UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2016 N° 051

Analyse de l'état de santé bucco-dentaire des résidents d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et propositions d'actions

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR

EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Sarah LEMAN née le 30/11/1992

Louise Bruhay née le 30/03/1991

Le 04/10/2016 devant le jury ci-dessous :

Président : M. le professeur Yves AMOURIQ

Assesseur : Mme. Le Docteur Pauline BLERY

Membres invités : M. le Docteur Joël ARTARIT

M. le Professeur Luc HAMEL

Directeurs de thèse : M. le Docteur Laurent LE GUEHENNEC

M. le Docteur Pierre LE BARS

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr BADRAN Zahi Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	**Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.**
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur AUBEUX Davy Madame BERNARD Cécile Madame BOEDEC Anne Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Monsieur DAUZAT Antoine Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Monsieur DRUGEAU Kévin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Madame MAÇON Claire Madame MERAMETDJIAN Laure Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel
Maître de Conférences	
Madame VINATIER Claire	
Enseignants Associés	**A.T.E.R.**
Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant Associé) Madame LOLAH Aoula (MC Associé) Madame RAKIC Mia (PU Associé)	Madame BON Nina

Mise à jour le 1er/09/2016

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de 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'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Yves AMOURIQ

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nantes
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire
Docteur de l'Université de Nantes
Habilité à Diriger des Recherches
Département de Prothèse.

- NANTES -

Pour avoir accepté de présider cette thèse.
Pour la qualité de vos enseignements cliniques et théoriques.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos plus respectueux remerciements.

A Monsieur le Docteur Pierre LE BARS

Maître de conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Prothèse.

- NANTES -

Pour nous avoir fait confiance afin de mener à bien cette thèse.

Pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre investissement tout au long de notre cursus.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Laurent LE GUEHENNEC

Maître de conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Prothèse.

- NANTES -

Pour nous avoir fait confiance afin de mener à bien cette thèse.

Pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre dévouement tout au long de la réalisation de ce travail.

Pour vos lectures attentives et vos réflexions avisées.

Pour la qualité de vos enseignements théoriques et cliniques tout au long de notre cursus.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Pauline BLERY

Maître de conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Prothèse.

- NANTES -

Pour accepter de bien vouloir siéger dans ce jury.

Pour votre gentillesse et la qualité de votre enseignement clinique tout au long de notre 6ème année.

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Luc HAMEL

Pour avoir accepté de bien vouloir siéger dans ce jury.

Pour avoir initié et mis en place le projet au sein de l'EHPAD « La Chézalière »

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Joël ARTARIT

Médecin coordonnateur de l'EHPAD « La Chézalière »

Pour avoir accepté de bien vouloir siéger dans ce jury.
Pour votre écoute.
Pour avoir permis de mettre en place le projet au sein de l'EHPAD « La Chézalière » et pour l'intérêt que vous y avez porté.
Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

A Madame Catherine HERMANT

Directrice de l'EHPAD « La Chézalière »

Pour nous avoir accueillies au sein de votre établissement et avoir mis à notre disposition l'espace de consultations dentaires de l'EHPAD.
Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

A Madame Cécile REMINIAC

Infirmière coordinatrice de l'EHPAD « La Chézalière »

Pour nous avoir accompagnées et guidées tout au long de la réalisation des bilans bucco-dentaires.
Pour avoir organisé au mieux notre venue au sein de l'établissement.
Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

A Mesdames et Messieurs les Résidents de l'EHPAD « La Chézalière »

Pour avoir accepté de participer à ce projet et pour votre disponibilité.
Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 14

2. OBJECTIFS 23

3. MATERIELS ET METHODES 24

3.1 Lieu du projet 24

3.2 Mise en place du projet 25

3.3 Déroulement du projet 25

3.4 Moyens 28

3.5 Logiciel de soins 40

3.6 Population observée 41

4. RESULTATS 42

4.1 Description du questionnaire « résident » 42

4.1.1 Données générales 42
4.1.1.1 Le sexe 42
4.1.1.2 L'âge 42
4.1.1.3 L'IMC 43
4.1.2 Antécédents médicaux et chirurgicaux 43
4.1.3 Degré d'autonomie 45
4.1.4 Hygiène bucco-dentaire 46
4.1.5 Test de qualité de vie « GOHAI » 49

4.2 Description du questionnaire « examinateur » 50

4.2.1 Examen clinique exo-buccal 50
4.2.2 Examen clinique endo-buccal 51

5. DISCUSSION 64

5.1 A propos de la mise en place du projet 64

5.1.1 Limites liées à l'échantillon 64
5.1.2 Limites liées au sujet 64

5.1.2.1 Paramètres liés à l'opérateur 64
5.1.2.2 Paramètres liés au résident 64
5.1.3 Limites liées au questionnaire 64
5.1.4 Limites liées à l'observateur 65

5.2 A propos des résultats 65

5.2.1 Age et sexe 65
5.2.2 Indice de masse corporelle 66
5.2.3 Les pathologies systémiques 68
5.2.4 Catégories GIR 70
5.2.5 Test GOHAI 71
5.2.6 Hygiène bucco-dentaire des résidents 72
5.2.7 Pathologies des muqueuses, blessures et sécheresse buccale 73
5.2.8 Prothèses dentaires 73

5.3 Les besoins en soins bucco-dentaires des personnes âgées en EHPAD 75

5.3.1 Bilans bucco-dentaires 76
5.3.2 Besoins en soins préventifs 76
5.3.2.1 Hygiène bucco-dentaire 76
5.3.2.1.1 Résident non dépendant 77
5.3.2.1.2 Résident dépendant et coopérant 77
5.3.2.1.3 Résident dépendant non coopérant voire opposant 78
5.3.2.2 Hygiène des prothèses amovibles 79
5.3.2.3 Détartrage 79
5.3.3 Besoins en soins curatifs 80

5.4 Les différentes possibilités de prise en charge pour la réalisation des soins 81

5.4.1 Consultation dans une structure de soins 81
5.4.2 Intervention d'un chirurgien-dentiste au sein de l'EHPAD avec un rôle de consultant 81
5.4.3 Intervention d'un chirurgien-dentiste au sein de l'EHPAD avec réalisation de soins dans la chambre du résident 82
5.4.4 Intervention d'un chirurgien-dentiste au sein de l'EHPAD avec réalisation d'actes dans un local aménagé spécifiquement 83

5.5 Perspectives d'avenir pour le maintien d'une bonne santé orale des résidents 83

5.5.1 L'expérience UFSBD 83
5.5.1.1 La formation du personnel soignant en EHPAD 84
5.5.1.2 La sensibilisation des résidents et de leur famille aux soins bucco-dentaires 84
5.5.1.3 La publication d'un guide à l'usage des établissements pour personnes âgées 85
5.5.1.4 L'instauration de bilans bucco-dentaires 85
5.5.2 Le bucco-bus 85

5.5.3 Programme de santé de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire : « NBH : Nutrition/Bucco-dentaire/Hygiène » 87

5.5.4 Le projet e-dent du CHRU de Montpellier 88

6. CONCLUSION 89

1. INTRODUCTION

Dans les pays industrialisés, et notamment en France, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter (34). Les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) indiquent qu'en 2060 l'espérance de vie des femmes sera de 91 ans et celle des hommes de 86 ans (8). Cela amènerait à doubler le nombre de personnes âgées de 70 ans et plus, et à quadrupler le nombre de personnes âgées de 90 ans et plus.

Notre région ne déroge pas à cette prospective puisque, si les tendances récentes se confirment, 350 000 personnes âgées de 75 ans ou plus résideront dans les Pays de la Loire en 2020, soit 10 % de la population ligérienne (22). Les personnes de 85 ans et plus seront près de 130 000 contre 50 000 en 1990, et en 2030, l'INSEE estime qu'environ 70 000 personnes auront 90 ans et plus (INSEE-Pays de la Loire).

Ce vieillissement engendrera inéluctablement un accroissement de la dépendance (incapacité partielle ou totale pour effectuer les activités de la vie quotidienne) qui, selon les prévisions, toucherait en 2060, 2,3 millions de personnes.

Dans les Pays de la Loire, on comptait en 2010, 73 000 personnes âgées dépendantes. En 2016, la dépendance atteindrait 85 000 personnes et 106 000 en 2030, correspondant à une augmentation de 45% en 20 ans seulement (36).

Pour faire face à l'état actuel de la situation des projections, les politiques de la vieillesse encouragent le maintien des personnes à domicile, via notamment, des structures et services d'accompagnement à domicile (34).

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les personnes âgées intègrent un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Ceci explique le niveau de dépendance avancé des personnes résidant en EHPAD. En 2010, 70% des résidents ont un GIR (Groupe Iso Ressource) inférieur à 3 (13). Les EHPAD sont un des acteurs de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, à savoir l'incapacité de réaliser des actes nécessaires à la vie quotidienne, obligeant ainsi le recours à une tierce personne. En France, 7 752 structures accueillent 592 900 personnes soit 6% de la population âgée de plus de 85 ans (38). Ils doivent, en conséquence, faire face à des besoins plus spécifiques non seulement en terme de médicalisation et de prise en charge générale, mais également en ce qui concerne les soins dentaires.

Il est effectivement admis aujourd'hui que la santé bucco-dentaire et la santé générale sont intimement liées. Pourtant, en institution, le recours au chirurgien-dentiste est moins fréquent qu'à domicile. Ainsi, la vie en institution réduirait le recours au chirurgien-dentiste de près de 25% (52). Or, au cours du vieillissement, les tissus et les organes de la cavité buccale subissent des modifications importantes ayant pour conséquences de diminuer l'efficacité de leurs fonctions et leur potentiel d'adaptation et de cicatrisation.

En ce qui concerne le potentiel d'adaptation et de cicatrisation, les personnes de plus de 65 ans présentent une incidence élevée des pathologies dentaires (10). Différents types de pathologies co-existent (23) :

- Les pathologies carieuses, essentiellement les caries radiculaires, favorisées par l'accumulation de rétention alimentaire due à la difficulté de brossage ;
- Les pathologies gingivales ou parodontales pouvant être à l'origine de douleurs et de mobilités dentaires importantes ;
- Les pathologies muqueuses de type ulcération, lésion traumatique, candidose, conséquences fréquentes d'une hygiène bucco-dentaire insuffisante ou encore de prothèses amovibles mal adaptées ;
- Les pathologies salivaires engendrent une sécheresse buccale qui favorise l'accumulation de plaque bactérienne, des difficultés pour la rétention des prothèses amovibles, des perturbations du goût.

L'ensemble des constituants de l'organe dentaire (émail, dentine, cément et pulpe) subit des modifications liées au vieillissement.

Tout d'abord, l'émail devient moins résistant aux contraintes (54). Il s'agit d'une plus grande susceptibilité aux pertes de substance, conséquence des phénomènes d'érosion, d'abrasion ou d'attrition. Les cuspides sont moins marquées et les différents reliefs très diminués. Des stries, des fissures et des fêlures apparaissent sur l'émail. Cette fragilité favorise l'exposition de dentine sclérotique. En outre, du fait de l'apposition de dentine secondaire et réactionnelle, le volume pulpaire est diminué. Cela se manifeste par :

- Un rétrécissement caméral et le comblement de la lumière canalaire: entre 20 et 60 ans, 50% de la hauteur de la chambre pulpaire disparaît (7) ;
- Une régression et une dégénérescence des prolongements odontoblastiques: les tubulis sont vides, obstrués par de la dentine réactionnelle ;
- Une réduction du nombre de constituants cellulaires: entre 20 et 70 ans, on constate une perte de la moitié des odontoblastes ainsi qu'une réduction des constituants vasculaires et nerveux ;

- Une fibrose pulpaire: le tissu collagénique est plus dense et en quantité plus importante ;
- Une dégénérescence calcique avec apparition de cristaux de type pulpolithes dans la chambre pulpaire et de calcifications diffuses dans la portion radiculaire.

Tous ces phénomènes altèrent de façon importante le potentiel de défense et de cicatrisation de l'organe dentaire.

De la même façon, au cours des années, la rétraction physiologique de la gencive favorise l'exposition de la surface radiculaire et ainsi du cément. En effet, le phénomène de sénescence le concerne également : il devient sclérotique, avec des irrégularités de surface, conséquences d'un brossage traumatique (22) (44). Cette jonction entre la couronne et la surface radiculaire offre ainsi une moindre résistance au développement des lésions carieuses. Les caries atteignent dans un premier temps la dentine puis le cément pour s'étendre en nappe et progresser sous la gencive. Cette localisation entraîne des difficultés thérapeutiques pour les soins conservateurs et peut être à l'origine d'avulsion quand ceux-ci sont impossibles.

A ces modifications tissulaires et anatomiques s'ajoutent plusieurs facteurs qui justifient la cario-susceptibilité élevée des dents des personnes âgées:

- Le régime alimentaire peut se trouver modifié et les textures de type haché ou mixé privilégiées. Les aliments adhèrent alors d'avantage aux dents ainsi qu'aux prothèses ;
- La diminution de la dextérité manuelle des personnes âgées et leur perte d'autonomie représentent un obstacle pour maintenir une hygiène bucco-dentaire optimale ;
- La diminution du flux salivaire et du pouvoir tampon de la salive pouvant être engendrée par la prise de médicament altère le rôle protecteur de la salive.

Les complications des lésions carieuses sur le tissu pulpaire ne se font pas sur un mode aigu chez le sujet âgé mais plutôt sur un mode chronique, d'où la rareté des pulpites. Le praticien constate le plus souvent des inflammations chroniques qui évoluent à bas bruit. Le suivi bucco-dentaire des sujets âgés étant généralement très déficient, le diagnostic de ces foyers infectieux se fait souvent tardivement et de façon fortuite.

Le parodonte, élément d'ancrage de la dent, subit lui aussi des modifications d'ordre histologique lors du vieillissement. En effet, l'épithélium gingival présente un amincissement d'environ 30% par rapport à un épithélium chez un adulte jeune (7). Le vieillissement du tissu conjonctif est caractérisé pour sa part par une fibrose du collagène associée à une diminution importante du nombre de fibroblastes.

L'os alvéolaire présente également des modifications physiologiques au cours du

vieillissement. La diminution du volume osseux alvéolaire chez les personnes âgées peut être expliquée par les maladies parodontales, l'extraction des dents ou une conséquence de la perte de stimuli sur ce dernier. La quantité de résorption de l'os alvéolaire dépend de trois facteurs :

- L'ancienneté de l'édentement: effectivement, la grande majorité de la perte osseuse se produit durant les sept premières années suivant l'extraction des dents ;
- Le sexe: la perte d'os alvéolaire est souvent plus marquée chez les femmes ;
- La localisation de l'édentement: la perte d'os alvéolaire est souvent plus importante au niveau de la mandibule.

Les changements morphologiques et physiologiques des tissus parodontaux au cours du vieillissement jouent un rôle majeur sur les capacités de défense et de cicatrisation de ces tissus vis-à-vis d'une agression microbienne. Au fil des années, la muqueuse buccale devient plus fragile, on constate une déshydratation progressive accompagnée d'un amincissement de l'épithélium de revêtement (28). Elle revêt un aspect fin et lisse associé à une perte d'élasticité.

Les répercussions fonctionnelles sont nombreuses, en terme de vulnérabilité de la muqueuse, de sensibilité aux agressions externes (infectieuses, chimiques thermiques ou mécaniques) et de retard de cicatrisation.

Les prothèses amovibles peuvent être difficiles à supporter surtout si elles présentent des zones de pression trop importantes sur la muqueuse.

Avec le vieillissement, la force masticatoire diminue aussi, d'où la difficulté à consommer des aliments de consistance ferme. Outre la fragilité des muqueuses, l'atrophie physiologique des papilles gustatives impliquées entre autres dans la perception du goût et des saveurs, se manifeste par un aspect lisse de la langue et engendre des modifications de la perception du goût.

Le vieillissement concerne également les glandes salivaires, même si cela entraîne rarement une absence de salive. Les changements fonctionnels des glandes salivaires modifient la composition de la salive sans diminution significative de la quantité de sécrétion salivaire.

En revanche, plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de la sensation de sécheresse buccale (4). En effet, il est surtout rapporté que la diminution du potentiel sécrétoire du parenchyme glandulaire est associée à d'autres facteurs de risque tels que la polymédication

ou la déshydration, favorisant l'apparition d'un syndrome sec buccal chez les personnes âgées. La xérostomie est retrouvée dans les listes des effets secondaires de nombreux médicaments : antidépresseurs, antihistaminiques, diurétiques, psychotropes (liste non exhaustive). Certaines maladies systémiques tels que le diabète, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson sont également à l'origine de cette sécheresse buccale (12).

Cette sensation de sécheresse peut être aggravée par la respiration buccale prédominant chez les insuffisants respiratoires et les personnes en fin de vie, ainsi que par la réduction de l'humidification des muqueuses buccales. Cette sensation de bouche sèche s'accompagne parfois de sensation de brûlures et de troubles de la mastication, de déglutition et de phonation. En effet, la salive lubrifie la bouche, augmente la perception du goût, facilite la manipulation des aliments par la langue. La salive neutralise également les acides responsables de la carie par son effet tampon et maintient l'équilibre de la flore bactérienne.

La santé bucco-dentaire est une composante essentielle dans la santé générale définie par un état de bien-être physique, moral et social. Cet état de bien-être s'applique pleinement à la santé orale et contribue à l'amélioration de la qualité de vie. Or, les facteurs de risques d'une mauvaise hygiène orale entrainant un mauvais état buccodentaire sont très nombreux. Parmi les conséquences décrites, on recense un impact sur l'alimentation, la phonation, la déglutition et l'esthétique.

En effet, il a été mis en évidence une possible diminution du potentiel masticatoire au cours des années. Celui-ci étant sous l'influence de nombreux facteurs tels que le nombre de dents, leur délabrement et mobilité, le port et l'adaptation des prothèses, les pathologies des muqueuses ainsi que le flux salivaire. Cet ensemble de cofacteurs altère la fonction masticatoire et engendre alors des modifications sur le régime alimentaire tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif (texture mixé, hachée).
Il est admis de considérer qu'un minimum de 20 dents (7) semble nécessaire pour le maintien d'un potentiel masticatoire. Or, le nombre moyen de dents perdues augmente avec l'âge et ce nombre est rarement atteint. Cette diminution du nombre de dents affecte le choix des aliments en favorisant les régimes pauvres en fruits, en fibres et en protéines.

De même, les indicateurs de la dénutrition, tels que l'indice de masse corporelle ou la perte de poids, sont corrélés avec les troubles masticatoires (15). Il a été démontré le rôle

significatif de l'édentement et du port de prothèse mal adaptées dans la perte de poids supérieure à 4% (6).

Au-delà de l'aspect nutritionnel, les retentissements d'un mauvais état bucco-dentaire sont multiples et ont des répercussions au quotidien. En effet, un édentement non compensé a des conséquences sur la phonation et notamment la diction, sur l'aspect esthétique et sur la déglutition (18). Les répercussions ainsi engendrées sont un obstacle majeur à la communication et à la vie sociale. Pour les personnes âgées ceci est souvent une source d'isolement.

Cet impact peut se manifester de façon différente du fait des troubles cognitifs chez certains sujets âgés. Ainsi, une gêne ou une douleur ne sera pas forcément verbalisée mais pourra être exprimée par un changement de comportement. Les personnes pourront devenir agressives, agitées ou au contraire se renfermer, s'opposer à toute communication ou même à tout soin d'hygiène bucco-dentaire.

Pourtant, la diminution du nombre de dents avec l'âge ne s'accompagne pas toujours d'une réhabilitation prothétique. Une étude (47) a ainsi montré en 2004 que seules 55% des personnes âgées de plus de 65 ans sont appareillés par des prothèses amovibles (8). Une autre étude réalisée aux États-Unis démontre que même si l'édentement total continue à diminuer de 10% par décade depuis l'an 2000, en raison du vieillissement de la population le besoin en prothèses amovibles complètes va augmenter passant de 33,6 millions en 1991 à 37,9 millions en 2020 (33).

Après seulement cinq années, environ 50% des prothèses existantes devraient être remplacées. En dépit de ces constatations, les patients continuent à porter des prothèses amovibles qui deviennent inadaptées, altérées, entraînant à long terme un inconfort et un risque de iatrogénie pour le patient. Néanmoins, le praticien fera face à des difficultés de traitement lors du renouvellement de ces prothèses.

Le problème de la dégradation des matériaux doit aussi est pris en compte. Les résines présentent entre autres des altérations marquées par le développement de porosités, responsables d'une colonisation bactérienne importante de la prothèse, d'une hygiène plus difficile et d'infiltrations à la jonction avec les dents prothétiques. Les dents prothétiques présentent, elles aussi, des usures importantes des faces occlusales, avec notamment une disparition de la morphologie cuspidienne et de la stabilité de l'occlusion (48).

De plus, chez le sujet âgé, une hygiène prothétique insuffisante est très souvent constatée. Il s'agit pourtant d'un facteur prédisposant à des lésions muqueuses non négligeables telles que la stomatite prothétique. La stomatite prothétique est la lésion la plus fréquente chez l'édenté et sa prévalence varie globalement de 6,5% à 77,5% (22) (39). Au Québec, deux études montrent des prévalences élevées, soit 63,6% et 77,5%. Les variations entre les études pourraient être expliquées par des facteurs liés à la population étudiée (âge, sexe, hygiène, facteurs sociaux et économiques, maladies systémiques et déficiences nutritionnelles) (22).

Ces patients sont alors handicapés tant sur le plan social que sur le plan fonctionnel. C'est pour cette raison, que, face à un patient édenté âgé, le praticien doit se poser plusieurs questions essentielles:

- quelle décision sera la plus bénéfique pour le patient?
- le traitement est-il indispensable pour le patient?
- faut-il refaire systématiquement de nouvelles prothèses?
- les dents restantes doivent-elles toutes être conservées?
- si oui, quelles sont les solutions envisageables?

Chaque cas est différent et unique, il n'y a donc pas de réponse universelle.

La solution thérapeutique dépend en effet de l'analyse fonctionnelle et esthétique de la prothèse existante. D'autres paramètres doivent également être pris en compte, parmi lesquels le coût financier, la motivation du patient, son autonomie ou encore sa capacité psychomotrice à surmonter un changement.

En ce sens, les soins bucco-dentaires sont un véritable enjeu dans l'accompagnement de la personne âgée pour favoriser et maintenir une communication satisfaisante avec son entourage et pour traiter tout inconfort ou douleur. Ils vont leur permettre de maintenir un lien avec la vie par la communication, l'alimentation et l'esthétique.

Cependant, dans les conditions de prise en charge définies par la réforme relative aux modalités de tarification et de financement des EHPAD, les soins buccodentaires ne sont pas mentionnés (décret 2001-338) (31). Ce point constitue un frein à la prise en charge des résidents, notamment en ce qui concerne le coût des déplacements chez les chirurgiens-dentistes. De même, la loi de santé publique du 9 août 2004 n'évoque pas la santé buccodentaire comme une entité distincte mais n'en fait part qu'à travers le biais des problèmes de dénutrition.

Différents points négatifs au sujet des soins buccodentaires en EHPAD reviennent souvent :

- L'absence de protocole défini et clair au sein des établissements ;
- Le manque de formation de l'ensemble des professionnels de santé ;
- Le manque de temps du personnel soignant ;
- La peur de l'agressivité des résidents non coopérants.

Pour les gériatres, l'enseignement relatif aux soins bucco-dentaires reste insuffisant et rarement abordé de façon isolée. Le sujet est principalement abordé sous l'angle de la dénutrition et n'apparaît donc pas comme une problématique à part entière.

Afin de remédier à cette problématique majeure, des organismes comme l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) ont expérimenté, dès 2004, des programmes de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées résidant en EHPAD. L'USFBD a aussi développé un projet ayant pour but d'améliorer la santé bucco-dentaire grâce à un « Buccobus » et à une mallette de soins destinée aux chirurgiens-dentistes intervenant dans les EHPAD.

L'expérimentation a été conduite de 2005 à 2008 et financée par l'assurance maladie et le conseil régional d'Ile de France dans douze EHPAD de la région parisienne. Sur les 1269 résidents potentiels, le taux de participation était de 55%.

Le projet comportait trois missions principales:

- La formation du personnel des EHPAD ;
- La réalisation de bilans bucco-dentaires ;
- La réalisation de soins grâce à un autobus aménagé en cabinet dentaire.

Suite à ce projet, des mallettes de soins ont été mise à la disposition des chirurgiens-dentistes auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre. Ces mallettes contiennent le matériel de base pour les soins bucco-dentaires de première nécessité, de confort ou de réparation des prothèses. A terme, elles pourraient être disponibles directement dans chaque EHPAD ou être mutualisées entre plusieurs établissements.

Parmi le panel d'expériences récentes, nous pouvons également mentionner le projet « e-DENT » mis en place par le CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) de Montpellier (29). L'établissement propose une consultation à distance des résidents d'EHPAD, des patients handicapés et des détenus de la maison d'arrêt. Seize établissements

participent à ce projet, dont plusieurs EHPAD, une maison d'arrêt et des maisons d'accueil spécialisées. Le centre de soins dentaires a en sa possession cinq caméras « intra-buccales » utilisant la lumière fluorescente pour mettre en évidence les lésions carieuses et les inflammations gingivales. Les caméras sont utilisées dans les différents établissements par des professionnels de santé ayant effectué une formation sur son utilisation. Ces données permettent de réaliser une consultation à distance et de décider si le patient doit se rendre ou non dans un cabinet dentaire afin d'y recevoir des soins.

Les bilans bucco-dentaires sont évoqués dans l'ensemble des projets mis en place. Leur intérêt est d'une part épidémiologique mais permet surtout d'évaluer les besoins en soins des résidents. La finalité est d'inclure la réalisation de ce bilan dès l'entrée du résident en EHPAD.

2. OBJECTIFS

Notre objectif principal était de réaliser un bilan buccodentaire des résidents d'un EHPAD de la ville de Nantes, afin de mettre en évidence les besoins en termes de santé buccodentaire des résidents de l'EHPAD.

Le but final est de proposer des solutions thérapeutiques, afin d'obtenir une stratégie optimale permettant de faciliter la prise en charge bucco-dentaire, par l'ensemble des intervenants de l'EHPAD, des personnes âgées dépendantes et ainsi d'assurer le bien-être de leur santé orale.

