

UNIVERSITE RENE DESCARTES

PARIS V

INTERET DE LA FICHE BUCCO-DENTAIRE

DANS

LE BILAN D'ADMISSION EN E.H.P.A.D.

Docteur Patrick JONAS

Diplôme InterUniversitaire

« *Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD* »

**Directeur de mémoire :
universitaire :
docteur Michel MIALON**

**Année
2002 – 2003**

REMERCIEMENTS

A monsieur le docteur Michel MIALON

**Gériatre
Praticien hospitalier
CHIC des Andaines
DOMFRONT (Orne)**

A monsieur le docteur Pascal AUVRIGNON

**Chirurgien-dentiste
LA CHAPELLE D'ANDAINE (Orne)**

Pour leurs précieux conseils.

SOMMAIRE

• INTRODUCTION	3
• INTERET D'UNE FICHE BUCCO-DENTAIRE	4
• RELEVÉ DES CAS (étude d'une population de résidents en EHPAD)	9
• LE COEFFICIENT DE MASTICATION	16
• L'EXAMEN ENDO- BUCCAL	19
• RESULTATS	22
• PROPOSITION DE FICHE BUCCO-DENTAIRE	26
• LA RÔLE DU DENTISTE	34
• CONCLUSION	36
• BIBLIOGRAPHIE	37

INTRODUCTION

L'entrée en institution est une étape importante de la vie de la personne âgée.

La charge émotionnelle est forte à l'occasion de ce changement d'orientation dans l'existence du futur résidant. La découverte d'un horizon nouveau s'allie à l'abandon d'un univers connu, dans un sentiment de réalité définitive. Un accompagnement personnalisé s'impose pour que ce futur soit une réussite.

Aussi est-il important de faire un bilan d'entrée correct, établissant un « état des lieux » et évaluant les possibilités thérapeutiques adaptées. Cela nécessite deux étapes :

- un examen clinique complet lors de l'admission, établi avec rigueur et méthode,
- un dossier médical rigoureux, relevant précisément les antécédents et décrivant fidèlement l'état de santé du patient à son entrée en maison de retraite.

L'examen bucco-dentaire des résidants des maisons de retraite de la Chapelle d'Andaine et de Couterne, dans l'Orne, a permis de faire un point de situation sur l'état dentaire et buccal d'une population de personnes âgées en résidence. Les renseignements obtenus confirment l'intérêt d'un regard vigilant sur cette région anatomique.

La nécessité d'un bilan précis s'impose dès l'entrée en institution. La constitution du dossier médical est l'élément essentiel du suivi de la santé du patient. La spécificité de l'examen oriente vers la rédaction d'une fiche bucco-dentaire. Outre le relevé comptable et clinique, cette pièce médico-administrative a l'avantage d'être évolutive. Elle possède d'autre part, un réel intérêt médico-légal.

INTERET D'UNE

FICHE BUCCO-DENTAIRE

La nécessité d'une expertise médicale est indispensable pour apprécier l'aptitude de personnels postulant à certains emplois : engagement dans les forces armées, recrutement de conducteurs (chauffeurs poids lourds, grutiers, conducteurs de chariots élévateurs,...) et de pilotes (avions, motocyclettes,...) sélection à des emplois spécifiques. La réalisation de ce bilan comporte une succession d'étapes : biométrie, urologie, dentiste, spécialités médicales (ORL, ophtalmologie,...) retranscrites sur des fiches composant le dossier médical initial.

Lors de cette démarche, le passage au cabinet dentaire est bien défini, avec un examen clinique programmé et un report de l'état dentaire sur une fiche pré-imprimée, représentant une bouche schématisée.

Cette expérience reconnue mérite d'être exploitée lors d'autres bilans de santé. La séquence du bilan dentaire systématique est un bénéfice pour l'évaluation clinique méthodique d'un patient. Cette approche évite l'insuffisance ou l'absence d'exploration fréquente de cette région par les médecins, se défaussant souvent sur le dentiste pour l'effectuer. (1)

L'examen des cavités buccales des résidents des maisons de retraite de La Chapelle d'Andaine et de Couterne a été l'occasion de faire un relevé de l'état dentaire de la population de personnes âgées y résidant.

