Président	M. J-P. LOUIS	Professeur des Universités
Juge	Melle C. STRAZIELLE	Professeur des Universités
Juge	Mme V. STUTZMANN-MOBY	Maître de Conférences
Juge	Mme M-A MANCIAUX	Docteur en Médecine Gériatrique

Adresse de l'auteur : Héloïse MIDON
5, Place des Vosges
54000 Nancy

n° 3248

Nancy-Université

Faculté d'Odontologie

Jury : Président : J.P LOUIS – Professeur des Universités
Juges : C. STRAZIELLE – Professeur des Universités
V.STUTZMANN-MOBY – Maître de Conférence des Universités
M-A MANCIAUX – Docteur en médecine gériatrique

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle MIDON Héloïse, Céline, Marie**

né(e) à: **NANCY (Meurthe-et-Moselle)** le **14 janvier 1986**

et ayant pour titre : **« Evaluation critique d'un système de prise en charge de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes des EHPAD de la région de Nancy ».**

Le Président du jury,

JP. LOUIS

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE 96, av. de Lorraine 54000 NANCY
Le Doyen
Dr P. BRAVETTI
BP 50008 54000 NANCY CEDEX
UNIVERSITE HENRI POINCARE NANCY I

P. BRAVETTI

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 3248

NANCY, le 12.04.2010

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

J-P. FINANCE