3. MATERIELS ET METHODES

3.1 Le lieu du projet

La résidence la « Chézalière » est une maison de retraite médicalisée (EHPAD privé) appartenant au groupe « Le Noble Age ».

Elle est située dans la ville de Nantes, à proximité du Parc de Procé et du centre-ville.

L'établissement propose des places en hébergement permanent et également quelques places en hébergement temporaire.

L'EHPAD héberge des personnes autonomes, semi-valides, de même que des personnes en perte d'autonomie, dépendantes, ou encore désorientées.

Il dispose également d'une unité protégée, spécialisée dans l'accueil des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer (et de démences associées).

Au total, il compte 84 lits répartis sur trois unités de vie (unité Pissaro, unité Alcazar et unité Vivaldi).

Figure 1 : Etablissement la Chézalière

Le fonctionnement de l'établissement est assuré par plusieurs équipes : administrative, animation, hôtellerie et médicale. La direction de cette dernière est assurée par le médecin coordinateur le Dr Joël Artarit et par une infirmière coordinatrice Mme Cécile Réminiac. La résidence est organisée en trois unités de vie de 22 à 32 chambres. Chaque unité est animée par une maitresse de maison et une équipe soignante. L'équipe est composée d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute, d'infirmier(e)s, d'aides-soignant(e)s, d'aides médico psychologiques et d'auxiliaires de vie.

3.2 Mise en place du projet

Le projet a été initié par le Pr Luc Hamel et le Dr Joël Artarit (médecin coordinateur de l'établissement), en collaboration avec le Dr Le Bars et le Dr Le Guéhennec, maitres de conférences à l'UFR d'Odontologie de Nantes.

Après l'accord de la Directrice de l'établissement, Mme Catherine Hermant, du Pr Amouriq, Doyen de l'UFR d'Odontologie de Nantes, ainsi que de Mr Philippe Sudreau, Directeur du CHU de Nantes, une convention a pu être établie. Afin d'obtenir le consentement des résidents ou celui de leur famille, une lettre d'information concernant le projet leur a été transmise.

Une réunion de concertation au sein de l'établissement au début du mois d'octobre 2015, en présence des promoteurs du projet, de la direction et de l'équipe soignante, a permis d'établir les objectifs principaux du projet :

- La réalisation de bilans buccodentaires via le questionnaire ;
- La transmission des observations cliniques sur le logiciel de soins de l'établissement.

Les bilans ont été programmés les jeudis après-midi de 15h à 18h à partir du 15 octobre 2015. Ils ont été effectués dans un espace dédié équipé d'un fauteuil dentaire, d'un scialytique et de matériel de consultation.

Le projet devait initialement intégré de la télémédecine via une caméra intra-orale. Néanmoins, en raison des délais d'acquisition de la caméra et de l'assimilation au dispositif, la mise en place du concept a été reportée ultérieurement.

Ce projet constitue cependant un préalable au développement souhaité par la direction de l'EHPAD vers la télémédecine dentaire au sein de l'établissement. Cet état des lieux permet d'évaluer les besoins bucco-dentaires des résidents avant l'acquisition du dispositif.

3.3 Déroulement du projet

Une première rencontre avec les résidents et le personnel a eu lieu pendant une après-midi grâce à l'équipe d'animations.

La durée de mise en application du projet a été réalisée sur 13 jeudis entre le 15 octobre 2015 et le 28 janvier 2016.

Grâce à la collaboration des aides-soignantes, des maitresses de maison et de l'infirmière coordinatrice, chaque jeudi, les résidents examinés provenaient de 2 unités de vie selon le planning établi par le personnel soignant. Durant ces 13 semaines, 67 résidents ont été examinés.

Dans la majorité des cas, l'examen a été réalisé dans l'espace réservé au sein de l'établissement. En fonction de la mobilité du résident, le bilan avait lieu soit au fauteuil dentaire, soit sur le fauteuil du résident ou encore dans la chambre de celui-ci en cas d'impossibilité de déplacement. Dans ce cas, l'absence de scialytique limitait la puissance de l'éclairage.

En préalable à l'examen bucco-dentaire, la présentation du projet permettait à chaque résident ou à sa personne référente, en fonction de sa motivation et de son état de fatigue, d'accepter de participer au bilan, de le reporter ultérieurement ou encore de le refuser.

Dans un second temps, lors de l'exécution des bilans bucco-dentaires, le travail en binôme permettait d'optimiser le temps. Le premier opérateur prenait en charge le résident et réalisait l'interrogatoire et l'examen, en utilisant le questionnaire. Pendant ce temps, le second opérateur remplissait le questionnaire puis établissait un compte-rendu détaillé de la consultation sur le logiciel de soins.

Figure 2 : Examen buccodentaire sur le fauteuil de soins

La mise en œuvre de ces bilans, s'effectuait dans une salle réservée comportant :

- Un fauteuil dentaire équipé d'un scialytique ;
- Un ordinateur avec accès au logiciel de soins ;
- Un plan de travail ;
- Un meuble mobile ;
- Un lavabo.

Figure 3 : La salle de soins

Figure 4 : Le fauteuil dentaire

La Chézalière a mis à disposition des sets d'examen jetables (comprenant un miroir, une paire de précelles et une sonde droite) ainsi que des boîtes de gants et de masques, l'ensemble permettant d'effectuer les bilans bucco-dentaires dans de bonnes conditions. L'infirmière du service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale du CHU de Nantes a fourni le bain de bouche à base de chlorexidine et les compresses stériles.

Pour certains résidents, le nettoyage de la cavité buccale à l'aide d'une compresse imbibée de bain de bouche permettait un meilleur accès visuel aux dents et muqueuses afin de réaliser l'examen bucco-dentaire dans de meilleures conditions.

Figure 5 : Desserte avec set jetable

3.4 Moyens

- Le questionnaire (annexe 1) :

Il a été le support principal pour le recueil des données concernant chaque résident. Il a été établi de manière à ce que le temps pour réaliser l'examen n'excède pas 30 minutes. En effet, il ne fallait pas dépasser ce temps pour limiter la fatigue du résident.

Afin de faciliter le recueil des données, le travail a été divisé en deux parties. Une opératrice se consacrait à l'écoute et l'observation auprès du résident, tandis que l'autre au fur et à mesure du déroulement de l'entretien remplissait le questionnaire.

Figure 6 : Renseignement du dossier médical

Chaque questionnaire était anonyme (attribution d'un numéro par résident).

Le questionnaire était constitué de deux parties principales. La première partie était intitulée « questionnaire résident » et la seconde « questionnaire examinateur ».

La partie « questionnaire résident » était basée uniquement sur la récolte de données auprès du dossier médical et auprès du résident. Il n'y avait pas à ce stade d'observation clinique exobuccal et endobuccal. Cette partie était elle-même divisée en cinq sous-parties :

- Données générales ;
- Antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- Degré d'autonomie ;
- Hygiène bucco-dentaire ;
- Le questionnaire « GOHAI ».

Les données générales recensaient: l'âge, le sexe, le poids, la taille, l'IMC et l'ancienneté d'admission dans l'établissement (en mois). Toutes ces informations étaient issues de la consultation du dossier médical mis à disposition sur le logiciel de soins.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux étaient également renseignés à partir du logiciel de soins.

Certaines pathologies pouvant avoir une implication ou une répercussion, directe ou indirecte, sur l'état de la cavité buccale du résident, ont été sélectionnées :

1- Les pathologies cardiovasculaires induisant ou non un risque d'endocardite infectieuse

2- Le diabète

3- Les pathologies digestives

4- Les pathologies rhumatismales

5- Les pathologies tumorales

6- L'immunodépression

7- Les pathologies neurodégénératives :

- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Sclérose en plaque
- Autre pathologie neurodégénérative

1- En présence de **pathologies cardiovasculaires**, des précautions sont à prendre en compte avant la réalisation de certains soins dentaires. L'endocardite infectieuse correspond à une greffe et une prolifération, au niveau de l'endocarde valvulaire, d'un agent infectieux le plus souvent à la suite d'une bactériémie.

Les résidents qui présentent un antécédent d'endocardite infectieuse, les résidents porteurs de prothèse valvulaire, ou les résidents souffrant de cardiopathie congénitale non opérée ou opérée avec persistance de défauts, sont considérés comme à haut risque d'endocardite infectieuse.

Pour les résidents atteints d'hypertension artérielle, les médicaments prescrits pour traiter cette pathologie peuvent engendrer une xérostomie, sensation de bouche sèche, ou une dysgueusie, c'est-à-dire une altération du goût. D'autres encore, comme les inhibiteurs calciques, peuvent causer une hyperplasie gingivale pouvant apparaitre un mois après la première prise du traitement.

D'autre part, les résidents ayant subi un infarctus du myocarde, devront éventuellement attendre six mois après celui-ci pour entreprendre des soins dentaires.

Enfin, la réalisation des soins bucco-dentaires chez les résidents présentant une

insuffisance cardiaque s'effectue comme pour les patients sains.

2- Les manifestations buccales dues au **diabète** sont nombreuses et fréquentes. Elles semblent d'autant plus importantes que le diabète est ancien et mal contrôlé. Parmi ces manifestations, se retrouvent une augmentation de l'incidence des maladies parodontales et carieuses, une xérostomie, des troubles du goût, des infections fongiques (candidose) ou encore des maladies de la muqueuse (lichen plan).

Le risque infectieux de certains actes (chirurgie, parodontie) doit être évalué en fonction de chaque patient.

L'équilibre de la maladie diabétique est un élément important à prendre en compte, notamment grâce à la valeur de l'hémoglobine glyquée. De la même façon, le diabète non traité ou non équilibré, entraine un risque non négligeable de difficultés de cicatrisation.

3- Les chirurgiens-dentistes peuvent être les premiers professionnels de santé à suspecter une **pathologie digestive** en observant certaines manifestations buccales. Le reflux gastro-œsophagien pathologique (RGOP) peut ainsi être décelé grâce à la présence d'érosion dentaire, définie comme la perte progressive des tissus dentaires durs, causée par un processus chimique qui ne fait pas intervenir l'action de bactéries.

L'érosion commence d'abord par une déminéralisation de l'émail en surface qui peut entraîner la dissolution des couches sous-jacentes et mener à la destruction de la structure de la dent.

4- En ce qui concerne les pathologies **rhumatismales,** qu'elles soient de type mécanique ou inflammatoire, elles peuvent être à l'origine de douleurs, de raideurs articulaires pouvant entrainer à terme une diminution de la mobilité.

La diminution de la mobilité des membres supérieurs peut notamment être à l'origine des difficultés de dextérité pour la réalisation de la toilette quotidienne et de la réalisation de l'hygiène dentaire.

5- En présence d'une **pathologie tumorale maligne** en rapport avec la sphère oro-faciale, trois grands types de traitements aux conséquences non négligeables peuvent être envisagés. En effet, qu'il s'agisse de la chirurgie, de la radiothérapie ou de la chimiothérapie, leurs répercussions sur la sphère oro-faciale peuvent être importantes. La chirurgie oro-faciale peut entrainer à long terme une limitation de l'ouverture buccale, une déviation mandibulaire ou

encore des pertes de substances anatomiques. La chimiothérapie, elle, peut être à l'origine de douleurs dentaires ou osseuses. Enfin, la radiothérapie irradiant la sphère oro-faciale atteint tous les tissus de la cavité buccale: les muqueuses, les tissus salivaire, dentaire, parodontal, musculaire et osseux.

En raison de la perte de salive, les résidents souffrant de xérostomie sont davantage sujets aux maladies parodontales, aux caries et aux infections fongique et bactérienne. La mucosite, qui se manifeste par l'inflammation et l'ulcération de la muqueuse buccale, est considérée comme l'effet secondaire le plus important. La majorité des résidents traités par des séances de radiothérapie de la sphère oro-faciale souffrent de mucosites environ trois semaines après le début de leur traitement. La fibrose des muscles masticateurs représente un autre des effets potentiels de la radiothérapie sur la cavité buccale. Cette conséquence peut causer un trismus. Le tissu osseux exposé à de fortes doses d'irradiation subit lui aussi des changements physiologiques irréversibles ayant pour effet de rétrécir les voies vasculaires, diminuant ainsi l'apport sanguin ce qui réduit sa capacité de remodelage et son potentiel de régénération.

6- Les pathologies entrainant une **immunodépression** représentent un groupe très hétérogène de pathologies. Elles peuvent être rares ou fréquentes comme le cancer, la corticothérapie, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou encore le diabète. Les résidents considérés comme immunodéprimés ont une susceptibilité élevée aux infections. Cette particularité doit être prise en compte par le chirurgien-dentiste lors de la prise en charge du patient.

7- Les **pathologies neurodégénératives** ont des répercussions sur la cavité buccale et sur la pratique odontologique.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont devenues un enjeu de santé publique. Elles engendrent à terme une dépendance physique, intellectuelle et sociale majeure qui retentit sur la vie sociale du malade et de son entourage (1).

Elles constituent la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et d'entrée en institution.

Il faut souligner qu'au début de la maladie, le statut bucco-dentaire des résidents est équivalent à celui d'une population gériatrique d'âge comparable (49). C'est la survenue des troubles du comportement qui accélère les processus pathologiques. Dès l'apparition des troubles du comportement et des troubles moteurs, au stade modéré de la maladie, les

résidents ne peuvent plus assurer eux-mêmes une hygiène bucco-dentaire quotidienne correcte. Les problèmes carieux et parodontaux se développent alors rapidement. Il en est de même pour l'hygiène des prothèses amovibles. Plus la démence devient sévère, plus l'hygiène est déficiente, plus le développement des pathologies associées augmente.

Dans les institutions, on observe que la plaque bactérienne et le tartre sont en plus grande quantité chez les résidents atteints de démence. Dans ce contexte, les troubles du comportement (opposition, agressivité) rendent plus difficile la prise en charge par les équipes soignantes.

La maladie de Parkinson est la seconde pathologie neurodégénérative la plus fréquemment retrouvée. Elle représente un problème de santé publique en raison de l'important handicap des patients.

En effet, les conséquences les plus importantes sont l'atteinte de fonctions motrices, comportementales et cognitives. En raison de cette dégradation des fonctions motrices, ces résidents éprouvent des difficultés à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire, d'où la fréquence plus importante des maladies carieuses et parodontales.

La sclérose en plaque se manifeste quant à elle par plusieurs symptômes tels que des paresthésies du tronc, du visage ou des extrémités, une faiblesse ou une maladresse d'une main ou d'une jambe, des troubles visuels, des troubles locomoteurs, une hypertonicité musculaire, des problèmes de contrôle vésical et des vertiges. Des troubles émotionnels discrets apparaissent chez plusieurs résidents, et leurs comportements peuvent se modifier plus tard au cours de la maladie.

Certaines manifestations cliniques affectent la sphère bucco-faciale. Trois d'entre elles sont susceptibles d'intéresser le chirurgien-dentiste : la névralgie du trijumeau (tic douloureux), la neuropathie sensorielle du trijumeau (paresthésie) et la paralysie faciale.

Pour poursuivre, le degré d'autonomie de chaque résident a pu être évalué grâce à la **grille AGGIR** (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources).

GIR 1	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
GIR 2	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. Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
GIR 3	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	Personnes âgées n'assumant pas seul leur transfert 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.
GIR 5	Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie.

Figure 6 : Tableau Groupe Iso Ressources (GIR)

La grille nationale AGGIR permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses actes quotidiens. Elle concerne les personnes à domicile ou en institution. Elle est réalisée par le médecin coordonnateur quatre fois par an. Il existe six degrés de dépendance, correspondant à six « groupes iso-ressources » (GIR). C'est alors à l'issue du classement en GIR qu'est proposée une prise en charge répondant aux besoins de la personne âgée.

Dix activités, dites « variables discriminantes » sont évaluées afin de déterminer le niveau d'autonomie de la personne.

- Cohérence : la personne âgée est-elle capable de converser et/ou de se comporter de façon logique et sensée ?

- Orientation : la personne se repère-t-elle dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux ?
- Toilette : quelle est sa capacité à assurer son hygiène corporelle du haut et du bas du corps ?
- Habillage : la personne peut-elle s'habiller, se déshabiller, choisir elle-même ses vêtements?
- Alimentation : la personne peut-elle se servir les aliments préparés et les manger seule?
- Hygiène de l'élimination : la personne souffre-t-elle d'incontinence urinaire ou fécale?
- Transferts : quelle est sa capacité à se lever, se coucher et s'asseoir ?
- Déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution : la personne peut-elle se déplacer à l'intérieur, éventuellement aidée par une canne, un déambulateur ou un fauteuil roulant ?
- Déplacements à l'extérieur : la personne est-elle capable de se déplacer à l'extérieur, à partir de la porte d'entrée ?
- Communication à distance : quelle est sa capacité à utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) ?

Pour chacune des variables ci-dessus, l'observateur attribue l'une des trois notes suivantes :

- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ;
- B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ;
- C : ne fait pas.

C’est à partir des réponses à ces questions que l'observateur peut évaluer le degré de dépendance de la personne âgée, déterminer à quel GIR elle appartient, et proposer la prise en charge la mieux adaptée à sa situation.

En complément de ce questionnaire, l’évaluation portait aussi sur la capacité d’autonomie du résident en terme d’alimentation (autonome, non autonome, assisté par le personnel) et en terme d’autonomie pour l’hygiène bucco-dentaire (autonome, non autonome, assisté par le personnel).

Il était précisé dans ce même temps le régime alimentaire du résident (normal, haché, mixé). En effet, la mastication d’aliments de texture solide favorise l’auto-nettoyage et la

stimulation salivaire tandis qu'une alimentation hachée ou mixée est plus adhérente aux surfaces dentaires.

Enfin, pour ce qui est de l'hygiène bucco-dentaire, le recueil était basé sur la fréquence du brossage des dents et des muqueuses (jamais, 1 fois par mois, 1 fois par semaine, au moins 1 fois par jour), ainsi que la fréquence du brossage de la ou des prothèse(s) amovible(s) (jamais, 1 fois par mois, 1 fois par semaine, au moins 1 fois par jour).

En ce qui concerne les moyens utilisés pour le brossage, il était demandé au résident s'il utilisait une brosse à dents, un dentifrice ou encore un bain de bouche. Il en était de même pour le nettoyage de la (ou des) prothèse(s) amovible(s).

En présence de résidents non communicants, les aides-soignantes étaient interrogées afin de qualifier le degré d'autonomie au niveau de l'alimentation et de la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire. Il était précisé dans le questionnaire la fréquence, la technique et la difficulté pour réaliser les gestes d'hygiène buccodentaire.

Pour finir, il était intéressant d'interroger le résident sur les conditions et fréquence de nettoyage de la ou des prothèse(s) amovible(s) (jamais, 1 fois par mois, 1 fois par semaine, au moins 1 fois par jour).

De même, il était rapporté dans le questionnaire, le port ou le non port nocturne de la ou des prothèse(s) amovible(s) du résident.

La cinquième sous partie concernait le test GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) qui est une des méthodes les plus détaillées pour la mesure de l'impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie (44).

Ce questionnaire, développé en 1990 par Atchison et Dolan, a été initialement testé sur un échantillon de 1755 patients âgés institutionnalisés de 65 ans ou plus (46).

C'est en 1998 qu'Atchison et al. le nomment « General Oral Health Assessment Index », après l'avoir utilisé dans des populations d'adultes de tous âges d'origine espagnole, africaine et américaine ainsi que dans des populations de personnes âgées en Chine.

Le test se compose de 12 items relevant de 3 domaines :

- Domaine fonctionnel : manger, parler, avaler (items 1 à 4) ;

- Domaine psychosocial : inquiétude, insatisfaction concernant l'apparence, absence de contacts sociaux (items 6, 7, 9 et 11) ;

- Domaine de la douleur ou de l'inconfort : en mangeant, prise de médicaments antalgiques, sensibilités au chaud, au froid et au sucré (items5, 8 et 12).

Il existe une hiérarchie dans les réponses aux différentes questions : toujours, souvent, parfois, rarement ou jamais, auxquelles on attribue un score respectivement de 1 à 5 (items 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12) ou de 5 à 1 (items 3,5, 7) selon la question. La somme des résultats obtenus pour chaque question permet de déterminer un score qui va s'étendre de 12 à 60. Le score obtenu est appelé « ADD score ».

Concernant les résultats de ce test, d'après Atchison et Dolan, un score de 57-60, considéré comme élevé, correspond à une bonne santé buccale ; 51-56 est un score moyen et moins de 50 est un mauvais score correspondant à une mauvaise santé buccale.

De surcroit, les auteurs montrent qu'un index GOHAI élevé (supérieur à 57) est observé chez des résidents ayant en moyenne 21 à 32 dents non porteurs de prothèse amovible. Cependant Calabrese et al. remarquent que le score GOHAI peut être sensiblement plus élevé chez les édentés par rapport à un groupe de patients dentés, en raison d'une diminution des problèmes dentaires (en particulier douloureux).

Le GOHAI n'était pas réalisable chez tous les résidents. En effet, chez les résidents non communicants ou trop désorientés, il n'était pas exploitable. C'est pour cette raison qu'il était précisé si le recueil était possible ou non.

Ces trois derniers mois,	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous limité la quantité ou le genre d'aliments que vous mangez en raison de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires?					
Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme?					
Avez-vous pu avaler confortablement?					
Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez?					
Avez-vous pu manger de tout (sans ressentir une sensation d'inconfort)?					
Avez-vous limité vos contacts avec les gens à cause de l'état de vos dents ou de vos appareils dentaires?					
Avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires?					
Avez vous pris un (des) médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche?					
Vos problèmes de dent, de gencive ou d'appareil dentaire vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e)?					
Vous êtes vous senti(e) gêné(e) ou mal à l'aise à cause de problèmes avec vos dents, vos gencives ou vos appareils dentaires?					
Avez vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires?					
Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés?					

Figure 7 : Test de qualité de vie « GOHAI »

Ce test est basé sur le ressenti des résidents au cours des trois derniers mois. Le score total, ou « GOHAI », est la somme des scores obtenus à chaque question. Il varie de 12 (mauvais état dentaire) à 60 (excellent état dentaire).

La seconde partie intitulée « questionnaire examinateur » était quant à elle divisée en deux sous parties :

- Examen clinique exo-buccal ;
- Examen clinique endo-buccal.

De manière à avoir une vision d'ensemble de l'état buccodentaire pour chaque résident, un schéma dentaire était complété. Il était précisé pour chaque dent si celle-ci était absente, à l'état de racine(s), cariée, obturée (c'est-à-dire comprenant un soin conservateur), supportant une prothèse conjointe ou si elle était remplacée par une prothèse amovible.

L'examen clinique exo-buccal était basé sur l'évaluation de la dimension verticale (diminuée, augmentée, normale), la ligne du sourire (harmonieuse ou non harmonieuse) et le

soutien des tissus mous (oui ou non).

L'évaluation de ces trois critères était exclusivement clinique, sans moyen technique associé.

L'examen clinique endo-buccal se portait dans un premier temps sur l'hygiène dentaire et prothétique. La présence de plaque, de tartre et de rétention alimentaire au niveau des dents, des muqueuses et des prothèses amovibles était évaluée et notée dans le questionnaire.

Dans un second temps, il s'agissait d'examiner l'état des muqueuses et de la langue. Il était mentionné la présence d'inflammation gingivale éventuelle, de type gingivite ou parodontite, d'abcès, de récessions gingivales mais également la présence de pathologie des muqueuses (stomatite, candidose, aphte), de blessures et enfin de sécheresse buccale.

Tout comme pour l'évaluation des critères précédemment cités, une analyse clinique pour objectiver la présence de parodontite (mobilités dentaires, présence de plaque dentaire) ou de gingivite (gencive érythémateuse, œdèmatiée et saignement au brossage) était réalisée.

De la même façon, en cas d'édentement, l'état des crêtes alvéolaires à la mandibule et au maxillaire était observé. Le questionnaire précisait si la résorption alvéolaire était visible ou non visible.

Ensuite, le questionnaire se portait sur l'examen des dents, en comptant le nombre de dents naturelles présentes en bouche ainsi que le nombre de dents à l'état de racine. Il était précisé le nombre de dents présentant un soin conservateur (le plus souvent, amalgame, Ciment Verre Ionomère ou composite), le nombre de dents présentant une prothèse fixée unitaire (couronne coulée métallique, couronne céramométallique, couronne à incrustation vestibulaire, couronne céramocéramique, etc) ou plurale (bridge) et la présence ou non d'une ou des prothèse(s) adjointe(s) à la mandibule et au maxillaire (complète(s) ou partielle(s)).

Un recensement des soins à envisager terminait le bilan. Il comprenait :

- Le nombre d'extractions à prévoir ;
- Le nombre de dents nécessitant un soin conservateur ;
- Le nombre de dents nécessitant une prothèse fixée unitaire ou plurale ;
- Le nombre de prothèses adjointes maxillaire et/ou mandibulaire à envisager (complète ou partielle).

Les résidents porteurs d'une ou plusieurs prothèse(s) amovible(s) étaient interrogés sur la

fréquence du port de leur(s) prothèse(s) et sur l'ancienneté de celle(s)-ci (inférieur à 5 ans, comprise entre 5 et 10 ans, supérieur à 10 ans).

Ensuite, l'état apparent de la ou des prothèse(s) était jugé en observant les dents prothétiques, la résine et le(s) crochet(s) (état satisfaisant, état moyen ou état incorrect) mais également la rétention de la ou des prothèse(s) amovible(s) (satisfaisante, moyenne, incorrecte).

L'examen portait ensuite sur les dents prothétiques, et particulièrement, leur abrasion, la morphologie des cuspides et des sillons. En fonction de ces critères, l'estimation de l'état de celles-ci était correcte, moyenne ou incorrecte.

De surcroit, une résine poreuse, inhomogène, colorée ou polluée était évaluée comme incorrecte.

Dans le cas où le résident devait utiliser un adhésif pour faire tenir sa prothèse, la rétention était considérée comme incorrecte.

Des crochets peu rétentifs, inadaptés à la morphologie des dents ou encore non fonctionnels, affaiblis, étaient jugés incorrects.