Pour chaque cas, le nombre de dents a été noté (saines ou cariées) ainsi que les dents absentes. Des précisions ont été apportées pour les dents :

- saines : intactes ou obturées, couronnées**
- cariées : avec soins conservateurs possibles, ou dents limitées à une simple racine (vulgaire « chicot ») dont l'avulsion représente la seule solution.**

Les symboles utilisés, hors nomenclature internationale, sont simplifiés au maximum :

a/ X = une croix pour une dent absente,



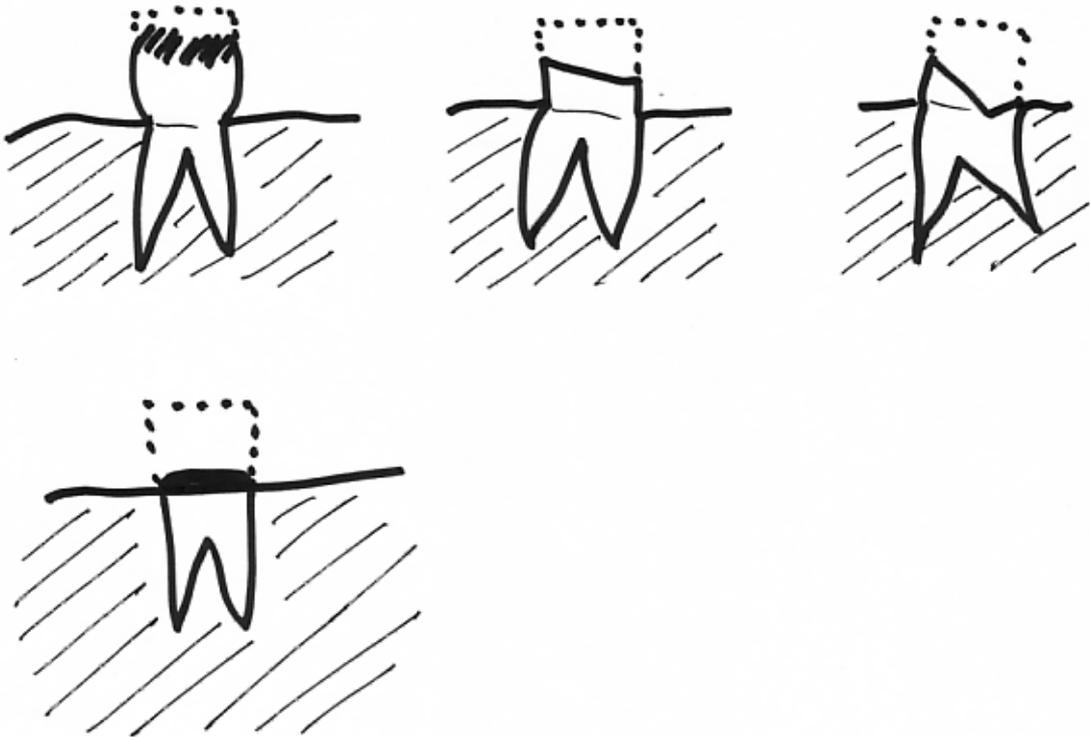
b/ ou | = une case ou un trait pour une dent présente,