Ensuite, il s'agissait d'évaluer la fonctionnalité de la ou des prothèses en caractérisant :

- Le plan d'occlusion (satisfaisant, moyen, correct) ;
- La dimension verticale d'occlusion (satisfaisante, moyenne, correcte) ;
- Les contacts en Occlusion d'Intercuspie Maximale (satisfaisants, moyens, corrects) ;
- Les guidages dento-dentaires (satisfaisants, moyens, corrects).

3.5 Le logiciel de soins

Comme convenu lors de la réunion de mise en place du projet, pour chaque bilan bucco-dentaire réalisé, un compte-rendu était rédigé dans le logiciel de soins. Le logiciel de soins mis à disposition se nommait « net soins ».

Il s'agissait du logiciel informatique servant de support à l'ensemble des équipes médicales et paramédicales de l'établissement.

Pour plus de clarté et de reproductibilité, le compte rendu était organisé de la manière suivante :

- Souhait ou non du résident de consulter un chirurgien-dentiste ;
- Observation relative à l'examen exobuccal ;

- Observation relative à l'examen endobuccal en précisant le degré d'hygiène buccodentaire, la présence de prothèse(s) amovible(s), le ou les édentement(s), la présence de carie(s).

3.6 Population observée

La participation au projet au sein de l'EHPAD « La Chézalière » a été proposée via un mail envoyé à la famille de chaque résident, afin d'obtenir le consentement de celui-ci. En cas de refus ou d'absence de réponse, le bilan bucco-dentaire n'était pas réalisé.

1- Critères d'inclusion

Le participant devait résider au sein de l'EHPAD « La Chézalière ». Il était nécessaire d'avoir et devait avoir donné son consentement au préalable. Le consentement devait être libre et éclairé.

2- Critères d'exclusion (non-inclusion)

- Les résidents ayant refusé de réaliser le bilan buccodentaire ;
- Les résidents dont la famille a refusé la réalisation du bilan bucco-dentaire ;
- Les résidents dont l'état de santé ne le permettait pas.

4. RESULTATS

4.1 Description du questionnaire « résident »

4.1.1 Les données générales

4.1.1.1 Le sexe

On retrouve au sein de l'EHPAD 82% de femmes et 18% d'hommes.

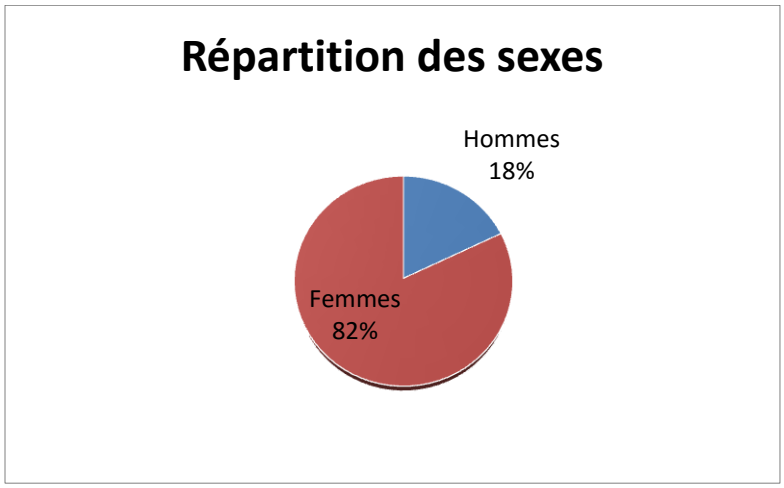


Figure 8 : Répartition des sexes au sein de l'EHPAD "la Chézalière"

4.1.1.2 L'âge

L'âge moyen des résidents au sein de l'EHPAD est de 88 ans. Le résident le plus jeune à 58 ans, tandis que le résident le plus âgé à 105 ans.

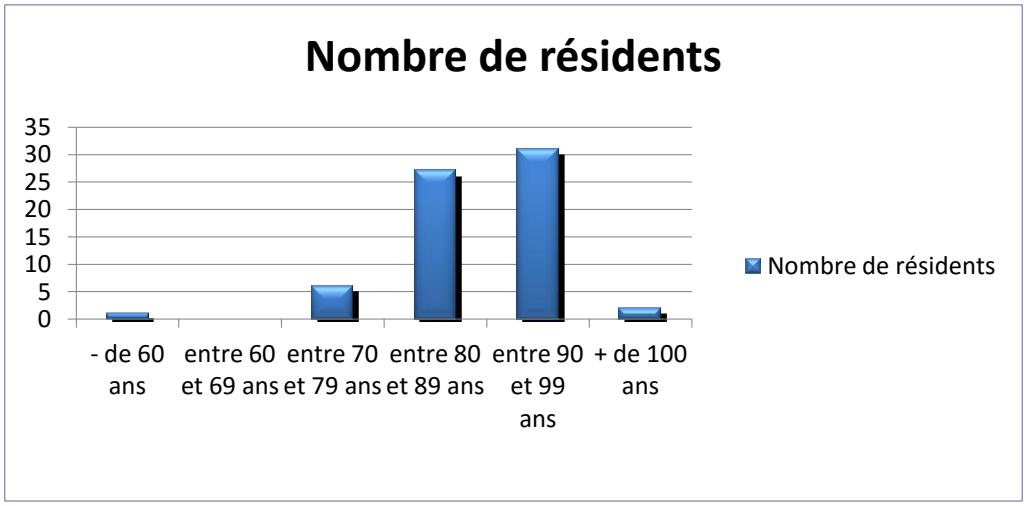


Figure 9 : Répartition des résidents par tranche d'âge

4.1.1.3 L'IMC

Dans l'EHPAD, le poids moyen est de 59,8 kilogrammes (57kgs pour les femmes et 72kgs pour les hommes). Ainsi, 79% des résidents ont un poids dit « normal » alors que 10,5% sont considérés comme étant en « dénutrition ou dénutrition sévère » et 10,5 % sont considérés comme étant obèses.

Classification de l'indice de masse corporelle en kg/m2 :

Dénutrition extrême	Moins de 16
Dénutrition	Moins de 18,5
Poids normal	18,5 à 24,9
Surpoids	25,0 à 29,9
Obésité, classe 1	30,0 à 34,9
Obésité, classe 2	35,0 à 39,9
Obésité, classe 3 (obésité morbide)	40 ou plus

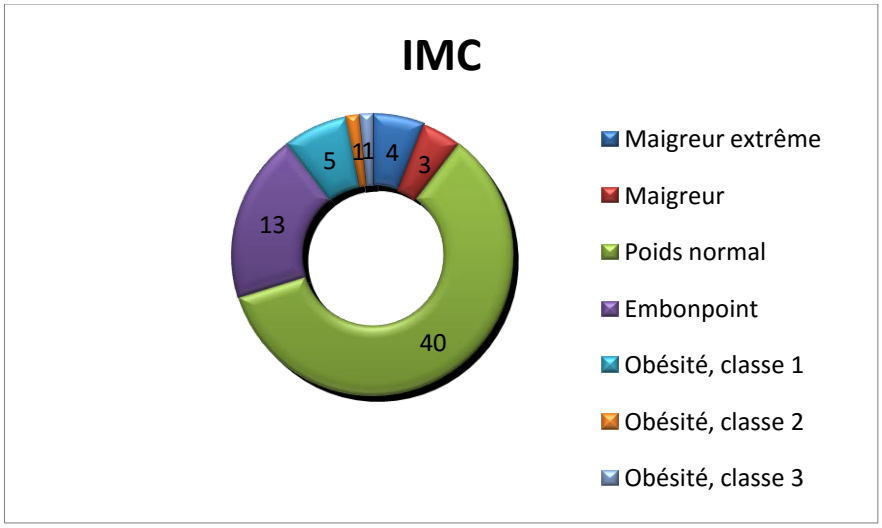


Figure 10 : Répartition des résidents en fonction de l'IMC

4.1.2 Antécédents médicaux et chirurgicaux

La pathologie cardio-vasculaire est la plus fréquemment observée chez les résidents (43 sur 67). La moitié des résidents (31 sur 67) présentent une pathologie neurodégénérative : 15 sont atteints de la maladie d'Alzheimer, 2 de la maladie de Parkinson et 14 d'une autre maladie neurodégénérative.

Ensuite, 14 sont diabétiques, donc immunodéficients, 8 présentent une pathologie digestive, 12 une pathologie rhumatismale et 11 une pathologie tumorale maligne sans lien avec la sphère orale.

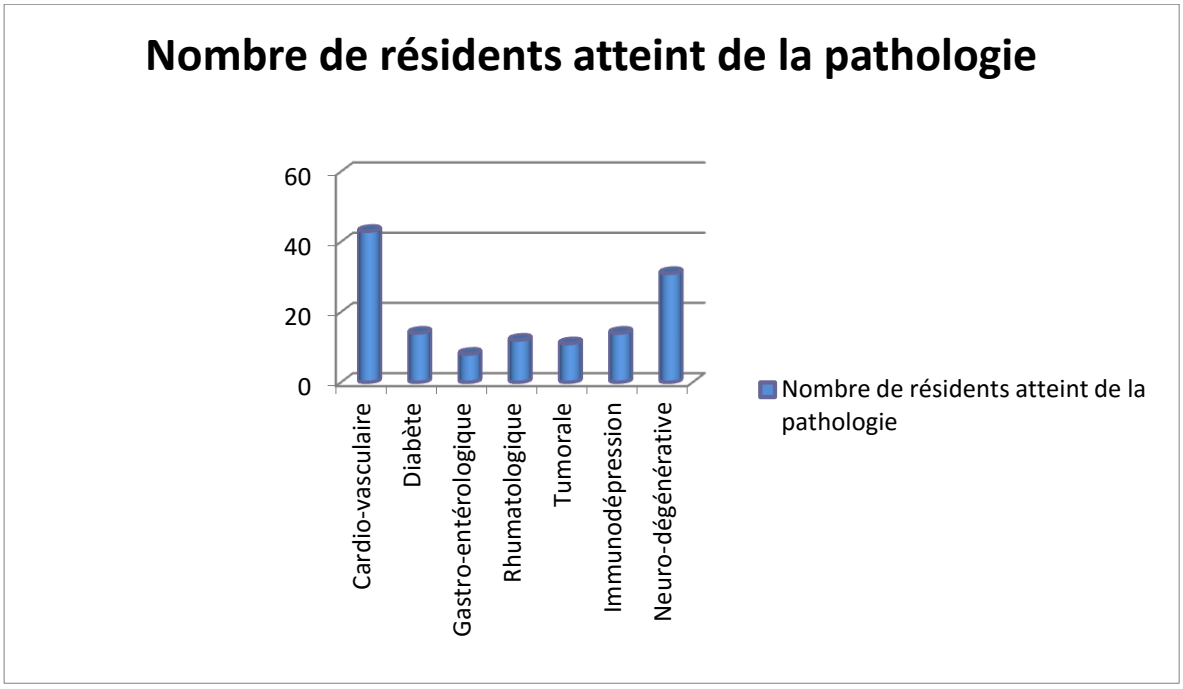


Figure 11 : Pathologie des différents systèmes

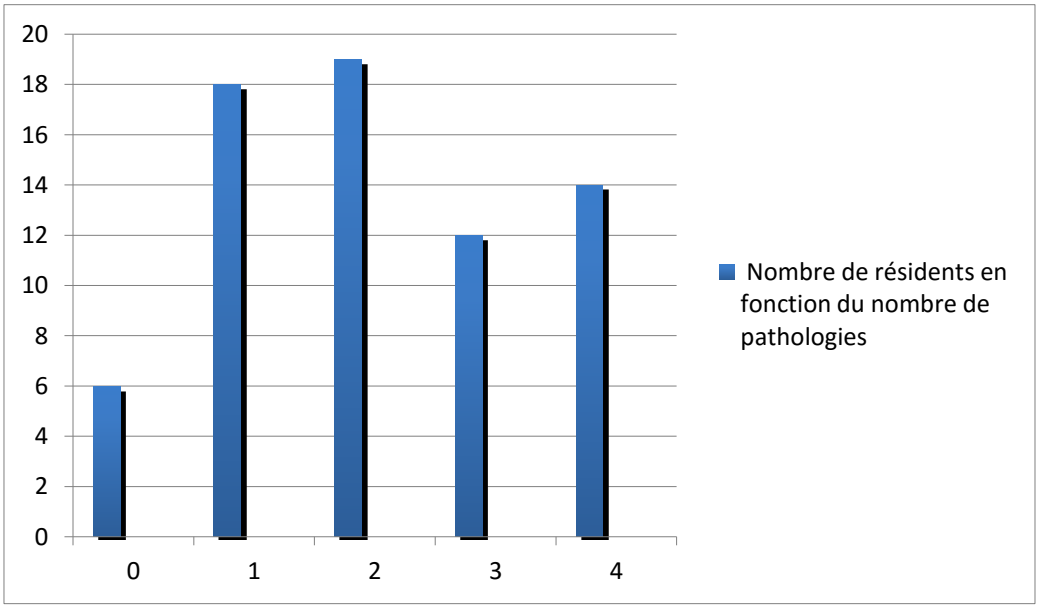


Figure 12 : Répartition du nombre de résidents en fonction du nombre de pathologies dont ils sont atteints

Plus de la moitié des résidents sont atteints de plusieurs pathologies.

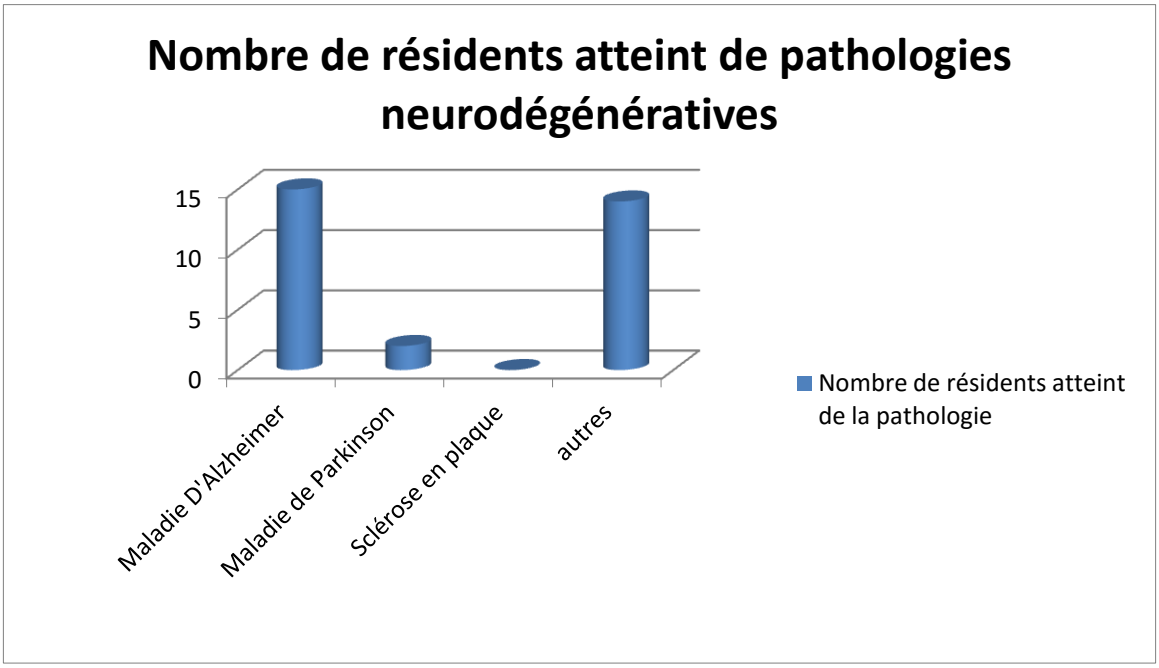


Figure 13 : Détails de la répartition pour les pathologies neurodégénératives

4.1.3 Degré d'autonomie

60% des résidents de l'EHPAD sont considérés comme dépendants selon la classification GIR :

- 60% en GIR 2 ou 3
- 7% en GIR 1

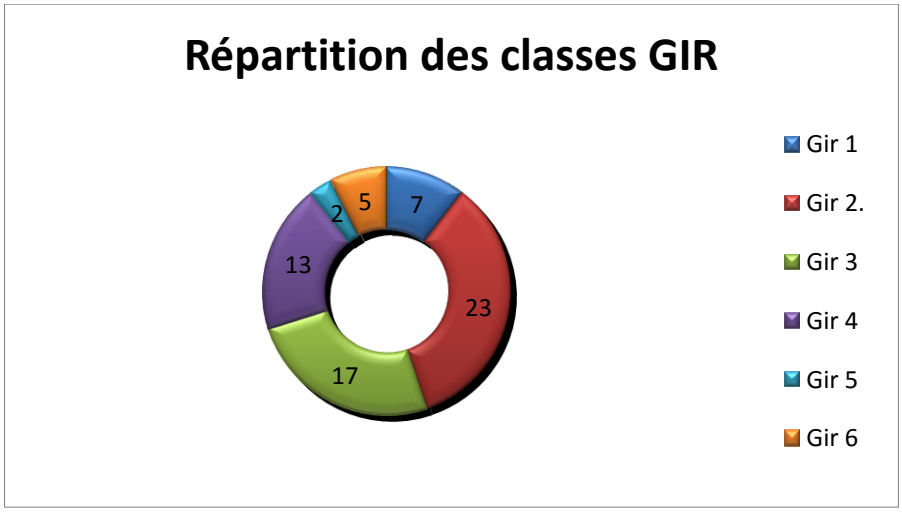


Figure 14: Degré de dépendance des résidents (indicateur GIR)

Plus de 80% des résidents (56) sont indépendants pour s'alimenter et 19% nécessitent l'aide partielle ou totale d'un membre du personnel.

De plus, la moitié des résidents de l'EHPAD a une alimentation dite « hachée » ou « mixée ».

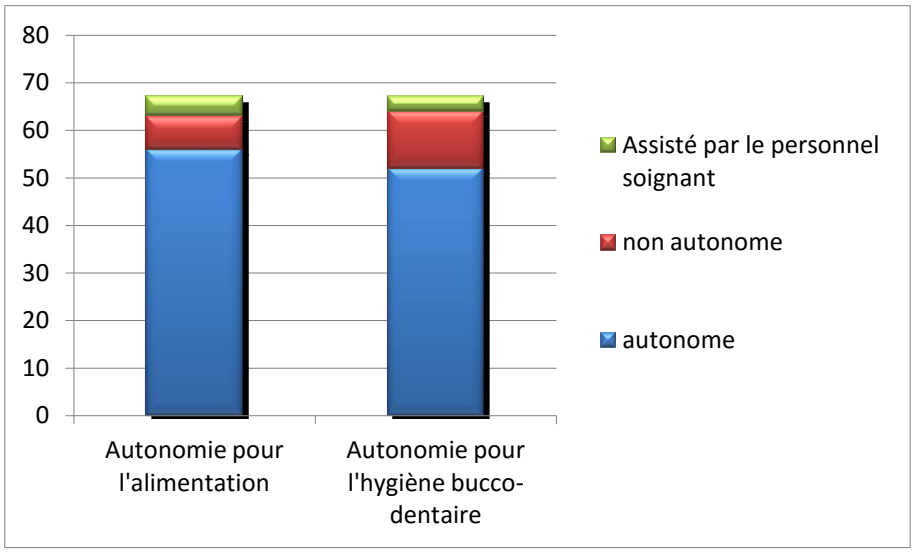


Figure 15: Autonomie des résidents pour s'alimenter

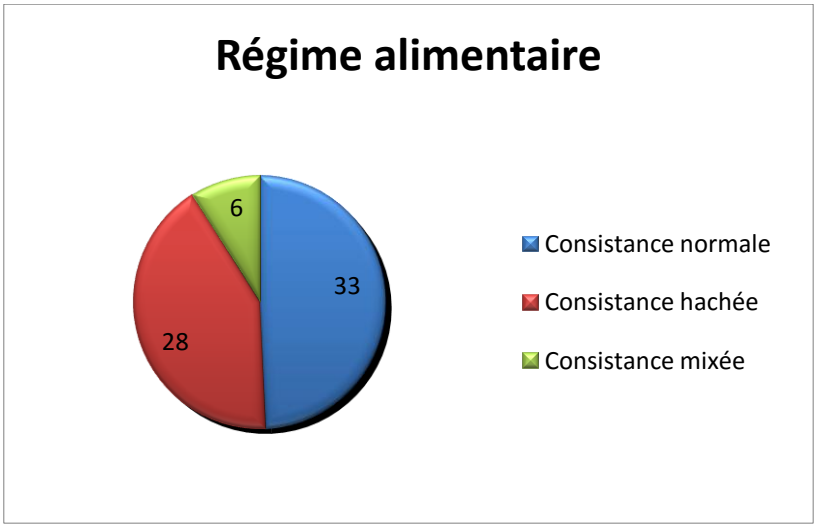


Figure 16: Les différents régimes alimentaires

4.1.4 Hygiène bucco-dentaire

En ce qui concerne l'autonomie pour l'hygiène bucco-dentaire, les données étaient recueillies auprès des résidents lorsqu'ils pouvaient communiquer et auprès du personnel soignant lorsqu'ils ne le pouvaient pas.

Les trois quarts des résidents sont autonomes pour l'hygiène bucco-dentaire tandis que

l'autre quart nécessite l'aide du personnel soignant partiellement ou totalement. Pour ces derniers, le personnel soignant a assuré brosser les dents des résidents dépendants chaque matin dans la mesure du possible. Les aides-soignantes utilisaient dans ce cas un dentifrice spécifique, très peu abrasif, de type Gencix®.

Parmi les résidents autonomes pour leur hygiène bucco-dentaire, trois quarts d'entre eux se brossent quotidiennement les dents, tandis que 20% des résidents affirment ne pas se brosser les dents ou moins d'une fois par mois.

Concernant l'hygiène des prothèses amovibles, 40% des résidents porteurs de prothèse(s) amovible(s) nettoient quotidiennement leur(s) prothèse(s) tandis que 53,3% ne la nettoient jamais ou moins d'une fois par mois.

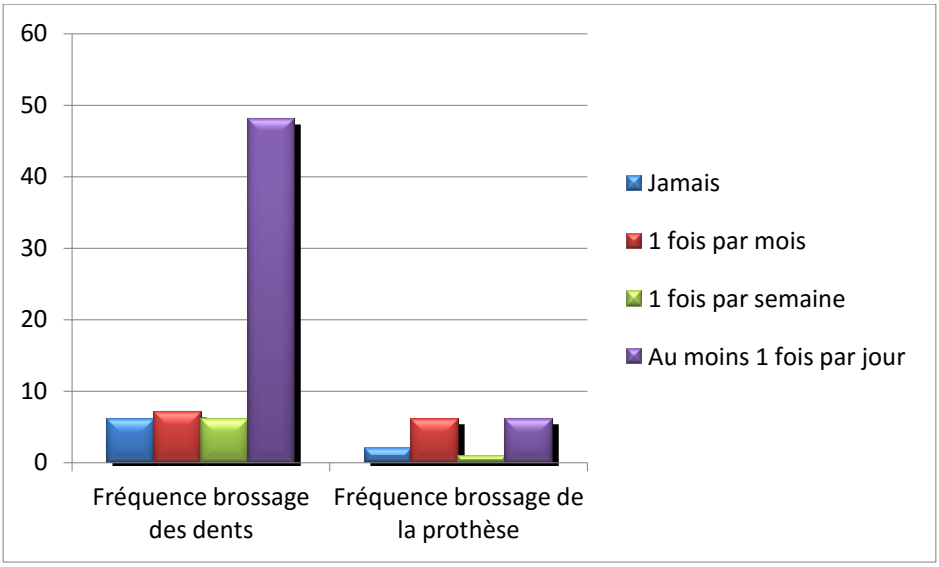


Figure 17: Fréquence de l'hygiène bucco-dentaire

Par la suite, le questionnaire était orienté vers les moyens utilisés pour l'hygiène bucco-dentaire.

Les résidents utilisaient majoritairement une brosse à dents : sur 61 résidents autonomes pour leur hygiène bucco-dentaire, 57 utilisent une brosse à dents électrique ou manuelle (il n'a pas été précisé le type de brosse à dents utilisé par le résident).

Parmi les 61 résidents, 51 se servent quant à eux de dentifrice (pour la plupart en complément de la brosse à dents).

L'utilisation quotidienne de bain de bouche est peu fréquente puisque seulement 12% des résidents sont dans ce cas.

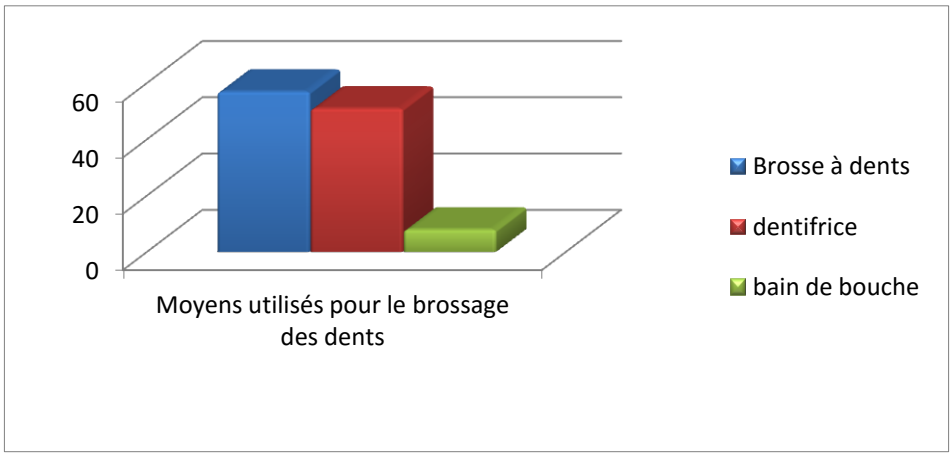


Figure 18 : Moyens utilisés pour l'hygiène bucco-dentaire

Pour l'hygiène de leur(s) prothèse(s) amovible(s), 13 résidents sur 15 ont recours à une brosse à dents classique pour nettoyer leur(s) prothèse(s). 9 résidents utilisaient du dentifrice et un seul résident nettoyait sa prothèse avec du savon. Enfin, 2 autres résidents nous ont déclaré qu'ils nettoyaient leur(s) prothèse(s) en la trempant dans une solution pour bain de bouche.