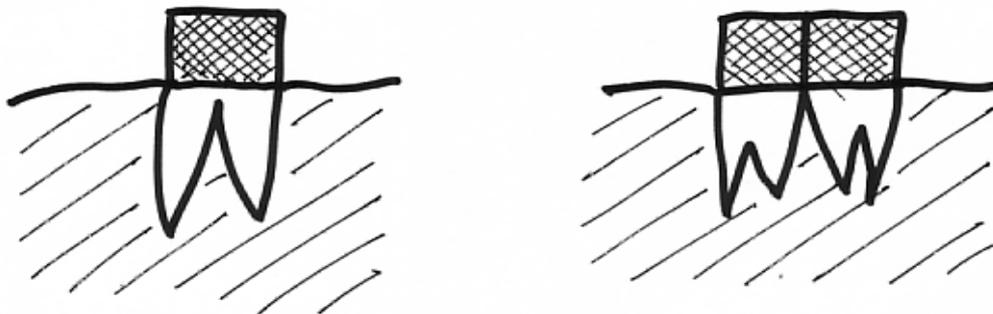
c/ C = un C majuscule pour une dent cariée offrant des possibilités thérapeutiques d'obturation, avec contact antagoniste,



d/ ● = un rond noir plein pour une carie du collet, ou n'offrant plus de contact avec la dent antagoniste,



e/ ○ ○○ = un cercle représente une dent couronnée fixe, un bridge de plusieurs dents est formé de plusieurs cercles.



Ce premier relevé rend possible l'évaluation du coefficient de mastication, selon les pratiques éprouvées par le Service de Santé des Armées. D'autre part, la présence de prothèse mobile sera l'occasion d'établir un nouveau coefficient de mastication sur bouche appareillée, et d'apprécier l'intérêt de l'appareillage.

Les symboles utilisés n'appartiennent pas à la nomenclature internationale.

Pour conserver clarté et simplicité, la classification des caries selon la nomenclature de BLACK (type 1 à 5) n'a pas été utilisée. Pour les mêmes raisons, la détermination du bilan de la carie exprimé en indice CAO (DMF index) n'a pas été employé dans cette étude. (2) (3)

Le report de ces symboles, volontairement simplifiés, est effectué sur un schéma de la cavité buccale.

L'aspect « photographique » instantané de ce schéma, offre de nombreux renseignements :

- **relevé dentaire,**
- **coefficient de mastication,**
- **examen de la cavité buccale,**
- **hygiène bucco-dentaire.**

Cet aspect statique intéressant est le point de départ de l'aspect dynamique, qui oriente vers les possibilités thérapeutiques :

- **soins conservateurs,**
- **prévisions d'avulsions dentaires,**
- **propositions prothétiques (adaptation ou réalisation),**
- **traitement des lésions dermatologiques,**
- **éducation pour hygiène bucco-dentaire.**

D'autre part, cette étape de l'approche clinique sera l'occasion de faire un examen endo-buccal méthodique permettant le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, si fréquentes à cet âge.

Enfin, de nombreux aspects pratiques valorisent cette démarche :

- **examen systématique**, du fait de l'existence du document à remplir, d'autant plus complet que la fiche sert de guide,
- **intérêt médico-légal** : première rédaction d'une fiche relevant l'identité d'un patient, résultat de la faible fréquentation du cabinet dentaire en milieu rural.
Cette « empreinte » dentaire, affinée par la nomenclature internationale de chaque dent, est un document précieux de l'identité judiciaire. (4) Elle permet d'établir une présomption d'identité par comparaison à un fichier antérieur. Cette utilisation (exceptionnelle en institution, mais fréquente et pratique en médecine légale) ne trouve sa justification que dans des cas rares, qui ont néanmoins défrayé la chronique des faits divers : tremblements de terre, incendies, explosions... Les restes humains découverts lors de ces catastrophes, et particulièrement les mâchoires et les dents, bénéficieront des renseignements portés sur cette fiche pour identifier les personnes décédées. En effet, la résistance au feu et au temps de ces éléments anatomiques rendent l'identification tardive possible, par comparaison avec un document élaboré auparavant. (5)
Ces documents seront d'autant plus intéressants qu'ils peuvent être les seuls réalisés (absence de consultation dentaire antérieure) ou les seuls actualisés (délai important depuis la dernière consultation).
- **approche esthétique** : prise de conscience de l'état buccal et promotion de l'hygiène bucco-dentaire pour une image valorisée du résidant n'exposant plus de caries, (6)
-
- **volet prophylactique** : prévention des greffes infectieuses (endocardites infectieuses). (7) (8) (9)
-
- **maintien ou rétablissement** d'une fonction gustative, phonatoire avec le retour d'une mastication adéquate.

L'établissement d'une fiche bucco-dentaire s'avère indispensable pour la constitution d'un dossier médical sérieux. La réalisation doit concilier :

- simplicité de rédaction,
- rigueur du relevé dentaire,
- qualité du recueil des informations.

Un tel outil de travail est ainsi proposé.

ETUDE D'UNE POPULATION

DE RESIDANTS EN EHPAD

RECUEIL DES CAS

Recueil des cas

N°	Noms	Sexe	âge	C.M.		Nb Absent	Caries				GIR	Origine	
				Sans app	Avec app		A soigner	A extraire	P/r 32	P/r exis		R	C
1	GAL	F	81	0	0	32	-	-	0/0	0/0	4	X	
2	LHO	F	85	0	90	32	-	-	0/0	0/0	2		X
3	HUB	M	80	0	90	18	0	0	0/32	0/14	1	X	
4	BRE	F	94	0	-	32	-	-	0/0	0/0	2	X	
5	HEU	M	82	0	-	32	-	-	0/0	0/0	2	X	
6	BID	M	73	0	0	18	1	12	13/32	13/14	3		X
7	PAT	M	88	0	-	20	3	1	4/32	4/12	1	X	
8	BUN	F	98	0	-	32	-	-	0/0	0/0	3	X	
9	MAS	M	71	0	-	25	0	6	6/32	6/7	4	X	
10	POT	F	98	0	-	30	0	1	1/32	1/2	2	X	
11	PRE	F	96	0	-	31	0	0	0/32	0/1	3	X	
12	MOU	F	66	0	-	23	0	9	9/32	9/9	2		X
13	GAH	F	85	0	-	32	-	-	0/0	0/0	2	X	
14	PER	F	94	0	-	32	-	-	0/0	0/0	2	X	
15	LEG	F	95	0	-	32	-	-	0/0	0/0	2	X	
16	FAV	F	90	0	90	32	-	-	0/0	0/0	2		X
17	CAM	F	97	0	90	32	-	-	0/0	0/0	3		X
18	VIL	F	82	0	-	32	-	-	0/0	0/0	4	X	

N°	Noms	Sexe	âge	C.M.		Nb Absent	Caries				GIR	Origine	
				Sans appa	Avec app		A soigner	A extraire	p/r 32	p/r exis		R	C
19	MET	M	75	26	-	13	0	0	0/32	0/19	5	X	
20	FOU	M	77	10	-	24	0	2	2/32	2/8	5	X	
21	GUE	M	74	0	-	32	-	-	0/0	0/0	4	X	
22	QUE	F	80	90	-	3	0	0	0/32	0/29	4	X	
23	LEC	F	91	0	90	32	-	-	0/0	0/0	4	X	
24	FRI	F	82	0	80	23	0	1	1/32	1/9	4	X	
25	JAR	M	56	0	90	32	-	-	0/0	0/0	5		X
26	LEC	M	67	0	0	24	0	8	8/32	8/8	5		X
27	BOR	F	78	0	90	32	-	-	0/0	0/0	4		X
28	LER	F	92	0	90	32	-	-	0/0	0/0	4	X	
29	REN	F	80	0	90	32	-	-	0/0	0/0	1		X
30	ROC	F	98	0	90	32	-	-	0/0	0/0	1	X	
31	POT	F	76	0	90	32	-	-	0/0	0/0	4	X	
32	LER	M	93	0	90	32	-	-	0/0	0/0	2		X
33	BAS	F	85	0	66	19	3	1	4/32	4/13	2		X
34	MAI	M	68	0	90	32	-	-	0/0	0/0	2	X	
35	SAM	F	98	0	-	19	4	6	10/32	10/13	4	X	
36	LEF	F	88	0	90	32	-	-	0/0	0/0	4		X