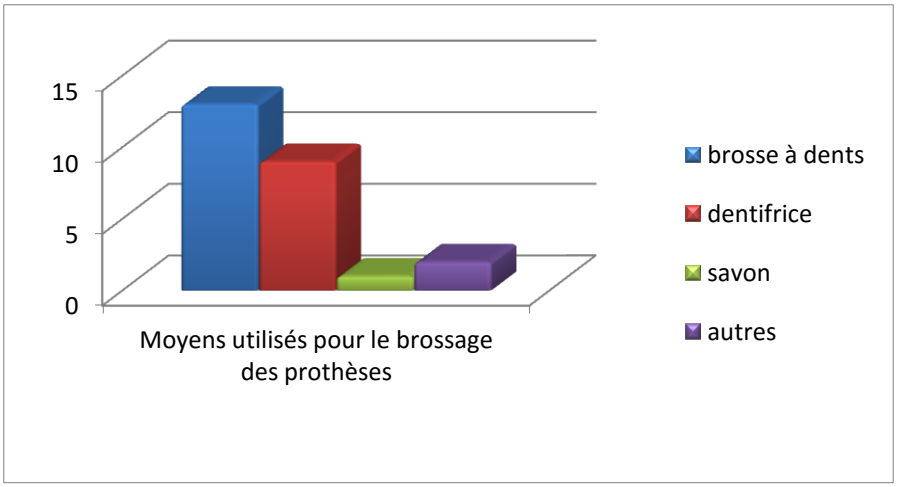


Figure 19 : Moyens utilisés pour l'hygiène des prothèses amovibles

La moitié des résidents décontaminait, quotidiennement, leur(s) prothèse(s) amovible(s) par immersion dans du bain de bouche.

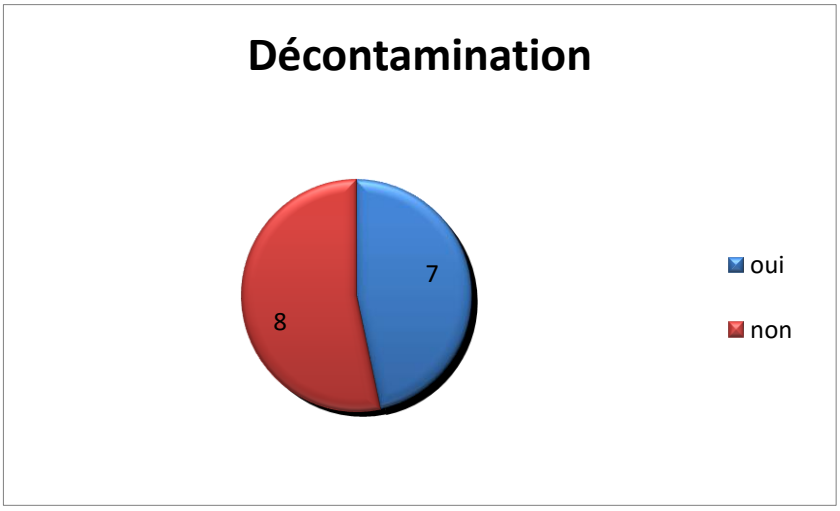


Figure 20: Décontamination des prothèses amovibles

De même, la moitié des résidents portait leur(s) prothèse(s) amovible(s) la nuit.

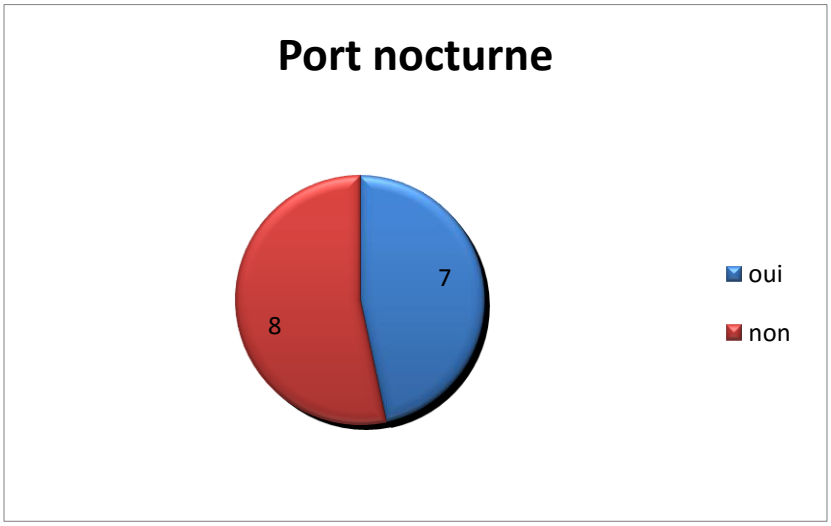


Figure 21: Port nocturne des prothèses amovibles

4.1.5 Test de qualité de vie « GOHAI »

Au sein de l'EHPAD, le test a été réalisable sur 53 résidents et non réalisable sur 14 résidents. Le score moyen obtenu est de 51 correspondant à un score moyen. Concernant le domaine fonctionnel, le score moyen est de 16. Concernant le domaine psychosocial, le score moyen est également de 16 tandis qu'il est de 12 pour le domaine de la douleur ou de l'inconfort.

4.2 Description du questionnaire « examinateur »

4.2.1 Examen clinique exo-buccal

L'examen clinique exo-buccal débutait par l'évaluation de la dimension verticale (DV). 21 résidents présentaient une DV diminuée, 45 résidents avaient une DV normale et seul un résident avait une DV augmentée.

Quant à la ligne du sourire, elle était harmonieuse chez 41 résidents et non harmonieuse chez 26 résidents. Enfin, les tissus mous étaient soutenus chez 45 résidents et non soutenus chez 22.

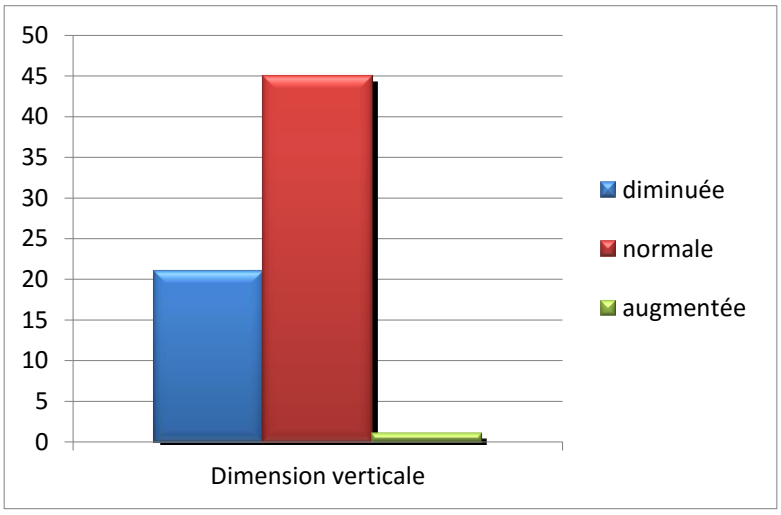


Figure 22: Evaluation de la dimension verticale

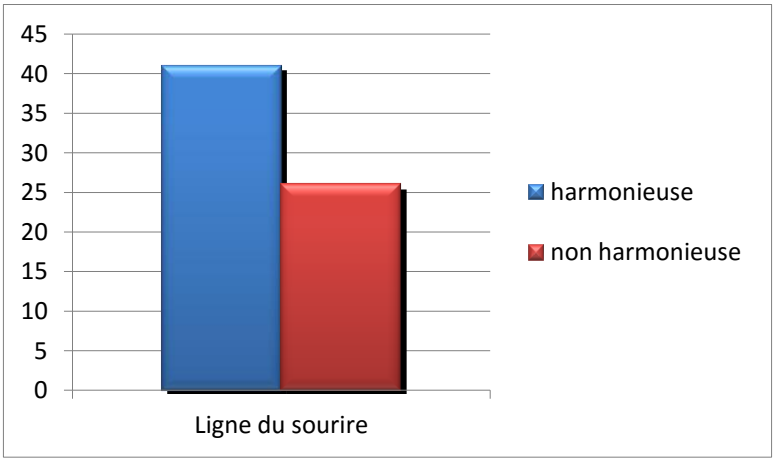


Figure 23: Harmonie de la ligne du sourire

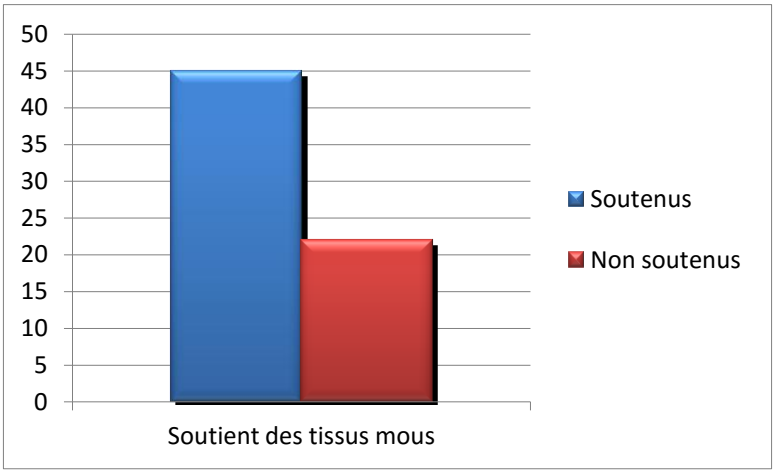


Figure 24: Soutien des tissus mous

4.2.2 Examen clinique endo-buccal

Au sein de l'EHPAD « la Chézalière », 75% des résidents présentaient de la plaque dentaire et des rétentions alimentaires visibles à l'œil nu. La moitié des résidents présentait, en outre, du tartre visible à l'œil nu.

Il a été effectué le même examen clinique visuel pour l'examen de la ou des prothèse(s) dentaire(s). Les résultats prennent en compte l'examen clinique de l'intrados et/ou l'extrados de la ou des prothèse(s) dentaire(s).

La présence de plaque dentaire concernait 9 prothèses sur 15 soit 60% des prothèses dentaires. La présence de tartre a été retrouvée sur 6 prothèses sur 15 soit 40% des prothèses dentaires. Enfin, 11 prothèses sur 15 présentaient une rétention alimentaire.

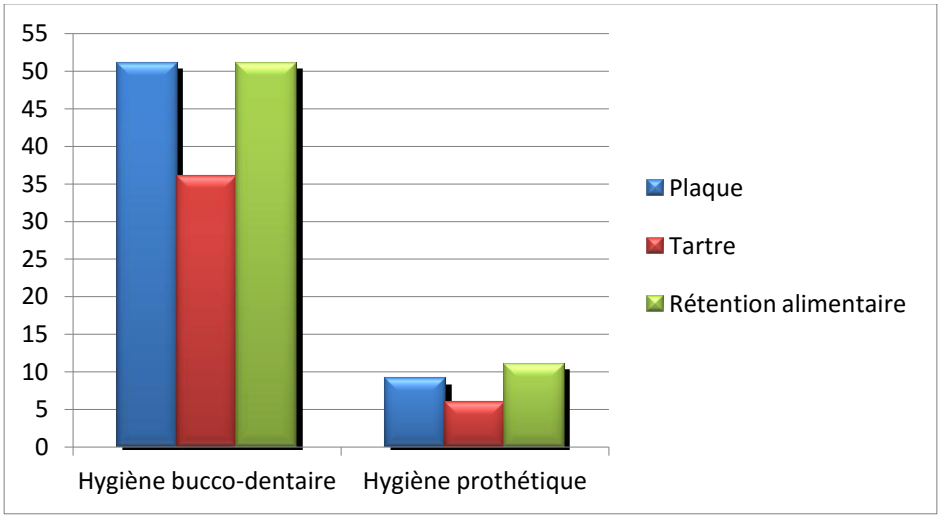


Figure 25: Hygiène bucco-dentaire et des prothèses

Au sein de l'EHPAD, 42 résidents sur 67 sont atteints d'une gingivite (soit 62,7% des résidents). La gingivite était objectivée en présence de plaque dentaire au collet des dents, d'une gencive oedématiée et érythémateuse.

34% des résidents présentaient une parodontite. La parodontite était objectivée en présence de mobilités dentaires et de récessions.

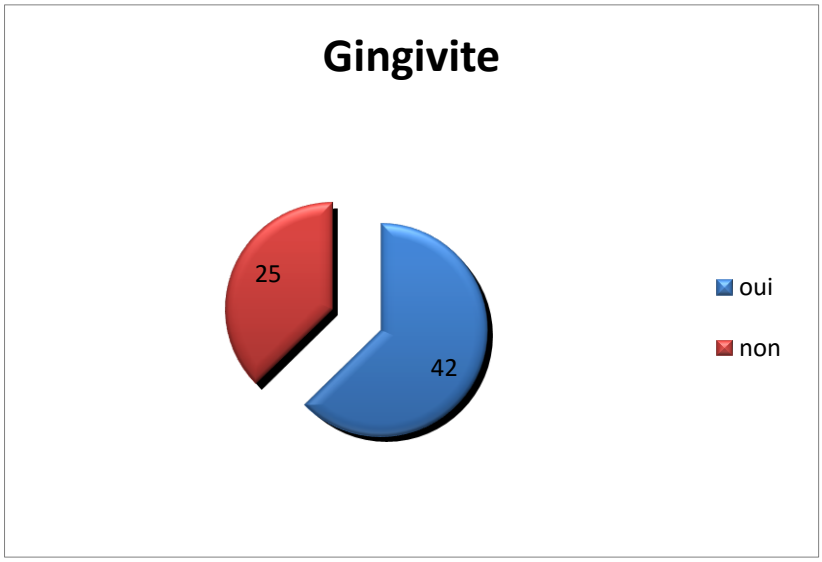


Figure 26: Nombre de résidents présentant une gingivite

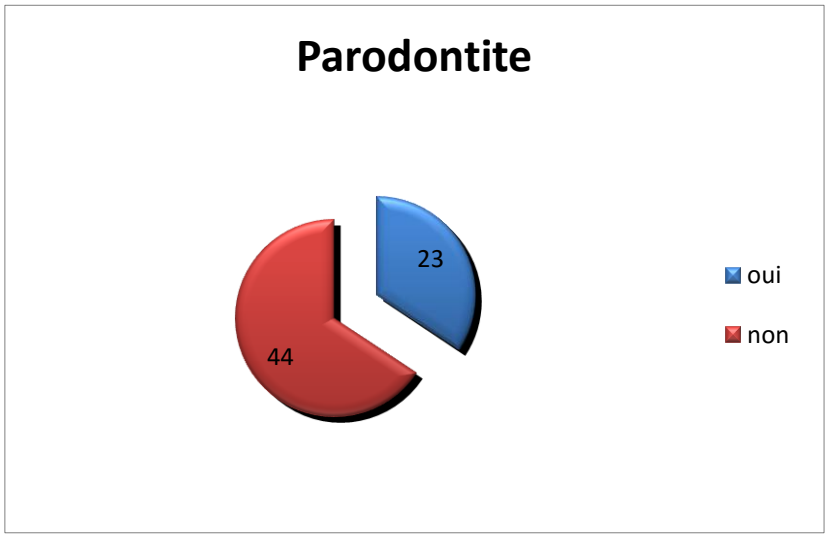


Figure 27 : Nombre de résidents présentant une parodontite

L'examen buccodentaire se portait ensuite sur l'évaluation des muqueuses.

Au sein de la population étudiée, à peine 10% des résidents souffraient de sécheresse buccale.

2 résidents sur 62 (3%) présentaient une blessure de la muqueuse buccale et 2 une pathologie des muqueuses de type aphte ou brûlure.

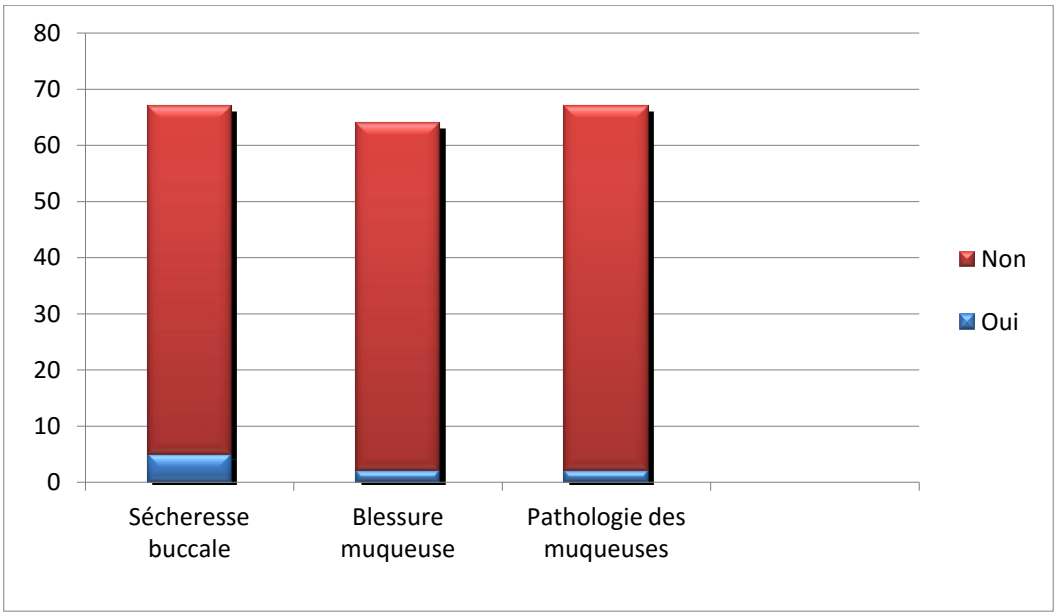


Figure 28: Résidents atteint de pathologies orales

Par la suite, le bilan bucco-dentaire intéressait plus précisément l'examen des dents, en classant comme « dents naturelles », les dents présentent sur l'arcade et fonctionnelles, et comme « dent à l'état de racine(s) » les dents non fonctionnelles ou dont la couronne clinique n'était pas visible en bouche.

Le nombre moyen de dents naturelles par résident était de 16, alors que le nombre moyen de dents à l'état de racine par résident était de 2.

Chez les 67 résidents, 40 soins conservateurs ont été comptabilisés, ce qui correspond à une moyenne de 1,5 soins par résident.

Il a été recensé un total de 73 caries pour l'ensemble des résidents examinés.

Chez la moitié des résidents, il n'a pas été mis en évidence la présence de carie, alors qu'un tiers des résidents présentait 1 ou 2 caries.

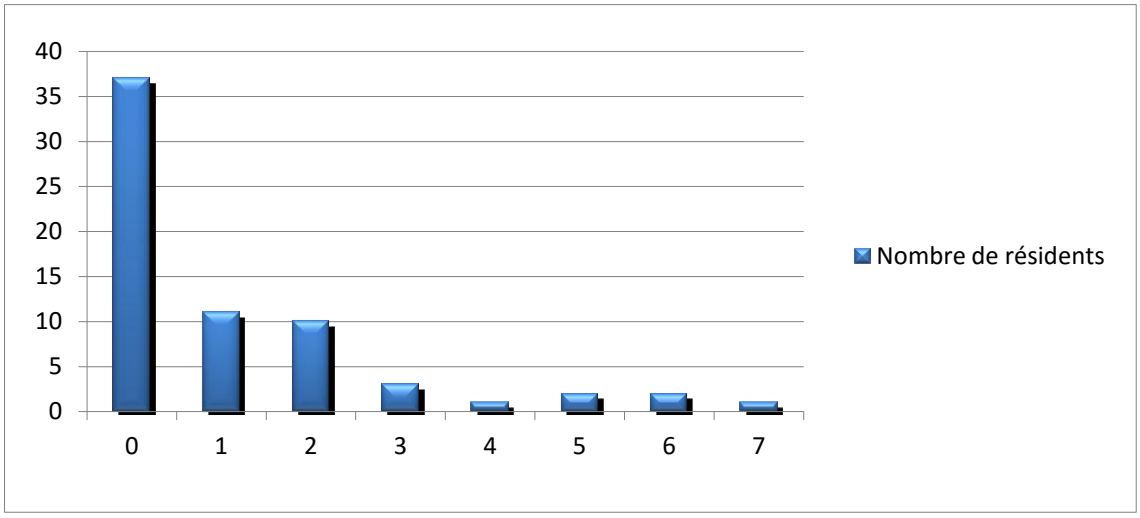


Figure 29: Nombre de caries par résident

Par ailleurs, plus de 80% des résidents portaient au moins une prothèse fixée unitaire et le nombre moyen de couronnes unitaires était de 4 alors que celui concernant la prothèse fixée plurale était de 1.

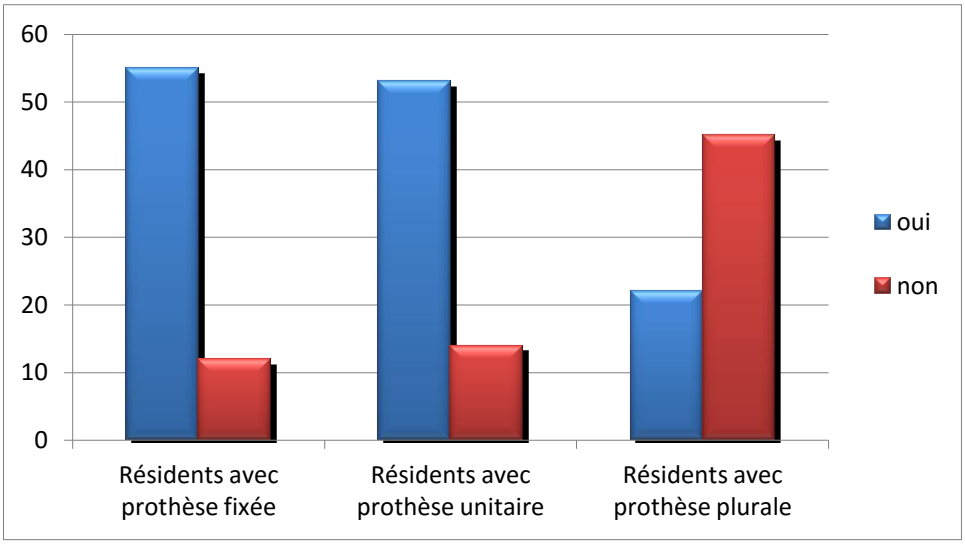


Figure 30: Type de prothèse fixée

La moitié des résidents était porteur d'1 à 5 prothèses fixées.

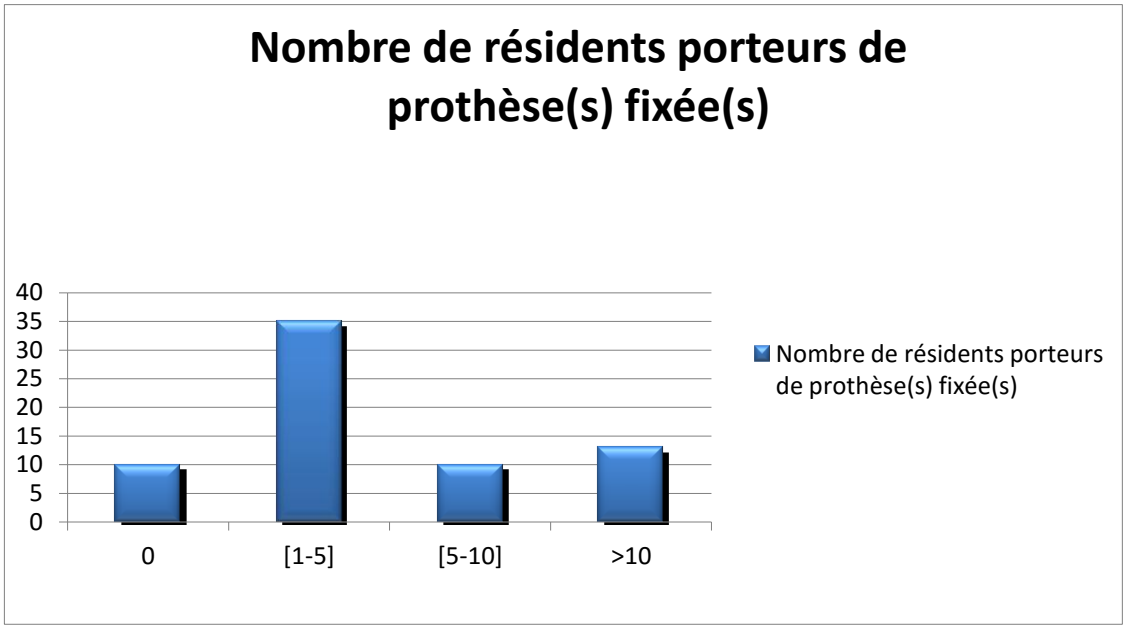


Figure 31: Répartition du nombre des résidents en fonction du nombre de prothèses fixées

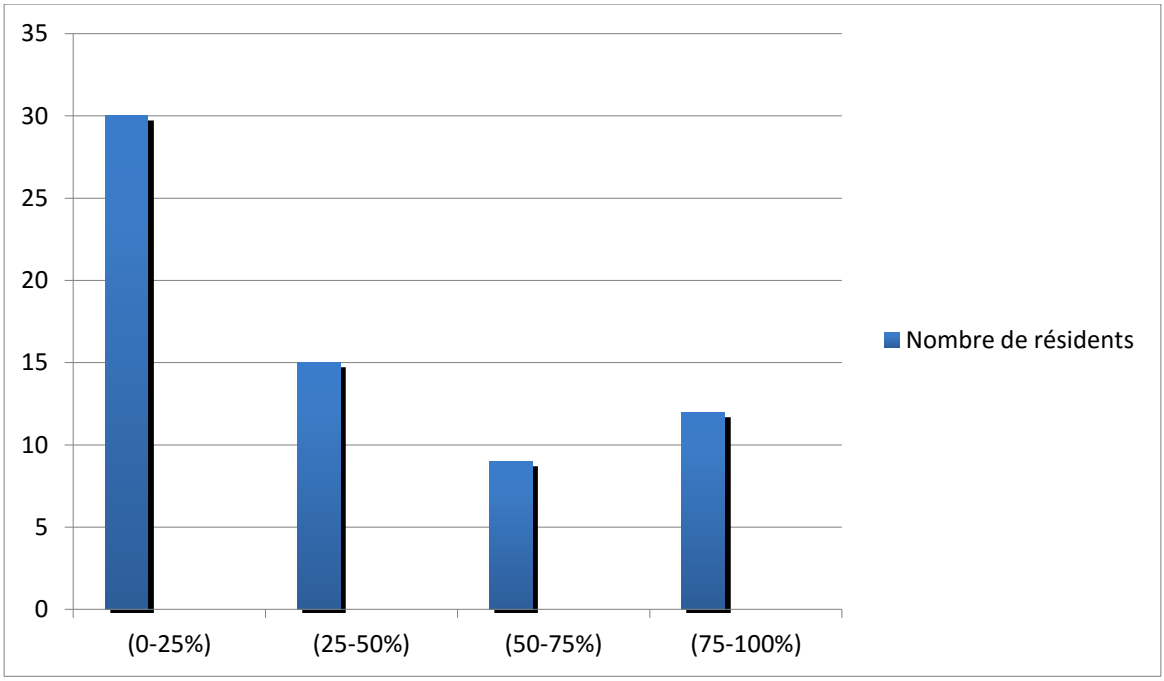


Figure 32: Répartition du nombre de résidents en fonction du pourcentage du nombre de prothèses fixées par rapport au nombre de dents fonctionnelles en bouche

La majorité des résidents ont un quart de leurs dents fonctionnelles en bouche qui sont couronnées.