N°	Noms	Sexe	âge	C.M.		Nb Absent	Caries				GIR	Origine	
				Sans appa	Avec app		A soigner	A extraire	p/r 32	p/r exis		R	C
37	FOU	F	82	5	90	20	4	5	9/32	9/12	4	X	
38	GOS	M	78	0	66	24	2	6	8/32	8/8	4	X	
39	LOR	F	78	38	-	13	3	0	3/32	3/19	2		X
40	POT	F	86	0	-	32	-	-	0/0	0/0	3	X	
41	MAR	M	69	0	-	31	0	0	0/32	0/1	5	X	
42	MIC	F	65	3	-	26	0	0	0/32	0/6	3		X
43	DEL	M	82	59	-	8	0	0	0/32	0/24	3	X	
44	APP	F	99	0	90	32	-	-	0/32	0/0	2	X	
45	DEF	F	94	0	90	30	-	-	0/32	0/2	5	X	
46	LEG	F	71	0	90	32	-	-	0/32	0/0	5	X	
47	PER	F	89	32	-	15	0	2	2/32	2/17	4	X	
48	PER	M	89	84	-	4	0	1	1/32	1/28	4	X	
49	PLU	F	91	0	0	32	-	-	0/0	0/0	1	X	
50	LEG	F	88	0	90	32	-	-	0/0	0/0	4	X	
51	LER	F	90	0	-	32	-	-	0/0	0/0	4		X
52	MOU	M	90	0	90	32	-	-	0/0	0/0	4	X	
53	NOR	M	81	0	90	32	-	-	0/0	0/0	5	X	
54	MEL	M	80	0	0	32	-	-	0/0	0/0	1	X	

N°	Noms	Sexe	âge	C.M.		Nb Absent	Caries				GIR	Origine	
				Sans appa	Avec app		A soigner	A extraire	p/r 32	p/r exis		R	C
55	MOR	M	86	0	90	32	-	-	0/0	0/0	3		X
56	KER	M	75	14	-	9	8	7	15/32	15/23	1	X	
57	CHA	F	92	0	90	32	-	-	0/0	0/0	3	X	
58	LEV	F	94	0	-	32	-	-	0/0	0/0	1	X	
59	VOL	F	87	18	-	19	4	3	7/32	7/13	4		X
60	HOU	F	88	10	90	23	0	1	1/32	1/9	3	X	
61	LEN	F	79	0	90	32	-	-	0/0	0/0	4	X	
62	CHA	F	77	70	-	6	2	0	2/32	2/26	4	X	
63	KAL	M	65	38	-	15	0	0	0/32	0/17	2	X	
64	BOI	F	74	0	-	27	3	2	5/32	5/5	3	X	
65	JAN	F	86	0	90	32	-	-	0/0	0/0	1	X	
66	BRI	F	93	0	90	32	-	-	0/0	0/0	3	X	
67	LEG	F	80	16	-	20	3	0	3/32	3/12	2		X
68	LAM	M	80	0	-	22	2	6	8/32	8/10	4	X	
69	VIN	F	72	0	-	32	-	-	0/0	0/0	2		X
70	MUL	F	75	30	-	11	1	5	6/32	6/21	5	X	
71	BRI	M	94	6	-	19	3	3	6/32	6/13	4	X	
72	LER	M	90	22	52	17	1	2	3/32	3/15	4	X	