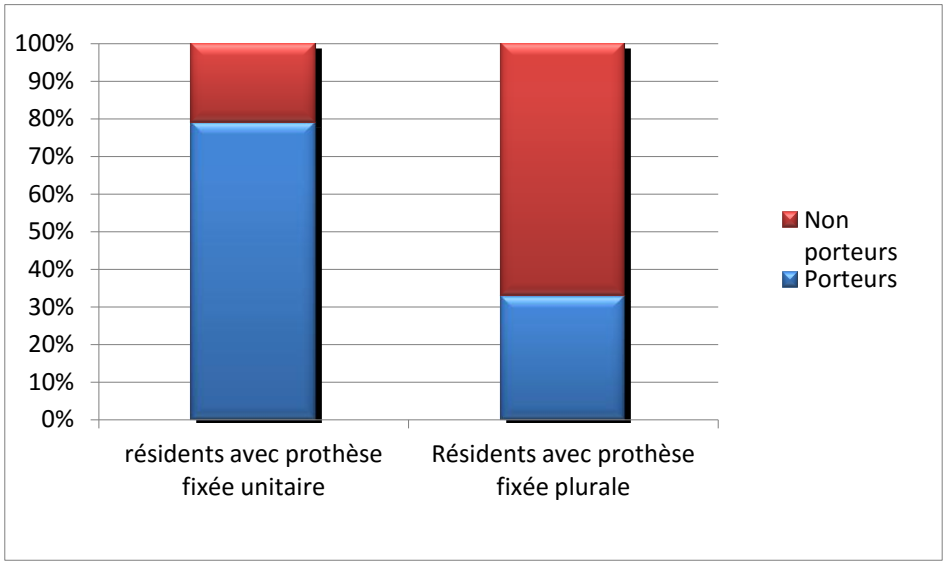


Figure 33: Détails de la répartition pour la prothèse fixée

A propos de la prothèse amovible, un recensement des prothèses à l'aide des aides-soignantes avait été effectué. Pour autant, toute prothèse amovible non portée par le résident ne faisait pas l'objet de l'examen.

La figure numéro 34 présente les types de prothèses amovibles rencontrées : prothèse amovible totale maxillaire ou mandibulaire, prothèse amovible partielle maxillaire ou mandibulaire. La distinction n'était pas faite entre les prothèses amovibles à châssis métallique et les prothèses amovibles en résine.

34 prothèses amovibles ont été recensées : au maxillaire, 15 prothèses amovibles partielles et 5 prothèses amovibles complètes ; à la mandibule, 10 prothèses amovibles partielles et 4 prothèses amovibles complètes

10 résidents étaient appareillés avec une prothèse amovible au maxillaire et à la mandibule. Parmi ces résidents, 2 possédaient une prothèse bi maxillaire.

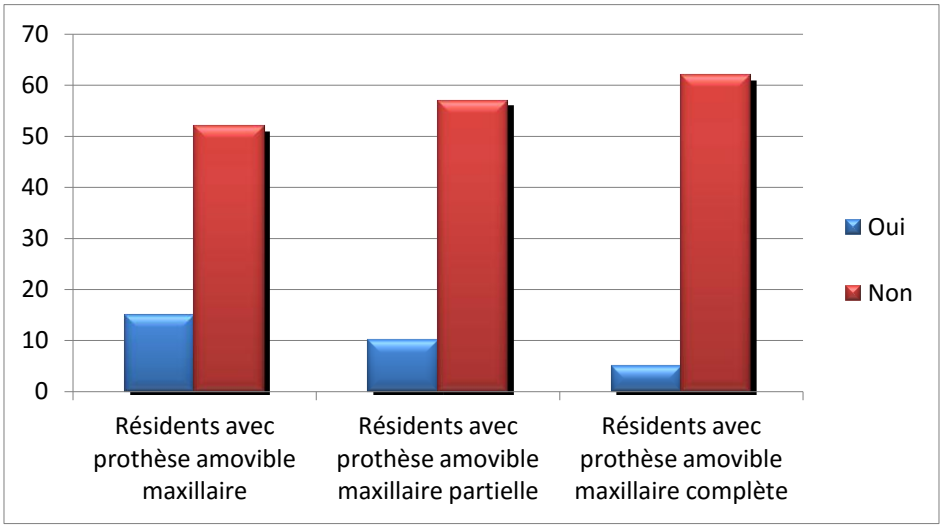


Figure 34: Type de prothèse amovible maxillaire

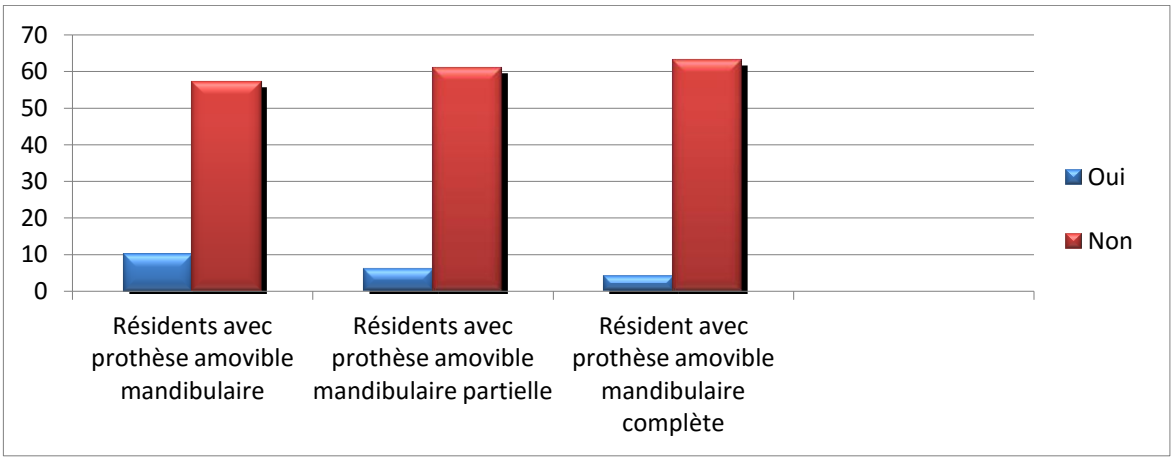


Figure 35: Type de prothèse amovible mandibulaire

La résorption des crêtes édentées était plus importante au niveau mandibulaire (40% des résidents) qu'un niveau maxillaire (15% des résidents).

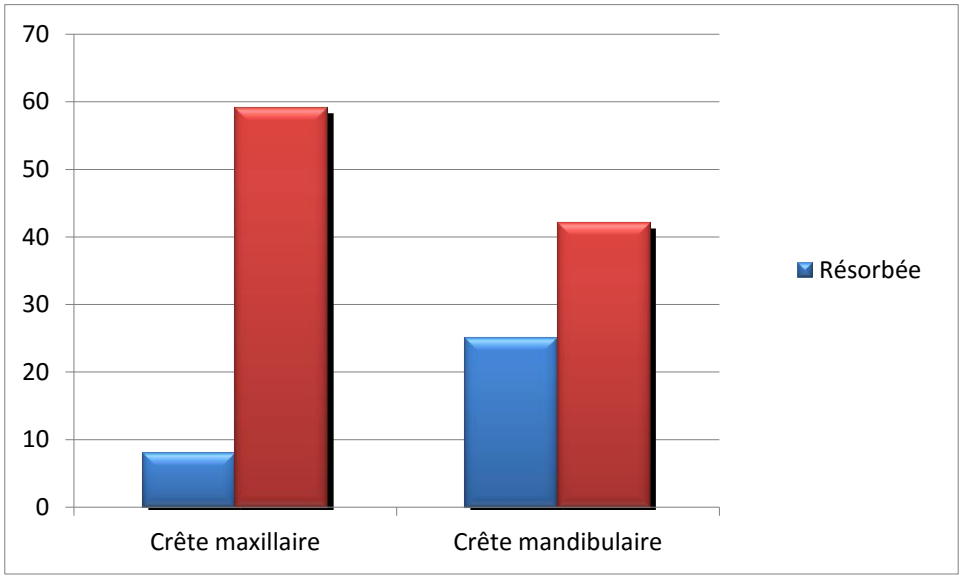


Figure 36: Etat des crêtes

Par la suite, l'examen permettait d'établir un plan de traitement idéal pour chaque résident en précisant :

- Les dents ne semblant pas être conservables ;
- Les dents qui nécessiteraient d'être restaurées par un ou des soins conservateurs ;
- Les dents qui nécessiteraient d'être restaurées par une prothèse amovible ;
- Les résidents nécessitant une réhabilitation par des prothèses amovibles partielles ou complètes.

En moyenne, au sein de l'EHPAD, chaque résident aurait 2,5 dents à extraire et aurait 1 dent qui nécessiterait un soin conservateur. La moitié des résidents ne nécessiterait pas la réalisation de soins conservateurs tandis que pour un quart, 1 soin conservateur serait à réaliser.

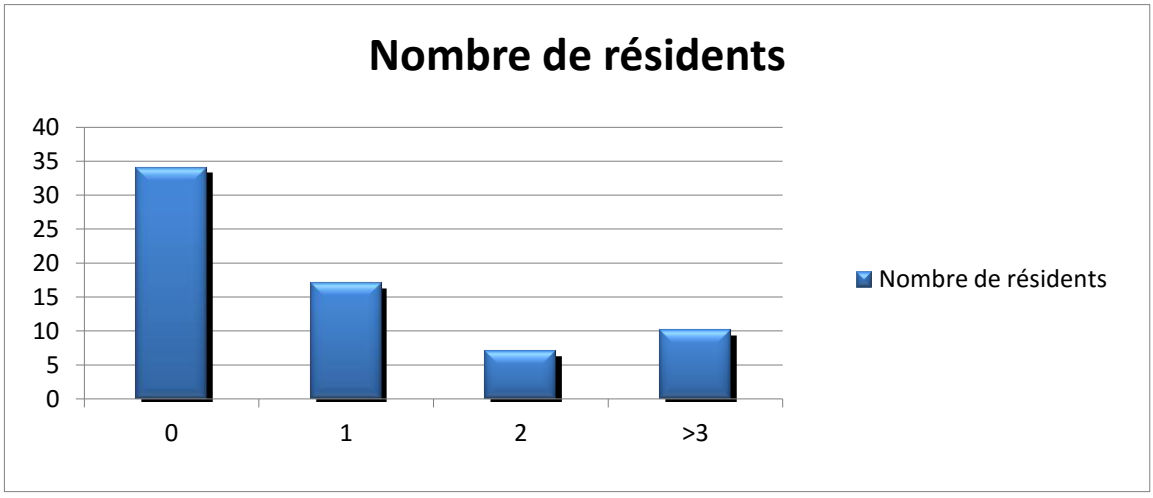


Figure 37: Répartition du nombre de résidents en fonction du nombre de soins conservateurs à envisager

A propos de la prothèse conjointe, 17 résidents sur 67 auraient besoin de prothèse fixée, correspondant plus précisément à une moyenne de 0,3 dent par résident pour la prothèse fixée unitaire et 0,06 dent par résident pour la prothèse fixée plurale.

La moitié des résidents aurait besoin d'une prothèse amovible partielle maxillaire et mandibulaire ou de la réfection de leur(s) ancienne(s) prothèse(s) amovible(s) partielle(s) maxillaire(s) et mandibulaire(s).

Par ailleurs, la confection d'une prothèse amovible complète maxillaire devrait être envisagée chez 20% des résidents et celle d'une prothèse amovible complète mandibulaire chez 15% des résidents.

De manière plus générale et selon ces résultats, 70% des résidents nécessiteraient une réhabilitation prothétique par une prothèse amovible maxillaire et presque 60% des résidents auraient besoin d'une prothèse amovible mandibulaire.

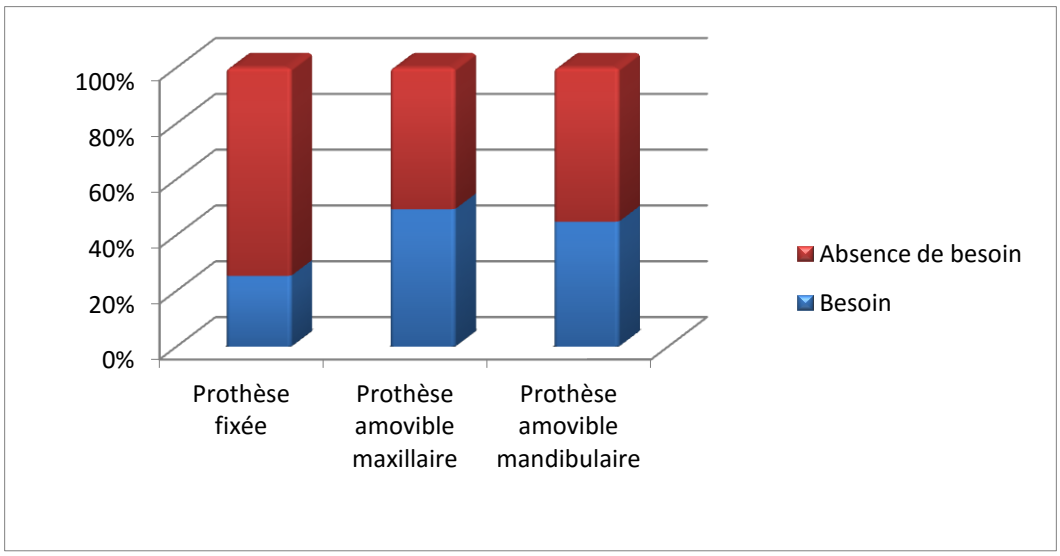


Figure 38: Besoins en prothèse

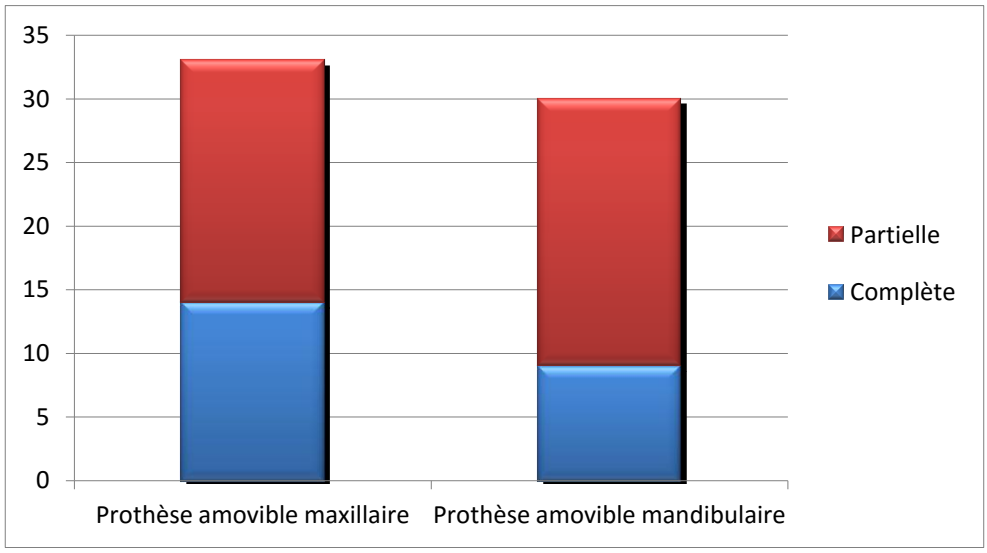


Figure 39: Détails des besoins pour les prothèses amovibles

Enfin, les résidents étaient interrogés sur l'état de leur(s) prothèse(s). Sur les 15 résidents possédant au moins une prothèse amovible, 14 d'entre eux la portaient et seulement un résident ne la portait pas.

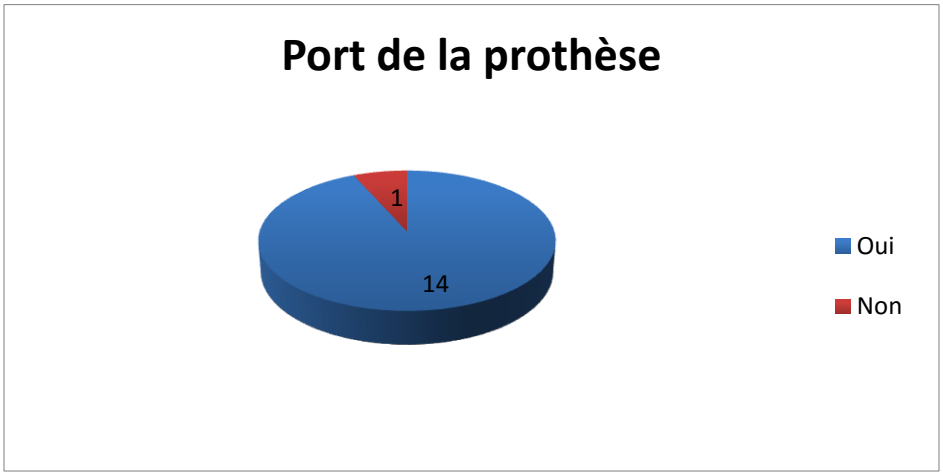


Figure 40: Recensement des prothèses amovibles portées

La moitié des prothèses amovibles était récente (moins de 5 ans selon les déclarations des résidents) et 1/3 avait plus de dix ans. Pour 2 résidents, cette information n'a pas pu être recueillie.

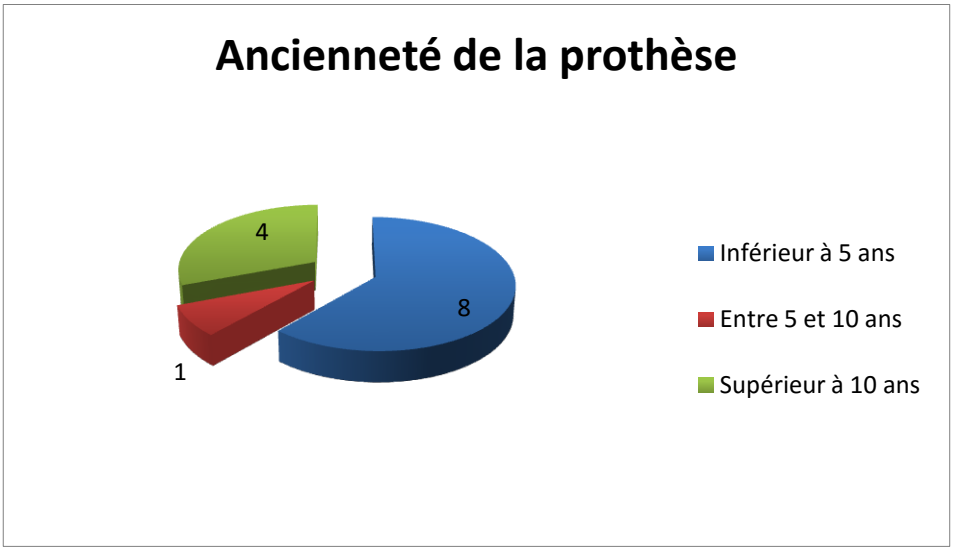


Figure 41: Ancienneté des prothèses amovibles

Enfin, l'examen prothétique était orienté sur l'état apparent des prothèses amovibles. La moitié des prothèses amovibles présentait des dents prothétiques altérées (7 prothèses présentaient des dents sévèrement abrasées).

L'état apparent de la résine était satisfaisant sur 6 prothèses amovibles, moyen sur 2 prothèses amovibles et incorrect sur 6 prothèses amovibles.

Les crochets, quant à eux, avaient un état apparent satisfaisant sur 8 prothèses amovibles et incorrect sur 6 prothèses amovibles.

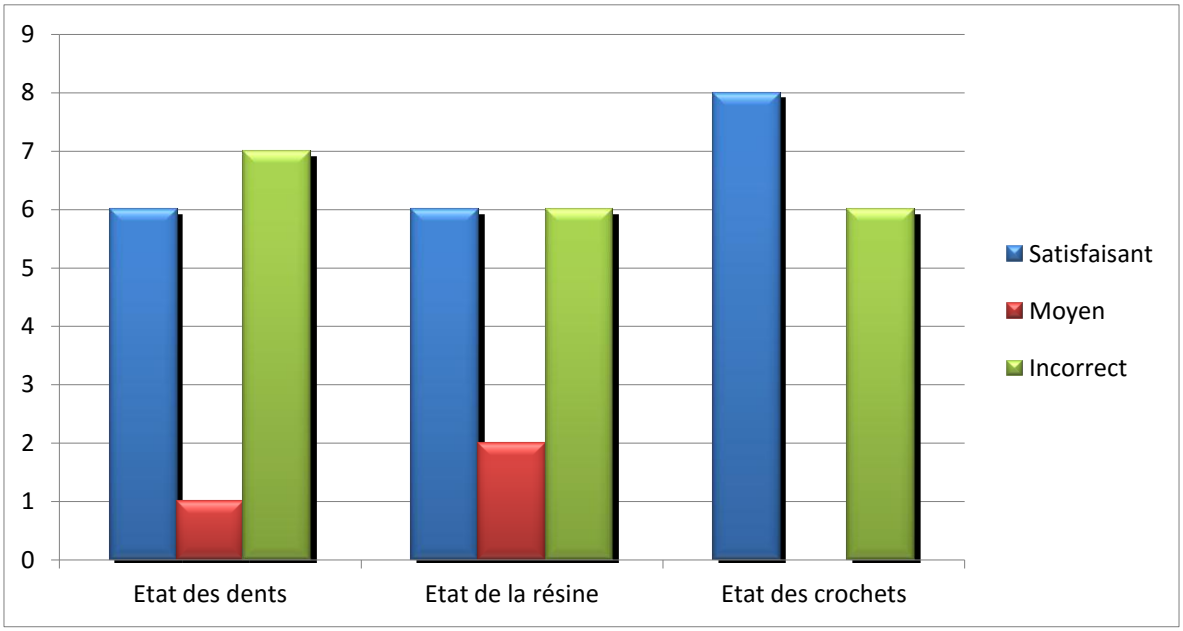


Figure 42: Etat des prothèses amovibles

Par ailleurs, le résident était interrogé quant à la tenue de sa ou ses prothèse(s) amovible(s). Puis, l'adhérence de sa ou ses prothèses était examinée cliniquement. Sur 15 prothèses amovibles maxillaires, 9 étaient adhérentes, une l'était moyennement et 5 ne l'étaient pas.

Concernant les prothèses amovibles mandibulaires, 5 prothèses présentaient une adhérence satisfaisante, l'une une adhérence moyenne et 10 une adhérence incorrecte.

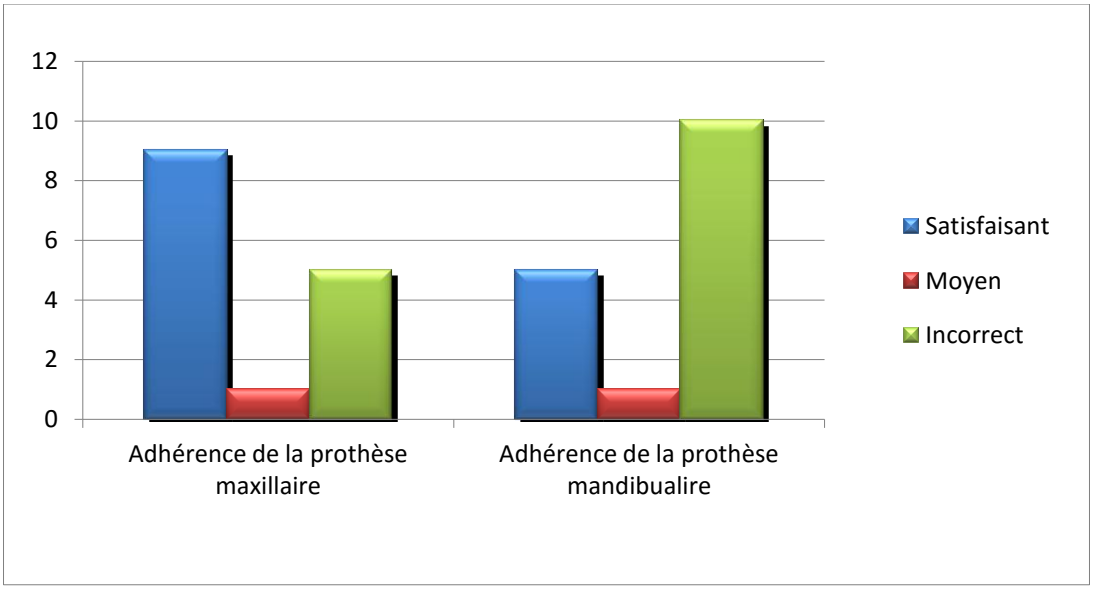


Figure 43: Evaluation de l'adhérence des prothèses amovibles

Après avoir examiné l'état des prothèses, l'examen s'était porté sur leur fonctionnalité.

L'examen prothétique était d'abord orienté sur l'observation du plan d'occlusion. Sur les 15 résidents porteurs de prothèses amovibles au sein de l'EHPAD, 9 résidents avaient un plan d'occlusion satisfaisant (60% des cas), 1 résident avait un plan d'occlusion acceptable et 4 résidents avaient un plan d'occlusion incorrect.

Ensuite, la dimension verticale (DV) était observée chez ces mêmes résidents porteurs de prothèses amovibles. La DV était satisfaisante pour un peu plus de la moitié des résidents (8 résidents), moyenne chez 2 résidents et incorrecte chez 4 résidents.

Puis, l'attention s'est portée sur l'examen de l'Occlusion en Intercuspidie Maximale (OIM) de chaque résident porteur de prothèse(s) amovible(s).

Sur 15 résidents, il a été considéré, selon les critères, que 10 résidents avaient une OIM satisfaisante, 1 seul résident avait une OIM acceptable et 4 résidents avaient une OIM incorrecte.

Pour conclure l'examen prothétique, les guidages antérieurs et latéraux (droit et gauche) ont été observés. Ce dernier examen n'a pu être effectué que sur 9 résidents en raison des problèmes de compréhension ou de réalisation des guidages. En revanche, lorsque ceux-ci étaient réalisables, ils étaient corrects chez 5 résidents et incorrects chez 4 résidents.

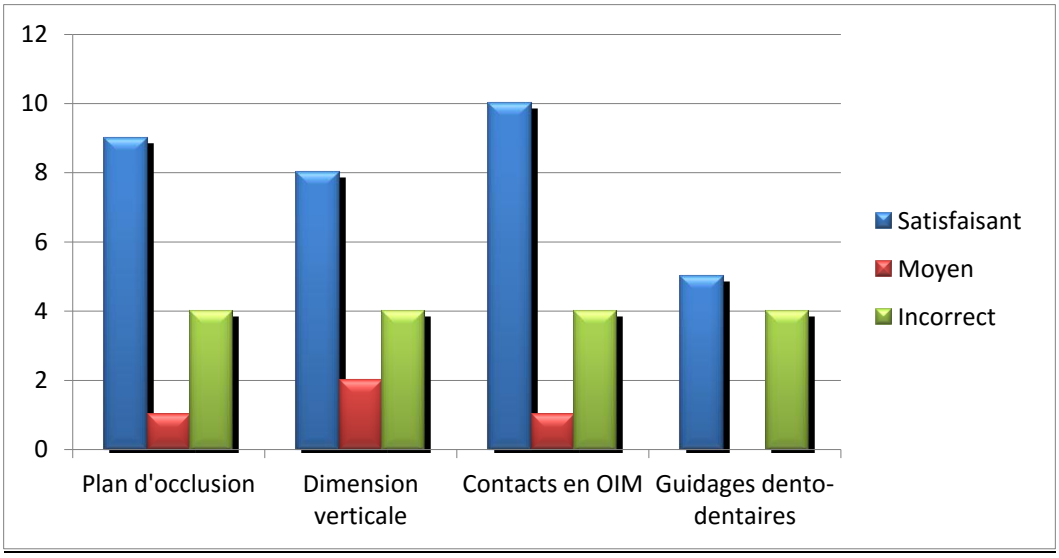


Figure 44: Evaluation des prothèses amovibles

5. DISCUSSION

5.1 A propos de la mise en place du projet

5.1.1 Limites liées à l'échantillon

Sur les 82 résidents présents au moment de la réalisation du projet, 67 y ont participé. La taille de l'échantillon est proche du nombre moyen de résidents présents en EHPAD privé (38).

Comme dans la majorité des EHPAD, au sein de l'échantillon, la répartition hommes/femmes n'était pas égale. En effet, l'échantillon était constitué de ¾ de femmes pour ¼ d'hommes (13).

5.1.2 Limites liées au sujet

5.1.2.2 Paramètres liés à l'opérateur

Le degré de dépendance du résident a entrainé des variations dans la réalisation des bilans bucco-dentaires. Les examens bucco-dentaires n'ont pas pu être entièrement similaires et ainsi comparatifs. En effet, l'accès visuel divergeait lorsqu'ils étaient effectués sur le fauteuil dentaire mis à disposition au sein de l'EHPAD ou directement au lit du résident.

5.1.2.2 Paramètres liés au résident

Il a fallu également prendre en compte la compréhension et la coopération du résident. Insérer des instruments en bouche chez un résident dont les fonctions mentales et intellectuelles sont fortement altérées a pu être considéré comme une démarche intrusive par le résident. En ce qui concerne les résidents déments, les comportements d'agitation et d'agressivité ont entrainé des difficultés quant à la réalisation des examens bucco-dentaires.

5.1.3 Limites liées au questionnaire

Le questionnaire était divisé en deux parties : une première partie nommée questionnaire « résident » et une seconde partie nommée questionnaire « examinateur ». Comme précédemment cité, le degré de dépendance et de compréhension des résidents a diminué la taille de l'échantillon observé pour ce critère.

Des difficultés se sont présentées chez les résidents qui ne pouvaient pas communiquer ou

qui présentaient des troubles mentaux ou intellectuels, notamment lors de la réalisation du test GOHAI uniquement réalisable par un échange oral.

Concernant le questionnaire examinateur, le manque de matériel spécifique et les conditions d'observation des résidents ont pu limiter la qualité des résultats, particulièrement pour la dimension verticale (évaluée habituellement par des tests cliniques et mesurée avec un compas) ou pour l'indice de plaque (nécessitant habituellement du révélateur de plaque).

Pour la population présente au sein de l'établissement, une simple évaluation clinique visuelle a été effectuée pour l'ensemble des paramètres.

Les critères de jugement concernant la gingivite reposaient exclusivement sur la présence de plaque dentaire au collet des dents et l'aspect érythémateux et œdématié de la gencive.

Ceux concernant la parodontite étaient la mobilité et/ou la migration des dents résiduelles, la présence de récessions ou encore des douleurs gingivales associées. Le diagnostic est bien entendu incomplet, puisqu'il n'y a pas de mesure de la perte d'attache (le sondage n'ayant pas été effectué) ni de mesure de la perte osseuse (le bilan radiographique n'étant pas effectué).

Le diagnostic carieux a été établi cliniquement sans radiographie intra-buccale associée. Il a été d'autant plus compliqué à réaliser du fait de la présence de plaque dentaire, de tartre et de rétentions alimentaires qui ont pu nuancer les résultats en masquant les lésions.

Enfin, la mise en évidence de la fonctionnalité des prothèses amovibles a pu être influencée par le manque de compréhension d'un certain nombre des résidents ayant des difficultés à réaliser les guidages fonctionnels. De même, l'évaluation du plan d'occlusion était approximative sans l'aide d'un plan de Fox.

5.1.4 Limites liées à l'observateur

Les bilans bucco-dentaires ont été effectués à tour de rôle par deux étudiantes de 6ème année d'Odontologie. De ce fait, le jugement de certains critères purement cliniques du questionnaire a pu diverger légèrement d'une étudiante à l'autre.

5.2 A propos des résultats

5.2.1 Age et sexe

En 2015, l'espérance de vie à la naissance atteint 79 ans pour les hommes et 85,1 ans pour les femmes en France métropolitaine. Elle augmente depuis 1969, malgré une baisse de trois mois et demi pour les hommes comme pour les femmes en 2015 (36).

A l'image de la population générale, l'âge moyen de l'échantillon (88 ans) correspond à celui fréquemment observé. Il est de 88 ans chez les femmes et de 86 ans chez les hommes dans l'échantillon.

5.2.2 Indice de masse corporelle

Toutes populations confondues, la prévalence de la dénutrition est estimée entre 5 à 10% au niveau national (6).

Au sein de l'EHPAD, 10,5% des résidents sont atteints de dénutrition, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne nationale puisque 15 à 38% des personnes âgées en EHPAD, généralement polymédiquées, souffrent de dénutrition (22).

Chaque résident est pesé tous les mois par l'équipe soignante. L'IMC moyen retrouvé au sein de l'EHPAD est de 23.03 kg/ m^2 pour les femmes et de 25,28 kg/ m^2 pour les hommes, proche de celui observé au niveau national qui est de 24 kg/m² pour une femme de 163cm et de 25 kg/m^2 pour un homme de 175cm.

Chez la personne âgée, à court ou à plus long terme, une perte de poids est un signal d'alerte puisqu'elle traduit une modification de son état de santé général.

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs critères ci-dessous (critères de l'HAS) :

- Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- IMC < 21 ;
- Albuminémie 1 < 35 g/l ;
- MNA global < 17.

Elle entraine des conséquences multiples, à la fois générales et spécifiques chez la personne âgée.

Les conséquences globales ou générales correspondent à :

- Une morbidité et une mortalité augmentées : la malnutrition augmente de 2 à 8 fois le risque de décès et de 2 à 6 fois le risque de morbidité infectieuse chez une personne âgée en institution ou en EHPAD (6) ;

- Une altération de l'état général avec asthénie, amaigrissement constant et fatigue générale ;

- Des troubles psychiques pouvant aller de l'apathie à un syndrome dépressif majeur.

Les conséquences plus spécifiques concernent quant à elles, l'atteinte du système immunitaire et notamment l'atteinte de l'immunité à médiation cellulaire, l'atteinte de l'immunité humorale, et l'atteinte de l'immunité non spécifique. Il est aussi rapporté que la dénutrition représente la première cause d'immunodépression dans le monde. A terme, l'organisme devient aussi plus vulnérable aux infections et peut subir des aggravations des maladies chroniques.

Les autres conséquences affectent l'appareil locomoteur (avec fonte musculaire et fragilisation osseuse), le système digestif, l'état cutané avec entre autres des retards de cicatrisation et une augmentation du risque de développer des ulcérations, des troubles de la glycorégulation, ainsi qu'une fragilisation osseuse.

Enfin, les conséquences économiques et cliniques se traduisent par une durée d'hospitalisation multipliée par 2 ou 4 chez un patient dénutri, ainsi que par une iatrogénie médicamenteuse plus fréquemment retrouvée chez ce type de patient (6).

En conséquence, les retentissements sur le patient dénutri sont à la fois physiques, psychologiques, intellectuels et immunologiques.

Ainsi, il est nécessaire de surveiller certains points critiques afin d'anticiper un risque de dénutrition:

- L'état bucco-dentaire des résidents ;
- Les médicaments dits « à risque » : certains médicaments pouvant avoir des effets anorexigènes ou pouvant entrainer une malabsorption ;
- Les carences vitaminiques (vitamine D et vitamine C notamment) dues à une modification de leur utilisation, à un défaut d'absorption ou de stockage, ou encore à une baisse des apports caloriques ;
- Le risque de fausses routes avec ses origines possibles à rechercher : ORL, neurologique (séquelles d'AVC), démence sévère, prise de neuroleptiques, déshydratation, mauvaise installation du résident au moment de l'alimentation orale ;
- La douleur physique ou morale.

Ces points critiques sont à l'origine de perte d'appétit, de perte de goût ou encore de difficultés à manger, pouvant entrainer une perte de poids. Il est également essentiel de savoir réévaluer et/ou remettre en cause les régimes et les textures des aliments des résidents.

Le lien entre santé bucco-dentaire et dénutrition a fait l'objet de plusieurs études sur lesquelles la Haute Autorité de Santé (HAS) (30) s'est appuyée afin de relever que :

- Le statut dentaire est corrélé aux mesures anthropométriques (échantillon de 130 patients placés en institution) (45) ;

- Le fait de souffrir de troubles de la mastication, de la déglutition ou des douleurs buccales, dentaires ou gingivales, augmente le risque d'être hospitalisé dans l'année qui suit (échantillon de 386 personnes âgées non hospitalisées) (37) ;

- 75 % des patients ayant un mauvais état bucco-dentaire sont classés à haut risque de dénutrition selon l'échelle établie par la Nutrition Screening Initiative, contre 40 % des patients présentant un bon état bucco-dentaire (échantillon de 300 personnes âgées de plus de 50 ans et hospitalisées) (24) ;

- Les patients déclarant avoir des difficultés à manger en raison de problèmes dentaires ont moins de 12 dents ou une prothèse amovible dentaire mal adaptée. Parmi les 78 patients ayant une prothèse amovible complète, 21 la considèrent comme inadaptée. 55 % d'entre eux ont présentés une perte de poids de 10 % dans les 6 derniers mois, contre 22 % chez les patients dont l'appareillage était adapté (échantillon de 99 personnes âgées hospitalisées en gériatrie) (20).

5.2.3 Les pathologies systémiques

De nombreuses études ont présenté une augmentation de la fréquence d'apparition des pathologies systémiques avec l'âge. Ainsi, à partir des dossiers médicaux informatisés, il a été établi que certaines pathologies générales peuvent être en lien avec une pathologie bucco-dentaire ou avoir une répercussion directe ou indirecte sur la santé bucco-dentaire des résidents.

Il s'agissait des pathologies suivantes :

- Les pathologies cardiovasculaires à risque ou non d'endocardite infectieuse ;
- Le diabète ;
- Les pathologies digestives ;
- Les pathologies rhumatismales ;
- Les pathologies tumorales malignes en lien ou non avec la sphère orale et pathologies apparentées ;
- L'immunodépression ;
- Les pathologies neurodégénératives dont la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, ou encore la sclérose en plaque.

Dans la plupart des cas, au sein de l'EHPAD, les résidents souffraient de plusieurs pathologies et plus particulièrement de pathologies cardiovasculaires sans risque d'endocardite infectieuse, du diabète et de pathologies neurodégénératives

Les résidents souffrant de diabète, nécessitent une attention particulière concernant l'hygiène bucco-dentaire et la réalisation des soins bucco-dentaires.

En effet, le diabète de type 1 ou de type 2 est un facteur de risque de parodontite, plus particulièrement chez les sujets avec une régulation métabolique insuffisante (19). La maladie parodontale est considérée comme la sixième complication du diabète (11). Le degré d'atteinte dépend de l'âge du patient et du degré du contrôle métabolique.

Parallèlement, l'inflammation provoquée par les parodontites peut entraîner une résistance à l'insuline. Le diabète devient alors difficile à équilibrer. Les deux pathologies s'additionnent et leur corrélation est réciproque.

Les facteurs à prendre en compte pour une intervention chirurgicale sont notamment :

- Une cicatrisation difficile et le risque infectieux par dysfonctionnement des leucocytes, vieillissement du conjonctif, mauvaise vascularisation terminale et ostéoporose ;
- Un risque de nécrose par mauvaise vascularisation terminale ;
- Un risque de coma hypo ou hyperglycémique.

Les résidents atteints de démence, de type Alzheimer ou apparenté, nécessitent eux, une prise en charge particulière par le chirurgien-dentiste ou par les soignants en EHPAD.

Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire est réellement problématique chez ces résidents déments. Dans les premiers temps de la maladie, le résident oublie ou néglige ses habitudes de contrôle de la plaque bactérienne, d'où l'importance du rôle du soignant ou de la famille de lui rappeler. Puis, en avançant dans la maladie, le résident se retrouve incapable de réaliser seul les gestes quotidiens d'une bonne hygiène bucco-dentaire en raison de troubles praxiques. La prise en charge est donc compliquée d'autant plus qu'il peut s'y associé un comportement opposant voir agressif.

De plus, l'impersistance motrice les empêche de maintenir une posture exécutée sur ordre ce qui signifie par exemple que le résident ouvre la bouche puis la referme aussitôt. De même, des comportements de type hallucination kinesthésique, syncinésie, ou des stéréotypies bucco-linguales par des mouvements ou des attitudes répétitives compliquent la réalisation de soins ou l'hygiène bucco-dentaire.

L'attitude du résident face aux soins sera conditionnée par une crainte préalable du chirurgien-dentiste liée à de mauvais souvenirs du résident face aux soins.

De manière plus générale, le résident atteint de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée est régulièrement anxieux en présence d'une situation inhabituelle. Il pourra alors adopter un comportement imprévu parfois violent en réponse à une frustration, par manque de

compréhension des instructions, de demandes qui lui sont faites, ou encore par peur ou par anxiété.

En conséquence, il faudra être d'autant plus attentif à ces résidents puisqu'ils présentent un risque carieux et parodontal élevé.

5.2.4 Catégories GIR

En France, 72 % des résidents en EHPAD ont un GIR Moyen Pondéré (GMP) compris en 600 et 800 (signifiant GIR 2 ou 3) (71) ce qui signifie une importance dépendance des résidents. Ces données se rapprochent de celles retrouvées au sein de l'EHPAD où 60% des résidents sont GIR 2 ou GIR 3. Ces résidents sont aussi dans un état de dépendance partielle ou totale concernant l'hygiène bucco-dentaire.

Le personnel soignant a alors pour objectif de maintenir au mieux la santé orale de chaque résident en adaptant les techniques d'hygiène bucco-dentaire et la surveillance de chaque résident.

Les infirmières vont ainsi avoir comme rôles :

- Le rappel des consignes d'hygiène bucco-dentaire, incluant le brossage des dents ;
- L'entretien avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires ;
- Les soins de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux.

Les aides-soignants vont pour leur part, sous la responsabilité de l'infirmier et en collaboration avec lui, réaliser :

- L'hygiène dentaire : application des consignes buccodentaires et du brossage des dents ainsi que l'entretien des prothèses ;
- L'observation de l'état clinique afin d'identifier tout signe d'appel (douleur, refus de s'alimenter, modification de l'état bucco-dentaire) ;
- Recherche d'éventuels besoins ou anomalies après inspection de la bouche et des dents (en le référant au médecin coordonateur) ;
- La réalisation de soins de bouche non-médicamenteux des personnes dépendantes.

Or, aujourd'hui, le personnel soignant reste peu formé à l'hygiène bucco-dentaire et à son importance et ses retentissements sur la santé générale (51).

Pour remédier à ce manque de connaissances, l'UFSBD développe depuis plusieurs années des programmes de prévention bucco-dentaire en formant le personnel soignant en EHPAD, en sensibilisant les personnes âgées et en dépistant les besoins de soins bucco-dentaires. L'objectif principal de ces formations est d'améliorer les connaissances et les compétences des équipes soignantes afin de garantir au mieux le maintien et la surveillance de l'hygiène bucco-dentaire des résidents. Elle s'organise en deux parties : une partie théorique et une partie pratique où les soignants sont confrontés à des situations réelles.

Les formations favorisent ainsi la prise de conscience par le personnel soignant de l'importance de son rôle dans l'hygiène bucco-dentaire.

Un autre point particulièrement important à prendre en compte, est l'implication des familles dans l'hygiène bucco-dentaire des résidents. Le soutien des familles est indispensable dans l'accompagnement et le suivi des soins nécessaires. De plus, la famille à un rôle indispensable quant à la mise à disposition du matériel d'hygiène bucco-dentaire adapté au résident.

La prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire au sein de l'EHPAD est donc pluripersonnelle.

5.2.5 Test GOHAI

Le score moyen obtenu pour le test GOHAI au sein de l'EHPAD est de 51. De manière générale, les réponses au questionnaire de qualité de vie révèlent que les résidents ont peu de difficultés à couper ou mastiquer les aliments. Les résultats se sont révélés similaires chez des résidents édentés appareillés ou non appareillés. Néanmoins, en parallèle le personnel soignant de l'EHPAD adapte, en fonction de la capacité masticatoire et de la capacité de déglutition de chaque résident, son régime (normal, haché ou mixé). Par conséquent, leur état dentaire ou prothétique ne constitue pas une limite pour leur alimentation, déglutition ou phonation.

En outre, les résidents ne semblent pas ou peu dérangés par l'aspect de leurs dents ou de leur(s) prothèse(s) dentaire(s), qui ne les limite pas dans le contact avec les autres. Peu de résidents se plaignent de douleurs. Quand c'est le cas, il s'agit le plus de douleurs liées au port de la ou des prothèses dentaires.

Les résultats obtenus au sein de l'EHPAD sont similaires à ceux obtenus dans une étude réalisée dans le Nord Pas de Calais par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie en 2005 et 2006 sur 975 résidents hébergeant en EHPAD (53), montrant également que les

résidents étaient globalement satisfaits de leur état de santé bucco-dentaire (la moyenne du test GOHAI était de 52.7).

5.2.6 Hygiène bucco-dentaire des résidents

Au sein de l'EHPAD, à peine 75% des résidents se brossent quotidiennement les dents (seuls ou assistés par le personnel) et environ 20% des résidents affirment ne pas se brosser les dents ou uniquement moins d'une fois par mois. De même, 75% des résidents de l'EHPAD présentent de la plaque dentaire visible à l'œil nu. Ces données sont comparables à l'étude réalisée par le Dr Isabelle Loirat, dans le cadre du mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Université Médecin Coordonnateur d'EHPAD. En effet, sur un échantillon de 80 résidents en EHPAD, il est retrouvé chez plus de 80% des résidents de la plaque dentaire visible à l'œil nu.

Pourtant, l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées résidant en EHPAD représente un enjeu de santé publique. Une majorité des résidents en EHPAD présente en effet une hygiène buccale insuffisante et des besoins de soins dentaires.

En moyenne, 35 à 50% des résidents de ces établissements souffrent de pathologies bucco-dentaires (14). Or, les pathologies bucco-dentaires en EHPAD sont très souvent liées à un déficit d'hygiène. Les personnes âgées en perte d'autonomie ne sont plus toujours en capacité d'assumer seules leur hygiène bucco-dentaire et les personnels soignants sont souvent peu formés pour prendre en charge les pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Pour autant, les trois quarts des résidents de l'EHPAD « La Chézalière » et les deux tiers de l'échantillon observé par le Dr Isabelle Loirat, cité ci-dessus, sont autonomes pour leur hygiène bucco-dentaire.

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire est une des causes principales de la survenue de maladies parodontales. En France, 69% des personnes âgées de 64 à 69 ans en sont atteints (35).

On distingue deux principaux types de maladies parodontales : la gingivite et la parodontite.

La gingivite se définit par une inflammation de la gencive, le plus souvent liée à l'accumulation de plaque dentaire. Les signes cliniques les plus courants montrent une gencive œdématiée, érythémateuse, douloureuse ou indolore, saignant au brossage. Parmi les résidents de l'EHPAD, 42 présentaient une gingivite soit plus de 60% des résidents et 23 étaient atteints de parodontite soit environ 35%.

Les parodontites, sont des lésions du parodonte profond, d'étiologie infectieuse, à manifestations inflammatoires entraînant la destruction des tissus de soutien de la dent: l'os alvéolaire et le ligament alvéolodentaire. Ces lésions sont caractérisées cliniquement par la présence d'une inflammation gingivale, d'une poche parodontale due à la migration apicale de l'attache épithéliale ainsi que par la perte de l'os alvéolaire et du ligament alvéolodentaire. L'augmentation de la prévalence de parodontite chez le sujet âgé est acquise : les individus âgés de 65 à 74 ans ont 24 fois plus de risque que ceux âgés de 25 à 34 ans d'être atteints de parodontites (11). Cette vulnérabilité est associée à différents facteurs de risque tels que l'immunodéficience, l'altération physique ou psychologique.

5.2.7 Pathologies des muqueuses, blessures et sécheresse buccale

Parmi les résidents examinés, 2 présentaient une pathologie des muqueuses. Ces lésions, bien que le plus souvent bénignes, peuvent constituer un "terrain" propice à une éventuelle dégénérescence en tumeur maligne. Ainsi, toute lésion qui persiste malgré la suppression de sa cause présumée, doit faire l'objet d'une biopsie.

D'autre part, ces lésions peuvent être très fréquemment la conséquence d'une hygiène bucco-dentaire défaillante ou de prothèse(s) amovible(s) mal adaptée(s) (42). Une mauvaise adaptation des prothèses amovibles peut en effet être à l'origine de blessures au niveau des muqueuses buccales. C'était le cas pour 2 résidents au sein de l'échantillon.

Enfin, la sensation de bouche sèche (xérostomie) peut être observée chez la personne âgée. Au sein de l'EHPAD, 4 résidents se plaignent de xérostomie. On observe chez les personnes âgées une diminution du potentiel sécrétoire du parenchyme glandulaire fortement associée à d'autres facteurs de risque, tels que la polymédication ou la déshydratation.

5.2.8 Prothèses dentaires

La prothèse a pour but de participer au bien-être et à la qualité de vie des résidents. Un édentement non compensé peut entrainer un handicap esthétique ou fonctionnel. Il résulte le

plus souvent d'une conséquence d'une pathologie infectieuse telle que les caries dentaires ou les parodontopathies.

De façon indirecte, c'est aussi le reflet de l'accessibilité aux soins dentaires. Pour compenser ces édentements, des solutions prothétiques peuvent être envisagées. On retrouve classiquement, trois grands types de prothèses :

- La prothèse conjointe unitaire ou plurale ;
- La prothèse amovible partielle ou complète ;
- La prothèse implantaire.

Au sein de l'EHPAD de la Chézalière, plus de 80% des résidents étaient porteurs d'au moins une prothèse conjointe. Il a été recensé 34 prothèses amovibles dont 20 prothèses amovibles maxillaires et 14 prothèses amovibles mandibulaires.

En France, l'épidémiologie concernant les sujets édentés est insuffisamment connue. Les études publiées sont peu comparables en raison de la faiblesse des échantillons, et de ce fait, l'extrapolation à l'ensemble de la population est difficile. Par exemple, on retrouve 34,4% de sujets totalement édentés vivant en EHPAD en Essonne (âge moyen de 86 ans) (16), contre 16% pour les résidents en institution dans la région Rhône-Alpes (âge moyen compris entre 65 et 74 ans) selon une étude réalisée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en 2000.

Néanmoins, les études internationales qui se réfèrent le plus souvent aux populations nord-américaines, scandinaves et anglo-saxonnes décrivent entre 35 et 40% de sujets édentés totaux à partir de 65 ans (3). En outre, il ressort qu'au cours de ces dernières décennies, la prévalence de l'édentement diminue.

Il convient également de prendre en compte les sujets âgés ayant un faible nombre de dents résiduelles, qualifiées d'édentés subtotaux avec un niveau de déficience quasi comparable à un édenté total. En Essonne, 30% des résidents en EHPAD présentent moins de dix dents restantes (17).

Il ressort des bilans bucco-dentaires, que 14 résidents nécessiteraient une prothèse amovible complète maxillaire soit environ 20% des résidents et 9 résidents une prothèse amovible complète mandibulaire soit près de 15% des résidents. En ce qui concerne les prothèses amovibles partielles, la moitié des résidents aurait besoin d'une prothèse amovible maxillaire partielle ou nécessiterait la réfection de leur ancienne prothèse amovible partielle maxillaire. 30 résidents sur 67 auraient besoin d'une prothèse amovible partielle mandibulaire ou d'une réfection de leur ancienne prothèse.

Cependant, ces résultats sont à pondérer puisque lors du recensement, n'étaient pris en

compte que les édentements et non la faisabilité de leur traitement. Dans le cas d'un résident dément et opposant édenté total, il était comptabilisé la nécessité d'une prothèse amovible complète maxillaire et d'une prothèse amovible complète mandibulaire alors que la confection de celles-ci semblait inenvisageable. En effet, la réalisation d'une prothèse amovible requiert la coopération totale du résident (séances longues, sollicitation du résident pour prononciation des phonèmes particuliers et enregistrement de l'occlusion). Il est alors difficile d'évaluer parfaitement le besoin en prothèse des résidents sans tenir compte de leur état de santé général et de leur niveau de dépendance.

5.3 Les besoins en soins bucco-dentaires des personnes âgées en EHPAD

Malgré la publication de nombreuses études mettant en évidence un lien entre un mauvais état bucco-dentaire et un certain nombre de maladies systémiques, le maintien d'une bonne santé orale n'est pas encore suffisamment pris en compte dans le parcours de soins.

Premièrement, il faut souligner que la prise en charge des pathologies bucco-dentaires ne constitue pas un coût financier supérieur au traitement d'autres pathologies mais il est en revanche très faiblement pris en charge par l'assurance maladie. Ainsi, dans la réforme relative aux modalités de tarification et de financement en EHPAD, les forfaits de prise en charge ne prennent pas en compte les soins bucco-dentaires. Ceci engendre de réelles difficultés notamment par rapport à la prise en charge des déplacements des chirurgiens-dentistes en institution. De plus, la loi de santé publique du 9 août 2004 n'évoque la santé bucco-dentaire qu'à travers le problème de la dénutrition et non comme une entité à part entière. De plus, les outils d'évaluation de la dépendance (Grille AGGIR) et des pathologies (PATHOS) ne prennent pas en compte l'état bucco-dentaire des personnes évaluées.

En second lieu, il faut souligner le manque de protocoles établis et validés au sein des établissements et l'absence de formation du personnel soignant dans ce domaine. En effet, dans le cursus des infirmier(e)s et des aides-soignant(e)s, les soins bucco-dentaires ne sont évoqués qu'à travers les soins d'hygiène. Les spécificités de la personne âgée semblent peu abordées, même si elles commencent tout de même à être prises en compte durant le cursus d'odontologie (le chirurgien-dentiste n'intervenant pas de façon régulière en EHPAD). A ces lacunes viennent s'ajouter le manque de temps et la peur de l'agressivité des personnes âgées envers le personnel soignant. On note enfin qu'au-delà des insuffisances de formation

continue, la prise en compte de la santé bucco-dentaire reste le plus souvent propre à la volonté de chaque établissement.

Il apparaît en conséquent, que c'est bien à l'équipe médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, directeur qu'il appartient d'intégrer les soins d'hygiène orale dans le parcours de soins.

Il convient alors de déterminer quels sont les soins sur le plan préventif et sur le plan curatif qu'il serait nécessaire de prodiguer aux résidents en EHPAD, en tenant compte du contexte de soins particulier.

5.3.1 Bilan bucco-dentaire

Tout d'abord, il semble nécessaire de systématiser à chaque entrée d'un nouveau résident en EHPAD la réalisation d'un examen clinique bucco-dentaire. Ce bilan permet ainsi d'évaluer l'état de santé, la présence ou non de prothèses intra-buccales et leurs besoins en soins dentaires. De même, une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste serait indispensable pour mettre en place un suivi préventif, un contrôle des prothèses et ainsi dépister toute pathologie orale. Reste la difficulté liée à la coopération du résident, la difficulté de le déplacer, d'un éventuel accompagnement et de le prendre en charge au cabinet dentaire.

5.3.2 Besoins en soins préventifs

Les soins de prévention sont essentiels pour le maintien d'une bonne santé orale. Ils sont indispensables puisqu'ils permettent de diminuer les facteurs de risque pouvant entraîner des pathologies dentaires ultérieures. Ils sont d'autant plus nécessaires que les soins curatifs sont réalisés dans un contexte le plus souvent difficile.

5.3.2.1 Hygiène bucco-dentaire

Le maintien d'une hygiène buccale satisfaisante repose sur l'élimination de la plaque dentaire par l'instauration de mesures d'hygiène bucco-dento-prothétique adaptées. Quel que soit le niveau de dépendance du résident, les soins d'hygiène doivent être réalisés en coopération avec le personnel soignant.

L'hygiène bucco-dento-prothétique consiste en un brossage des dents, des muqueuses et

le nettoyage des prothèses. Il convient de distinguer trois protocoles différents en fonction de l'autonomie et de la coopération des résidents:

- Résidents non dépendants ;
- Résidents dépendant et coopérants ;
- Résidents dépendants non coopérants voire opposants.

5.3.2.1.1 Résident non dépendant

Le personnel soignant doit rappeler aux résidents de se brosser les dents avec un dentifrice fluoré (1500 ppm) au moins chaque soir et de nettoyer la ou leur(s) prothèse(s).

Selon sa dextérité, le résident pourra utiliser une brosse à dents électrique ou une brosse à dents souple avec un manche de préhension spécifique.

Protocole:

▪Se brosser séparément les dents maxillaires et les dents mandibulaires ;

▪Faire des mouvements circulaires en frottant les dents et en massant les gencives ;

▪Brosser tout au long des arcades, en déplaçant la brosse à dents à chaque fois dans sa longueur ;

▪Terminer par un brossage horizontal des faces occlusales (faces de dessus), des prémolaires et des molaires pour nettoyer les anfractuosités et les sillons des dents ;

▪Brosser la face interne des dents.

Le soignant contrôle périodiquement l'efficacité du brossage et vérifie l'usure de la brosse à dents (il est nécessaire de changer la brosse à dents environ tous les 3 mois).

5.3.2.1.2 Résident dépendant et coopérant

Au préalable le personnel soignant doit prévenir le résident et expliquer le soin, même en cas de difficulté de communication. Il effectue une désinfection des mains à l'aide d'une solution hydro-alcoolique. Le résident doit être installé confortablement. Dans le cas d'une personne alitée, la position semi-assise est de règle. Dans le cas d'une personne en fauteuil roulant, il faut vérifier le blocage des freins et maintenir la tête du résident autour de son bras.

Le personnel soignant devra avoir à sa disposition une brosse à dents électrique ainsi qu'une solution pour bain de bouche.

Certains résidents peuvent présenter un réflexe nauséeux rendant la tâche difficile voire

impossible pour le soignant. Des essais répétés peuvent permettre assez fréquemment de surmonter cette difficulté.

Protocole:

▪ Retirer les prothèses amovibles ;
▪ Tremper l'embout de la brosse à dents dans le bain de bouche ;
▪ Allumer la brosse à dents ;
▪ Brosser toutes les dents du résident, arcade par arcade.

5.3.2.1.3 Résident dépendant non coopérant voire opposant

Ces soins sont réalisés par défaut, dans le cas d'une impossibilité de brossage. En aucun cas ils ne sont équivalents à un brossage dentaire, qui reste le seul moyen efficace pour assurer une hygiène satisfaisante au quotidien. Ces soins relèvent d'une décision commune entre le chirurgien-dentiste et l'équipe médicale.

Si l'utilisation de la brosse à dents électrique n'est pas possible, deux possibilités sont envisageables :

- L'utilisation de compresses humides roulées autour de l'index ganté ;
- L'utilisation de compresses montées sur une pince Kocher ou un bâtonnet ouaté.

Protocole:

▪ Effectuer une désinfection des mains à l'aide d'une solution hydro-alcoolique ;
▪ Prévenir le patient, expliquer le soin ;
▪ Installer le patient de préférence en position assise ;
▪ Vérifier l'état de la bouche : lèvres, muqueuses, langue, dents, gencive ;
▪ Tremper la compresse dans le bain de bouche dilué et l'essorer ;
▪ Enrouler la compresse autour de l'index ganté ;
▪ Passer la compresse sur les dents et la gencive, arcade par arcade, en commençant par le maxillaire ;
▪Nettoyer la bouche d'arrière en avant ;
▪Passer sur la face interne des joues, sur la langue et sur le palais (dans certains cas, un réflexe nauséeux peut rendre la tache difficile voire impossible au moins d'emblée)
▪Vérifier que les débris soient bien éliminés.

Ces soins de bouche doivent être réalisés au mieux trois fois par jour, sinon au moins une fois par jour, de préférence le soir, pour éviter la stagnation des aliments toute la nuit associée à l'hyposialie nocturne physiologique.

5.3.2.2 Hygiène des prothèses amovibles

Pour le nettoyage des prothèses amovibles, sont nécessaires:

▪Une brosse (type brosse à ongles réservée exclusivement à cet usage ou brosse à dents) ;

▪Du savon, type savon de Marseille pur (sans parfum) ;

▪Une boîte spéciale individuelle.

Protocole:

▪Retirer les prothèses amovibles de la bouche du résident ;

▪Brosser les prothèses soigneusement à l'eau savonneuse au-dessus du lavabo rempli d'eau, pour éviter les risques de fracture en cas de chute ;

▪Rincer la prothèse à l'eau claire ;

▪Replacer les prothèses non séchées dans une boîte individuelle.

Ces gestes d'hygiène doivent être réalisés chaque soir au coucher.

L'immersion de la prothèse dans une solution de peroxyde alcalin pendant 10 minutes, peut être effectuée une à deux fois par semaine. Cependant, elle ne remplace pas le brossage de la prothèse qui doit être réalisée au préalable.

Le recours aux ultrasons, associés à une solution désinfectante, peut être un moyen envisagé par le personnel soignant pour entretenir les prothèses des résidents. Cependant, il nécessite un investissement de l'institution.

5.3.2.3 Détartrage

En complément de ces mesures d'hygiène quotidienne, la réalisation par le chirurgien-dentiste d'un détartrage est indiquée. Le détartrage aux ultrasons est nécessaire pour éliminer le tartre supra gingival et les colorations externes de l'émail.

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 élevé de fausse route, il est possible de procéder à un détartrage manuel à l'aide de curettes.

Idéalement, le détartrage devrait être réalisé une à deux fois par an par le chirurgien-dentiste.

5.3.3 Besoins en soins curatifs

Les soins curatifs doivent être réalisés par un chirurgien-dentiste sur un fauteuil dentaire. Il doit disposer d'une installation spécifique accessible au résident.

Tous les types de soins sont réalisables en fonction de l'état de santé et de la coopération du résident.

Pour la réalisation des soins conservateurs, plusieurs types de restaurations peuvent être envisagées : l'amalgame, les résines composites ou encore le Ciment Verre Ionomère.

En ce qui concerne la réalisation des traitements endodontiques chez les personnes âgées, il s'agit d'un acte difficile voire impossible qui demande un plateau technique adapté. En effet, en raison de la longueur des séances et de la difficulté technique du geste opératoire, une parfaite coopération est nécessaire.

En cas de présence de foyers infectieux dentaires, l'indication d'extraction peut être posée. Des précautions particulières devront être prises, notamment face aux risques infectieux ou hémorragiques, tout en tenant compte du stress du résident, de la douleur et des traitements médicamenteux en cours et bien sûr de l'état général.

Les soins prothétiques sont le plus souvent des soins qui s'inscrivent dans la durée et demandent une parfaite coopération du résident. Ainsi, face à un résident porteur de prothèses amovibles inadaptées, faisant son entrée dans l'EHPAD, il faudrait se demander s'il n'est pas préférable de lui confectionner de nouvelles prothèses en amont. Ceci, dans un souci d'anticipation face à une éventuelle aggravation de son état général.

Pour tous les résidents, chaque traitement sera envisagé en tenant compte de son état de santé, aussi bien buccal que général. Le but à long terme étant d'assainir la cavité buccale en évitant le risque d'infection. Des compromis seront le plus souvent nécessaires car avant toute chose, c'est la volonté du résident qui doit être prise en compte. Face un résident qui n'émet aucune demande de restauration, ne présente pas de douleurs ou de sensation d'inconfort, seuls les soins d'hygiène devront être délivrés. Un traitement réaliste sera envisagé en fonction de l'état de santé du résident, de la fragilité des tissus oraux, puis du niveau de coopération.

Le rôle du chirurgien-dentiste est donc:

- D'informer et de former le personnel à la réalisation des soins d'hygiène orale en tenant compte des difficultés qui peuvent être rencontrées ;

- D’établir pour chaque résident un protocole détaillé des mesures d’hygiène adaptées à son autonomie ;

- De maintenir la motivation du personnel soignant et assurer le maintien de ces mesures.

5.4 Les différentes possibilités de prise en charge pour la réalisation des soins

Comme il l’a été évoqué auparavant, la réalisation des soins bucco-dentaires et notamment la réalisation des soins curatifs, pose le problème d’accessibilité pour les résidents. Maintes solutions peuvent être envisagées:

- Une consultation dans une structure de soins ;
- Une intervention d’un chirurgien-dentiste au sein de l’EHPAD avec un rôle de consultant ;
- Une intervention d’un chirurgien-dentiste au sein de l’établissement avec une réalisation des soins dans la chambre du résident ;
- Une intervention d’un chirurgien-dentiste au sein de la structure avec une réalisation des soins dans un local aménagé spécifiquement.

5.4.1 Consultation dans une structure de soins

Cette première solution consiste à adresser les résidents directement chez le chirurgien-dentiste, soit dans un cabinet libéral soit dans une structure de soins hospitalière avec un service d’odontologie. Le déplacement nécessite le plus souvent un transport en VSL ou ambulance d’où une augmentation du coût. Cette solution est préconisée par l’un des syndicats CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires). En effet, cette alternative parait la plus adaptée puisque le chirurgien-dentiste dispose dans son cabinet de tout le matériel nécessaire avec la possibilité d’aide au fauteuil par l’assistante dentaire. Le travail du chirurgien-dentiste est alors optimisé et les normes d’hygiène sont respectées.

5.4.2 Intervention d’un chirurgien-dentiste au sein de l’EHPAD avec un rôle de consultant

Dans ce cas de figure, le rôle du chirurgien-dentiste n’est pas de soigner les résidents mais d’établir un diagnostic. Il s’agit pour le chirurgien-dentiste de réaliser des bilans bucco-dentaires, pour pouvoir ainsi transmettre les informations concernant l’état de santé bucco-dentaire des résidents au personnel soignant. Ce bilan pourra être réalisé à l’entrée du résident dans l’EHPAD, mais également de façon régulière, tous les ans. Si lors de ces bilans, le chirurgien-dentiste constate la nécessité de soins, le résident pourra alors être adressé chez un

chirurgien-dentiste. Il peut ainsi faire le lien avec le praticien, notamment en prémédiquant le résident si l'état de santé du résident le justifie. De plus, le chirurgien-dentiste a pour rôle de motiver et de former régulièrement le personnel soignant afin de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire des résidents.

Cette alternative présente l'avantage d'offrir un suivi régulier et rigoureux de l'état de santé bucco-dentaire des résidents associé à une traçabilité grâce au remplissage du dossier médical de chacun.

Néanmoins, l'obstacle majeur est le coût que représente l'intervention du chirurgien-dentiste. En effet, la direction de l'établissement doit lui mettre à disposition du matériel adéquat pour la réalisation des bilans (kits d'examen, fauteuil et éclairage adapté).

5.4.3 Intervention d'un chirurgien-dentiste au sein de l'EHPAD avec réalisation des soins dans la chambre du résident

Il est désormais possible de prodiguer des soins bucco-dentaires au chevet du patient grâce à l'utilisation d'units portatifs disponibles auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes.

Néanmoins, cette solution se heurte à de nombreuses difficultés:

- Avant tout, l'évaluation des risques, mais aussi la difficulté de gérer l'état général du patient sans aide opératoire formé aux gestes dentaires (manque de coopération, démence, fatigue) ;
- La durée importante de l'acte en prenant en compte le temps pour l'installation du matériel, le temps d'intervention, le temps de nettoyage, et le temps de trajet ;
- Le plateau technique : il faut prévoir en amont tous les matériaux nécessaires pour la réalisation du soin ;
- La désinfection du lieu de soins ainsi que la stérilisation du matériel ;
- La rémunération du chirurgien-dentiste intervenant.

En conséquent, cette solution demande au chirurgien-dentiste un investissement personnel important.

5.4.4 Intervention d'un chirurgien-dentiste au sein de l'EHPAD avec réalisation d'actes dans un local aménagé spécifiquement

La mise à disposition par l'établissement au sein même de l'EHPAD d'un local aménagé peut faciliter la prise en charge des résidents. En effet, cela limite les problèmes d'accessibilité et notamment les problèmes liés au transport. Cela engendre moins de fatigue pour le résident en raison de la proximité.

L'établissement doit s'engager à aménager un local avec un fauteuil dentaire modulable, un scialytique, du matériel dentaire et les matériaux nécessaires. Cette installation représente un coût important pour la direction, en sachant que le local ne pourra servir, en dehors d'une consultation ou d'un bilan, qu'à la réalisation d'actes simples (concernant surtout la prothèse amovible). Le respect des normes d'hygiène et notamment la stérilisation des instruments non jetables impose des contraintes supplémentaires à l'établissement.

Pour un maintien d'une bonne santé orale des résidents, quelle que soit l'alternative choisie, une communication entre l'équipe soignante et le chirurgien-dentiste doit être établie. Cette entente est la base fondamentale pour pouvoir assurer des soins d'hygiène bucco-dentaires optimaux et pour pouvoir ainsi envisager par la suite, des soins plus complexes. Si l'hygiène quotidienne est négligée, aucun autre type de soin ne pourra être planifié.

5.5 Perspectives d'avenir pour le maintien d'une bonne santé orale des résidents

A l'heure actuelle, la prise de conscience de la problématique bucco-dentaire chez les personnes âgées en EHPAD, peut être soulevée grâce aux nombreuses expérimentations mises en œuvre dans les différentes régions. Ces divers projets résultent d'un accord conclu entre les directeurs des établissements et les institutions régionales, qui permettent leur financement. Même si pour la plupart l'expérience est réalisée à petite échelle dans un premier temps, tous ces projets tendent à être généralisés par la suite.

5.5.1 L'expérience U.F.S.B.D

L'UFSBD, l'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire, association de la loi de 1901, est l'organisme de la profession dentaire dont l'objet est «de susciter, d'animer et de coordonner tous les efforts entrepris en faveur de la santé bucco-dentaire en France ». Le champ de l'accès à l'hygiène des personnes âgées dépendantes constitue à l'heure actuelle un de leurs principaux projets. Cette association constate que, parmi les personnes vivant en

EHPAD, une large majorité (85 % des résidents) a été identifiée comme ayant besoin d'une consultation dentaire, et 40 % ont au moins une dent cariée et au moins une dent douloureuse à extraire. Une majorité d'entre eux (80%) n'a pas eu de consultation dentaire depuis 5 ans. D'après la dernière étude de l'Institut de Veille Sanitaire (Mars 2013), la vie en institution réduirait le recours au chirurgien-dentiste de près de 25%, par rapport à la vie à domicile (27).

Face à ce constat, l'UFSBD a entrepris une expérimentation en partenariat avec 500 EHPAD en France visant à améliorer la santé bucco-dentaire.

Les objectifs principaux de l'action sont:

- D'améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes ;

- De compléter ou de permettre aux soignants d'acquérir des connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire ;

- D'inclure les soins bucco-dentaires dans le projet médical de l'établissement.

Ils coordonnent ainsi plusieurs types d'interventions.

5.5.1.1 La formation du personnel soignant en EHPAD

Une formation de 7 heures comprenant une partie théorique et une partie pratique est dispensée au personnel soignant.

La partie théorique est basée sur l'identification des représentations qu'ont les soignants sur la santé bucco-dentaire ainsi que sur les bonnes pratiques concernant les soins d'hygiène orale.

La partie pratique, basée sur des visites des résidents en chambre ainsi que des jeux de rôles permet aux soignants d'expérimenter les outils et les méthodes. Le but final est de pouvoir intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans l'ensemble des soins quotidiens délivrés par les soignants.

5.5.1.2 La sensibilisation des résidents et de leur famille aux soins bucco-dentaires

Des séances de sensibilisation ont été mises en place, permettant le transfert des conseils d'hygiène bucco-dentaire aux résidents qui conservent une autonomie, et de les sensibiliser à l'impact qu'a la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie globale. L'entourage est également

informé et mis à contribution. Le chirurgien-dentiste s'appuie sur un support imagé pour transmettre les messages clés de prévention bucco-dentaire, ainsi que sur des modèles de démonstration pour mettre en application les méthodes de brossage.

5.5.1.3 La publication d'un guide à l'usage des établissements pour personnes âgées

L'AGIRC, l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres et l'ARRCO, l'Association pour le Régime de Retraite des Salariés, en partenariat avec l'UFSBD, ont publié un guide (2) pour la santé bucco-dentaire à l'usage des établissements pour personnes âgées, autonomes ou non. Ce guide relaie les recommandations qui permettent de faire évoluer favorablement et durablement l'état de santé bucco-dentaire des résidents.

5.5.1.4 L'instauration de bilans bucco-dentaires

Le projet est d'offrir aux seniors l'accès à une consultation bucco-dentaire régulière, prise en charge par l'assurance maladie (type M'T Dents pour les enfants et adolescents), toujours dans le souci d'une démarche de prévention. Cette consultation leur sera proposé à des moments clés: à 55 ans, 65 ans, 70 ans et 75 ans. A cette occasion, le chirurgien-dentiste pourra réaliser un état des lieux de la santé bucco-dentaire du résident et des besoins en soins, enseigner ou rappeler les techniques adaptées à l'hygiène dentaire et prothétique, et prodiguer des conseils pour conserver une bonne santé générale adaptée à l'avancée en âge.

L'UFSBD a également le souhait d'instaurer pour les résidents de plus de 75 ans, la mise en place d'un examen de prévention bucco-dentaire tous les ans, pour maintenir une habitude de consultation et éviter la rupture du lien avec le chirurgien-dentiste. Enfin, la mise en place d'un examen bucco-dentaire obligatoire à l'entrée en établissement pour personnes âgées dépendantes devra être proposé.

5.5.2 Le bucco-bus

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris et l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire se sont réunis et ont mis en commun leurs moyens afin de répondre de manière efficace au problème de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD. Ce projet a été inscrit dans le cadre du « mouvement de la prévention »

en collaboration avec le ministère de la santé de 2006 à 2008.

Lors des discussions avec les différents acteurs au contact des résidents (directeur, médecin, infirmière, aide-soignante), il a été mis en évidence des difficultés d'accès aux soins. En effet, plusieurs problèmes ont été posés:

- le très faible nombre d'établissements disposant d'un cabinet dentaire ;
- la difficulté d'accès aux cabinets des chirurgiens-dentistes (cabinet avec étage, respect des normes pour sujets handicapés, etc.).

Face à ce constat, la CPAM de Paris et l'UFSBD ont finalement décidé de créer une unité mobile de soins dentaires nommée « Bucco-Bus ».

Ce dispositif permet de pallier aux problèmes de mobilité des personnes âgées en assurant une proximité du lieu. Cette unité mobile peut par exemple être mise à disposition dans le jardin de l'EHPAD. Une nacelle élévatrice assure l'accès au Bucco-Bus des résidents en fauteuil roulant. Un fauteuil dentaire avec plateau technique est disponible, de même qu'un dispositif pour prise de radiographies numériques intra-buccales est présent.

L'unité mobile possède son propre personnel qui assure le fonctionnement du dispositif:

- Un chauffeur ;
- Une assistante dentaire (assistanat et stérilisation) ;
- Un prothésiste dentaire.

A l'issue de cette expérimentation, il a été constaté que la totalité des soins ont pu être réalisés. Cependant, plusieurs problématiques ont été mises en évidence. Premièrement, pour l'assurance maladie, un problème de financement s'est posé. En effet, cette unité mobile de soins est déficitaire d'environ 200 000 euros par an. Il en ressort également le problème de la facturation des actes effectués, avec la question du dépassement d'honoraires. Il paraît donc pour l'assurance maladie plus rentable et judicieux de prendre en charge le coût du transport des résidents pour aller consulter un chirurgien-dentiste en libéral. En second lieu, pour l'UFSBD se pose le problème de la coordination des soins. En effet, le Bucco-Bus couvre environ 18 établissements par an, ce qui représente approximativement un canton et il faut 48 heures pour que le bus soit disponible. Or, pour la majorité des résidents, la demande de consultation chez un chirurgien-dentiste se fait dans le cadre de l'urgence puisqu'il n'y a pas de protocole d'hygiène défini au long cours. La réponse apportée par cette unité mobile semble donc peu appropriée. Face à ces constatations, l'expérience n'a pas été reconduite.

5.5.3 Programme de santé de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire : « NBH : Nutrition/Bucco-dentaire/Hygiène »

Dans le cadre de ce programme, les EHPAD sont incités à prendre en compte dans leur projet d'établissement les problématiques de la dénutrition des personnes âgées en lien avec la santé bucco-dentaire des résidents. Cela passe par la formation d'une personne relais au sein de l'établissement. Cette personne est dénommée : Correspondant en Santé Orale (CSO). L'UFSBD est sélectionnée par l'ARS Pays de la Loire pour la réalisation de ces formations dans les différents départements de la région.

Ce projet est basé sur 3 objectifs principaux:

- Prévenir la dénutrition et améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées ;
- Intégrer la problématique bucco-dentaire dans le projet médical de l'établissement ;
- Permettre au correspondant en santé orale de coordonner l'action «Nutrition, Santé Bucco-Dentaire et Hygiène de la bouche au sein de son établissement».

Pour répondre à ces objectifs, trois grands axes sont développés:

- L'information et la motivation de l'environnement du patient en établissement: le personnel est sensibilisé à la prise en compte du problème bucco-dentaire en EHPAD ;
- La formation d'un Correspondant en Santé Orale (CSO) dans les EHPAD: un membre du personnel (aide-soignant(e) et/ou infirmier(e)) participe à une formation de deux jours, organisée par l'UFSBD). La formation comprend quatre modules (santé bucco-dentaire, hygiène bucco-dentaire, nutrition, missions du correspondant) ;
- La réalisation d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée en établissement que le CSO organise pour tout nouvel entrant.

Le projet est actuellement en cours d'expérimentation dans quatre établissements de Vendée et deux du Maine et Loire. Un déploiement régional est prévu en 2016. Les principaux résultats seront disponibles à la rentrée 2016.

Chaque axe est développé par des acteurs différents : les praticiens conseils et l'UFSBD ont en charge de développer l'information et la formation auprès du personnel soignant tandis que l'URPS est missionné pour la réalisation des bilans bucco-dentaire à l'entrée. L'ensemble du projet est financé par l'ARS des Pays de la Loire.

5.5.4 Le projet e-dent du CHRU de Montpellier

En 2014, le Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier (Pôle Neurosciences Tête et Cou), en lien avec les chirurgiens-dentistes de la région a mis en place une « téléconsultation » accessible aux résidents vivant en institution.

Le projet «e-DENT» consiste à proposer une consultation à distance des résidents en EHPAD, des patients handicapés et des détenus de la maison d'arrêt. L'ARS a financé ce projet à hauteur de 110 000 €. Le centre dentaire du CHRU de Montpellier a pu investir dans l'acquisition de cinq caméras « intra-buccales » qui utilisent la lumière fluorescente pour mettre en évidence les lésions carieuses et les inflammations gingivales. Ces cinq caméras étaient utilisées sur les différents lieux de résidence. Le système comprenait également un ordinateur portable, un logiciel informatique, une transmission sécurisée et un serveur agréé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagé de Santé pour le stockage des données.

La caméra, reliée à l'ordinateur, permettait une vision des images en direct par le professionnel de santé réalisant l'acte (par exemple un infirmier formé à cette technique au sein d'un EHPAD) et leur enregistrement. Le logiciel permettait alors de réaliser le schéma dentaire du patient et de préparer la téléconsultation qui était réalisée par le chirurgien-dentiste. La transmission vers le serveur se faisait de manière instantanée. Une fois les images transmises, le chirurgien-dentiste pouvait se connecter au serveur sécurisé afin de prendre connaissance des clichés, des vidéos et des données relevées par le professionnel de santé auprès du patient. Ces informations lui permettaient de réaliser une consultation à distance et de décider si ce patient devait se rendre ou non dans un cabinet dentaire afin d'y recevoir des soins.

Seize établissements du Languedoc-Roussillon étaient concernés, dont plusieurs EHPAD, une maison d'arrêt et des maisons d'accueil spécialisées.

Le projet est actuellement en suspens en raison de l'investissement onéreux que cela représente. De plus, des difficultés concernant la prise des images peuvent être mentionnées, le résident devant être parfaitement coopérant et devant rester immobile pendant quelques minutes. De même, l'hygiène bucco-dentaire doit être optimale pour pouvoir avoir un accès visuel aux tissus dentaires et ainsi dépister les pathologies dentaires.

6. CONCLUSION

En France, à l'horizon 2060, près de 2,3 millions de personnes âgées seront dépendantes (19). Actuellement, 7 752 structures accueillent 592 900 personnes soit 6 % de la population âgée de plus de 85 ans (38). Ces établissements doivent, en conséquence, faire face à des besoins plus spécifiques non seulement en terme de médicalisation et de prise en charge générale, mais également en ce qui concerne les soins dentaires.

L'objectif du projet réalisé au sein de l'EHPAD « La Chézalière », était de réaliser un bilan buccodentaire des résidents d'un EHPAD de la ville de Nantes, afin de mettre en évidence les besoins en terme de santé buccodentaire des résidents de l'EHPAD.

A l'issue de la réalisation des 67 bilans bucco-dentaires, il ressort que la plus grande majorité des résidents appartiennent à la catégorie GIR 2 et 3 et sont ainsi autonomes pour s'alimenter et réaliser les soins hygiène bucco-dentaire. Pour autant, il apparait que les résidents présentent des besoins en terme d'hygiène bucco-dentaire et en terme de soins. Près de trois quarts des résidents présentent de la plaque dentaire, la moitié d'entre eux du tartre et pour l'ensemble des prothèses amovibles le nettoyage est perfectible. De plus, la moitié des résidents nécessiteraient la réalisation de soins restaurateurs de type conservateurs ou prothétiques. Malgré ce constat négatif, les résidents présentent peu de difficulté pour la mastication, la déglutition et la phonation. De même, ils semblent peu préoccupés par leur état de santé orale, n'expriment pas de doléances esthétiques ni de douleurs dentaires.

Face à ce bilan, il semble simplement nécessaire de mettre en place un plan d'action afin d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire des résidents de façon à leur procurer un confort de vie supplémentaire. Cela est préconisé dans les différents programmes d'action actuellement développés. Ces actions doivent passer par la sensibilisation et la formation du personnel soignant ainsi que la sensibilisation des résidents et de leur famille qui restent peu informés à ce sujet. Le développement des mesures d'hygiène et du suivi bucco-dentaire doit être instauré et évalué par le médecin coordonateur et l'infirmière coordinatrice, de préférence à l'entrée du résident au sein de l'EHPAD.

Le chirurgien-dentiste doit être intégré au sein de cette équipe pluridisciplinaire afin d'améliorer la coordination des différents acteurs du parcours de soins.

A l'issue de ce travail, il semble intéressant d'élargir l'observation réalisée au sein de l'EHPAD « La Chézalière », à plusieurs EHPAD dans le même secteur régional. Afin de conforter ou d'infirmer les observations relevées dans ce travail et pour pouvoir généraliser les résultats, les résidents de l'EHPAD « La Chézalière » étant privilégié d'un point de vue

socio-économique, l'obtention d'un échantillon plus représentatif passera par la diversification des EHPAD (public, privé).

BIBLIOGRAPHIE

1. ABIN-JAUNET C, ARMENGOL V, CHAUSSAIN-MILLER C et coll.
Maladie d'Alzheimer en odontologie gériatrique.
Rev Odontostomatol, 2004 ; 33 : 243-272.

2. ASSOCIATION GENERALE DES INSTITUTIONS DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE DES CADRES- ASSOCIATION POUR LE REGIME DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE DES SALARIES et UFSBD.
Santé bucco-dentaire : Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées, 2014.
http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/09/Guide_sante_bucco_dentaire.pdf

3. AINAMO A, OSTERBERG T.
Changing demographic and oral disease patterns and treatment needs in the Scandinavian populations of old people.
Int Dent J 1992 ; 42 (5) : 311-22.

4. ARPIN S, KANDELMAN, LALONDE B.
La xérostomie chez les personnes âgées.
J Dent Qué ; 2005 ; 42 : 263-271.

5. AGENCE REGIONALE DE SANTE - AQUITAINE.
Santé bucco-dentaire en EHPAD, 2015.
http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/05_Pol_reg_sante/504_Pol_qualite_securite/504_02_Bonnes_pratiques/2015_09_SBD_EHPAD_BPAP.pdf

6. AGENCE REGIONALE DE SANTE – DELEGATION TERRITORIALE DES YVELINES
Prévention de la dénutrition et Qualité de la nutrition en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, 2011.
http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/6_Etudes_Publications/VADE_charte_ARS.pdf

7. ATCHISON A, DOLAN A.
Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index.
J Dent Educ 1990; 54 (11): 680-687.

8. BLANPAIN N, CHARDON O.
Projections de population à l'horizon 2060.
Insee, division Enquêtes et études démographiques, 2010.
http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf

9. BODINEAU A, BOUTELIER C, VIALA P et coll.
Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie, 2007.
http://gerontoprevention.free.fr/articles/bucco-dentaire2.pdf

10. BOURGEOIS D, BERGER P, HESCOT P et coll.
Oral health status in 65-74 years old adults in France, 1995.
Rev Epidémiol Santé Publique 1999; 47(1): 55-9.

11. BOURGEOIS D, BOUCHARD P, MATTOUT C.
Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003, 2007.
J Periodontal Res, 42(3) :219-227.

12. CHALMERS J, PEARSON A.
Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review.
J Adv Nurs 2005; 52(4): 410-9.

13. CHAZALET J, EGHBAL S.
Connaissance de la population des personnes âgées dépendantes.
DREES, 2011.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/0222_drees.pdf

14. COHEN C, TABARLY P, HOURCADE S et coll.
Quelles réponses aux besoins en santé buccodentaire des personnes âgées en institution.
Presse Med 2006 ; 35 : 1639-48.

15. COMONI-HUNTLEY JC, HARRIS TB, EVERETT DF et coll.
An overview of body weight of older persons including the impact on mortalite.
The National Heatlh and Nutrition Examination Survey.
J Clin Epidemiol, 1991 ; 44 ; 743-753.

16. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES.
Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.
Echelon Local du Service Médical de l'Essonne, 2000.
http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_EHPAD_Pays_de_Loire.pdf

17. CPAM DE L'ESSONNE.
Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes en Essonne, 2001.
http://aspbd.free.fr/spip.php?article56

18. DELCAMBRE T.
Traitement de l'édentement total chez la personne dépendante : intervention à domicile ou en institution.
Paris : CdP, 2015.

19. DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES.
Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, 2006.
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er494.pdf

20. DORMENVAL V, MOJON P, BUDTZ E et coll.
Associations between self-assessed masticatory ability, nutritional status, prosthetic status and salivary flow rate in hospitalized elders. Oral Dis 1999;5(1):32-8.

21. DUMAIS T.
Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement
URCAM des Pays de la Loire, 2000.
http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_EHPAD_Pays_de_Loire.pdf

22. ELSIG F, SCHIMMEL M, DUVERNAY et coll.
Tooth loss, chewing efficiency and cognitive impairment in geriatric patients.
Gerodontology 2015; 32(2): 149-56.

23. EMAMI E, KABAWAT M, DE KONINCK L.
La stomatite prothétique: nouvelle perspective.
J Ordre Dent Quéj 2013 ; 50 (4) ; 1-6.

24. FEDELE D, HOOPER F, CHU K et coll.
Relationship of self-reported oral health and nutritional risk among hospitalized older adults.
J Public Health Manage Pract 1998;4(3):57-63.

25. FERREY G, FLEURY J.
Problèmes stomatologies courants chez la personne âgée.
EMC-AKOS, Traité de Médecine,1998, 23(2) :1-4.

26. FRENKEL H.
Alzheimer's disease and oral care.
Dent Update 2004; 31(5): 273-4.

27. FOPPA S, SCHWALD R.
Soins de bouche en soins palliatifs.
Accompagnement et Soins Palliatifs En Réseau, Centre Alsace, 2007.

28. GAUZERAN D, SARICASSAPIAN B.
Pathologies de la muqueuse buccale chez le sujet âgé en perte d'autonomie.
Les Ulis: EDP Sciences, 2013.

29. GIRAUDEAU N, VALCARCEL J, TASSERY H et coll.
Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD.
Issy-les-Moulinaux: Elsevier Masson, 2014.

30. HAS
Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.
Recommandations professionnelles, 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee

31. HEBUTERNE X, ALIX E.
Traité de nutrition de la personne âgée. Chapitre 9. Page 75
Paris: Springer, 2009 : 75.

32. HESCOT P.
La santé des personnes âgées: état des lieux et perspectives. Les enseignements à en tirer dans le domaine de la santé buccodentaire.
Colloque National de Santé Publique, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, 2004.

33. HUE O, BERTERETCHE M.
Prothèse complète : réalité clinique, solutions thérapeutiques.
Paris: Quintessence International, 2004.

34. INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES.
Espérance de vie en bonne santé des Européens, Population et Sociétés, 2013.
http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1639/publi_pdf1_population_societes_2013_499_esperances_vie.pdf

35. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES.
Projections de population l'horizon 2060. Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans, 2010.
http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf

36. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES – PAYS DE LA LOIRE.
Pays de la Loire : 64 000 personnes âgées potentiellement dépendantes en 2015, 2007.
http://www.insee.fr/pays-de-la-loire.

37. JENSEN G, FRIEDMANN J, COLEMAN C et coll.
Screening for hospitalization and nutritional risks among community-dwelling older persons.
Am J Clin Nutr 2001; 74(2):201-5.

38. KLYNVELD PEAT MARWICK GOERDELER.
Observatoire des EHPAD, 2014.
https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf

39. KOUADIO A, LE GUEHHENEC L, AMOURIQ A et coll.
Le microbiote buccal en prothèse amovible.
Stratégie Proth, 2016 ; 16 (2) :145-156.

40. KRESSIN N.
The French version of the General Oral Health Assessment Instrument (GOHAI) is valid and reliable in France.
Community Dent Oral Epidemiol 2003 ; 31(4) : 84-275.

41. LACOSTE-FERRE M-H, ROLLAND Y, VELLAS B et coll.
Les soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en EHPAD : du protocole à l'évaluation.
Alinéas Lettre d'information du CClinet des Arlin du sud-est, 2003.

42. 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 : diplôme Universitaire d'Evaluation de la Qualité en Médecine, Bordeaux, 2004.

43. MATHEY MF, LESOURD D.
Comportement alimentaire du sujet âgé.
Encycl Med Chir (Paris), Endocrinologie-Nutrition, 2003.

44. MIQUEL J-L, DUBOIS J, FERRAN P.
Effet de la sénescence sur l'état buccal.
Chir Dent Fr 1984 ; 245 : 38-40.

45. MORALES P, GONZALEZ E, SANTOLARIA F et coll.
Functional decline and nutritional status in a hospitalized geriatric population: sequential study.
Nutrition 1990; 6(6):469-73.

46. MURARIU A, HANGANU C, BOBU L.
Evaluation of the reliability of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in institutionalised elderly in Romania: a pilot study.
Oral Health Dental Management in the Black Sea Countries, 2010; 9(1): 12-14.

47. NORDENRAM G.
Changes in oral status and dental treatment in long term hospital inmates in Stockolm from 1988 to 1990.
Swed Dent J 1993 ; 17(1-2) : 43-8.

48. POMPIGNOLI M, DOUKHAN J, RAUX D.
Prothèse complète : clinique et laboratoire.
Rueil Malmaison: CdP, 2011.

49. RUQUET M, HUE O, TOSELLO A.
Le sujet âgé : spécificités odonto-stomatologies et examen clinique
Actual Odontostomatol 2012 ; 257 : 73-85.

50. SEGUIER S, BODINEAU A, GIACOBBI A et coll.
Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : répercussions sur la nutrition et la qualité de vie.
Commission de santé publique, rapport 2009.

51. Santé Orale Handicap Dépendance Et Vulnérabilité.
Référentiel de prise en charge : prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.
Rev Gériatr 2003 ; 38(1) : 11-22.

52. THIEBAUT S, LUPI-PEGURIER L, PARAPONARIS A et coll.
Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009.
Bull Epidémiol Hebdo Institut Veille Sanitaire, 2013 ; 7 : 61-64.

53. URCAM NORD PAS DE CALAIS.
Les personnes âgées dépendantes hébergées en établissement (EHPAD) : état de santé bucco-dentaire.
Rapport de synthèse, 2006.

54. VON WOWERN N.
Bone mineral content of mandibles: normal reference values-rate of age-related bone loss
Calcif Tissue Int 1988 ; 43(4) : 193-198.

55. WEINTRAUB JA, BURT BA.
Oral health status in the United States: tooth loss and edentulism.
Dent Educ 1985 ; 49 : 368-378.

ANNEXE 1 : Le questionnaire

Questionnaire « résident »

Numéro résident : ___
Date de l'examen : ___ /___ /___

I-**Données générales**

- âge :
- sexe : F/M
- poids : ___ kg
- taille : ____ cm
- profession antérieure : _____
- année d'admission dans l'établissement : _____

II- **Antécédents médicaux et chirurgicaux**

- pathologie cardiovasculaire : *oui/non*

➔induisant un risque d'endocardite infectieuse : *oui/non*

- diabète : oui/non
  ➔ équilibré : *oui/non*

- pathologie gastroentérologique : *oui/non*

- pathologie rhumatologique : *oui/non*
  ➔avec diminution de la mobilité des membres supérieurs : *oui/non*

- pathologie tumorale maligne : *oui/non*
  ➔en rapport avec la sphère oro faciale : *oui/non*
    - traitée par chirurgie : *oui/non*
    - traitée par chimiothérapie : *oui/non*
    - traitée par radiothérapie : *oui/non*

- immunodépression : *oui/non*

- pathologie neurodégénérative
  ➔maladie d'Alzheimer : *oui/non*
  ➔maladie de Parkinson : *oui/non*
  ➔sclérose en plaque : *oui/non*
  ➔autre : *oui/non*

III- **Degré d'autonomie**

- catégorie GIR : ___

- autonomie pour s'alimenter : *oui/non/assisté par le personnel*
  ➔régime alimentaire : *normal/haché/mixé*

- autonomie pour l'hygiène bucco-dentaire : *oui/non/assisté par le personnel*

IV- **Hygiène bucco-dentaire**

- fréquence du brossage :
  - dents/muqueuses : *jamais/ 1 fois par mois / 1 fois par semaine / au moins 1 fois par jour*
  - prothèse amovible :*jamais/ 1 fois par mois / 1 fois par semaine / au moins 1 fois par jour*

- moyens pour le brossage
  - dents/muqueuses : brosse à dents : *oui/non*
    dentifrice : *oui/non*
    bain de bouche : *oui/non*
  - prothèse : brosse à dents : *oui/non*
    dentifrice : *oui/non*
    savon *: oui/non*
    autres : *oui/non*

- désinfection : *oui/non*
  ➔*1 fois par mois / 1 fois par semaine/ 1 fois par jour*

- port nocturne de la prothèse : *oui/non*

IV-**Test de qualité de vie : « G.O.H.AI »**

Recueil possible / Recueil impossible

Au cours des 3 derniers mois :

1 – Avez-vous limité la quantité, ou le genred'aliments que vous mangez, en raison de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?

Jamais = 5 Rarement = 4 Parfois = 3 Souvent = 2 Toujours = 1

2 – Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme ?

Jamais = 5 Rarement = 4 Parfois = 3 Souvent = 2 Toujours = 1

3 – Avez-vous pu avaler confortablement ?

Jamais = 1 Rarement = 2 Parfois = 3 Souvent = 4 Toujours = 5

4 – Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parlercomme vous le vouliez ?

Jamais = 5 Rarement = 4 Parfois = 3 Souvent = 2 Toujours = 1

5 – Avez-vous pu manger de tout sans ressentir une sensation d'inconfort ?

Jamais = 1 Rarement = 2 Parfois = 3 Souvent = 4 Toujours = 5

6 –Avez-vous limité vos contacts avec les gensà cause de l'état de vos dents,
de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?

Jamais = 5 Rarement = 4 Parfois = 3 Souvent = 2 Toujours = 1

7 – Avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dents?

Jamais = 1 Rarement = 2 Parfois = 3 Souvent = 4 Toujours = 5

8 – Avez-vous pris un (des)médicaments pour soulager la douleurou une sensation d'inconfort dans votre bouche ?

Jamais = 5 Rarement = 4 Parfois = 3 Souvent = 2 Toujours = 1

9 – Vos problèmes de dent (de gencive ou d'appareil dentaire) vous ont-ils inquiété(e) oupréoccupé(e)?

Jamais = 5 Rarement = 4 Parfois = 3 Souvent = 2 Toujours = 1

10 – Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou mal à l'aise, à cause de problèmes avec vos dents (vos gencives ou vos appareils dentaires) ?

Jamais = 5 Rarement = 4 Parfois = 3 Souvent = 2 Toujours = 1

11 – Avez-vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres, à cause de problèmes avec vos dents (ou vos appareils dentaires) ?

Jamais = 5 Rarement = 4 Parfois = 3 Souvent = 2 Toujours = 1

12 – Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud, ou aux aliments sucrés ?

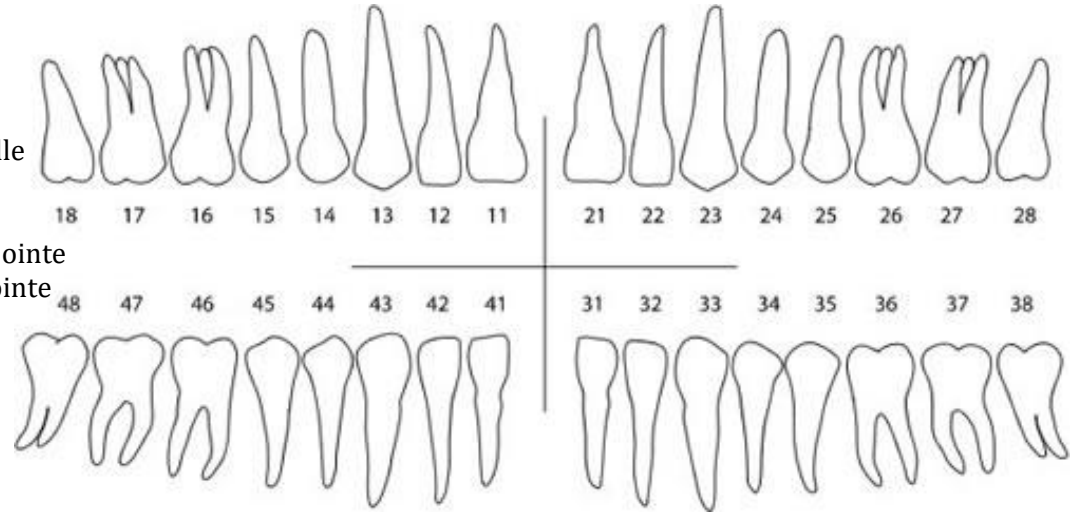
Jamais= 5 rarement= 4 parfois= 3 Souvent= 2 toujours= 1

Calcul du score « G.O.H.A.I. » (somme des cotationsdes 12 questions) _____

➔Le score total, ou « GOHAI », est la somme des scores obtenus à chaque question, et il varie de 12 (mauvais état dentaire) à 60 (excellent état dentaire).

Questionnaire « examinateur »

A : dent absente
R : racine résiduelle
C : dent cariée
0 : dent obturée
PC : prothèse conjointe
PA : prothèse adjointe



I-Examen clinique exobuccal

- Dimension verticale apparente : *diminuée/normale/augmentée*
- Ligne du sourire : *harmonieuse/ non harmonieuse*
- Soutien des tissus mous : *oui/non*
- Articulation Temporo Mandibulaire : *douleur/ craquement/ claquement/ limitation de l'amplitude/ déviation mandibulaire*

II-Examen clinique endobuccal

- Hygiène buccodentaire : plaque: *oui/non*
  tartre: *oui/non*
  rétention alimentaire: *oui/non*
  indice de plaque de O'Leary : ___ %

- Hygiène prothétique : plaque : *oui/non*
  tartre : *oui/non*
  rétention alimentaire : *oui/non*

- Etat des muqueuses et de la langue

  - parodontopathies : *oui/non*
    ➔gingivite localisée ou généralisée : *oui/non*

➔parodontite : *oui/non*
- pathologie des muqueuses (stomatite, candidose, aphte) : *oui/non*
- blessure : *oui/non*
- sécheresse buccale : *oui/non*
- état des crêtes alvéolaires
➔maxillaire : *résorption visible/non visible*
➔mandibulaire : *résorption visible/non visible*

- Examen dentaire

- nombre de dents naturelles présentes : ____

- état dentaire actuel :
nombre de dents présentant un soin conservateur ___
prothèse fixée : *oui/non*
➔*unitaire* ___
➔*plurale* ___
prothèse adjointe au maxillaire :*oui/non*
➔*complète/partielle*
prothèse adjointe à la mandibule :*oui/non*
➔*complète/partielle*

- soins à envisager :
nombre d'extraction à prévoir ____
nombre de dents nécessitant des soins conservateurs ____
prothèse fixée : *oui/non*
➔*unitaire* ___
➔*plurale* ___
prothèse adjointe maxillaire : *oui/non*
➔*complète/partielle*
prothèse adjointe mandibulaire : *oui/non*
➔*complète/partielle*

- Etat des prothèses

- port de la prothèse : *oui/non*
- ancienneté : *inférieur à 5 ans/ comprise entre 5 et 10 ans/ supérieur à 10 ans*
- état apparent : dents : *satisfaisant/moyen/incorrect*
résine : *satisfaisant/moyen/incorrect*
crochet : *satisfaisant/moyen/incorrect*
- rétention de la prothèse
➔maxillaire : *satisfaisant/moyen/incorrect*
➔mandibulaire : *satisfaisant/moyen/incorrect*
- fonctionnalité de la prothèse
➔plan d'occlusion : *satisfaisant/moyen/incorrect*
➔dimension verticale d'occlusion : *satisfaisant/moyen/incorrect*
➔contacts en OIM : *satisfaisant/moyen/incorrect*
➔guidages dento-dentaires : satisfaisant/moyen/incorrect

UNIVERSITE DE NANTES

UNITE E FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,

Vu et permis d'imprimer

Vu le doyen,

Y.AMOURIQ

LEMAN (Sarah). - Analyse de l'état de santé bucco-dentaire des résidents d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et propositions d'actions.
- 44 f. ; ill. ; 2 tabl. ; 55 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2016)

RESUME
Les soins bucco-dentaires chez les résidents vivant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes constituent un véritable enjeu dans le parcours de soins. Il est effectivement admis aujourd'hui que la santé bucco-dentaire peut avoir des répercussions sur la santé générale ainsi que sur la qualité de vie des résidents.Afin d'obtenir une cartographie de l'état de santé buccodentairedes résidents institutionnalisés dans un EHPAD de la ville de Nantes, il a été réalisé 67 bilans bucco-dentaires. Tous les résidents nécessitaient la réalisation d'un détartrage et plus de la moitié la réalisation de soins restaurateurs. Cependant, d'après le test GOHAI il ressort que très peu de résidents ont exprimé le souhait de réaliser des soins bucco-dentaires. Néanmoins, face à ces résultats, des propositions peuvent être effectuées pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire. Ces actions reposeraient principalement sur la formation de l'équipe soignante en termes d'hygiène orale, ainsi que l'établissement de protocoles adaptés en fonction du niveau de dépendance du résident complété d'un bilan bucco-dentaire à son entrée au sein de l'établissement.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Prothèse dentaire

MOTS CLES MESH

Santé bucco-dentaire – Oral health
Sujet âgé – Aged
Foyers pour personnes âgés – Homes for the Aged
Evaluation de résultat (soins) – Outcome assessment (health care)

JURY
Président : Professeur Amouriq Y.
Assesseur : Docteur Blery P.
Membres invités : Docteur Artarit J. et Professeur Hamel L.
Directeurs : Docteur Le Bars P. et Docteur Le Guehennec L.

ADRESSE DE L'AUTEUR

10, la Ganolière 44190 GORGES
sarah.leman2@gmail.com