N°	Noms	Sexe	âge	C.M.		Nb Absent	Caries				GIR	Origine	
				Sans appa	Avec app		A soigner	A extraire	p/r 32	p/r exis		R	C
73	LER	F	96	0	90	32	-	0/0	0/0	0/0	2	X	
74	PET	F	88	0	70	28	0	0/32	0/4	0/4	2		X
75	FOU	M	53	0	-	19	1	2/32	2/13	2/13	2	X	
76	DUR	M	69	49	-	6	2	2/32	2/26	2/26	5		X
77	PEN	F	81	0	90	24	0	0/32	0/8	0/8	1		X
78	TUR	F	91	0	90	32	-	0/0	0/0	0/0	5		X
79	MOR	M	57	0	90	32	-	0/0	0/0	0/0	4	X	
80	MAI	F	92	0	-	32	-	0/0	0/0	0/0	1	X	
81	GAB	M	74	0	-	27	0	0/32	0/5	0/5	3	X	
82	LEM	M	64	20	-	17	0	0/32	0/15	0/15	1	X	
83	LAU	M	74	0	-	16	1	15/32	15/16	15/16	4	X	
84	DRA	M	68	0	-	23	0	2/32	2/9	2/9	2	X	
85	DES	F	91	39	-	4	2	8/32	8/28	8/28	4		X
86	COU	M	58	0	-	26	1	4/32	4/6	4/6	4	X	
87	COU	F	65	0	90	32	-	0/0	0/0	0/0	4	X	
88	AMI	F	96	22	-	22	3	3/32	3/10	3/10	3	X	
89	PET	F	88	0	77	20	3	3/32	3/12	3/12	2		X
90	PAS	F	61	38	-	8	1	3/32	3/24	3/24	5	X	

N°	Noms	Sexe	âge	C.M.		Nb Absent	Caries				GIR	Origine		
				Sans appa	Avec app		A soigner	A extraire	p/r 32	p/r exis		R	C	
91	PAS	F	84	0	-	25	1	4	5/32	5/7	2	X		
92	MAR	M	82	6	24	21	1	0	1/32	1/11	2		X	
93	LUC	M	79	0	-	25	2	4	6/32	6/7	1	X		
94	LAU	F	76	-	-	32	-	-	0/0	0/0	1		X	
95	NEZ	F	85	0	90	32	-	-	0/0	0/0	3	X		
96	GUI	F	77	0	-	25	1	1	2/32	2/7	2	X		
97	LAU	M	70	0	-	21	2	8	10/32	10/11	3	X		
98	NOB	M	80	0	-	32	-	-	0/0	0/0	4	X		
99	NIG	F	82	0	80	19	0	0	0/32	0/19	3		X	
100	DOU	F	77	0	32	25	0	0	0/32	0/7	3		X	
101	DOU	M	79	32	-	14	1	0	1/32	1/18	2		X	
102	GOD	M	76	0	90	32	-	-	0/0	0/0	4		X	
103	GRI	F	82	0	54	20	0	0	0/32	0/12	2		X	

Le coefficient de mastication

Le coefficient de mastication (CM) est un outil très utilisé en milieu militaire. (10) Il est également fréquemment employé par les médecins experts pour l'évaluation des séquelles stomatologiques d'accidents, par le biais du barème individuel d'Invalidité. (11)

Cet indicateur permet d'obtenir un reflet fidèle et rapide de l'état dentaire d'un candidat aux concours des grandes écoles, d'un civil volontaire à l'engagement dans les forces armées, ou d'un militaire postulant à certaines missions (comme l'intervention outre-mer).

Une méthode intéressante, utilisant, une gelée de différents niveaux de dureté, permet d'évaluer objectivement la fonction masticatoire de toutes les personnes âgées. Cette évaluation de la fonction masticatoire a pu être corrélée à l'état de santé buccal et général. (12) Cependant, cette technique sophistiquée n'est pas encore abordable pour les institutions en milieu rural.

Le coefficient de mastication est exprimé en pourcentage. L'aptitude requise pour le service armé exige un $CM \geq 30 \%$. En-deçà de cette valeur, les sujets présentent une édentation (qui peut être partielle ou totale), sanctionnant l'inaptitude. (13)

Le calcul du CM se fait avec l'attribution d'une valeur de 1 à 5 % à chaque dent, selon le barème ci-dessous :

Valeur numérique (coefficient de mastication)	
Incisives centrales supérieures	2
Incisives centrales inférieures	1
Incisives latérales (supérieures ou inférieures)	1
Canines (supérieures ou inférieures)	4
Prémolaires	3
Molaires	5
Dents de sagesse supérieures	2
Dents de sagesse inférieures	3

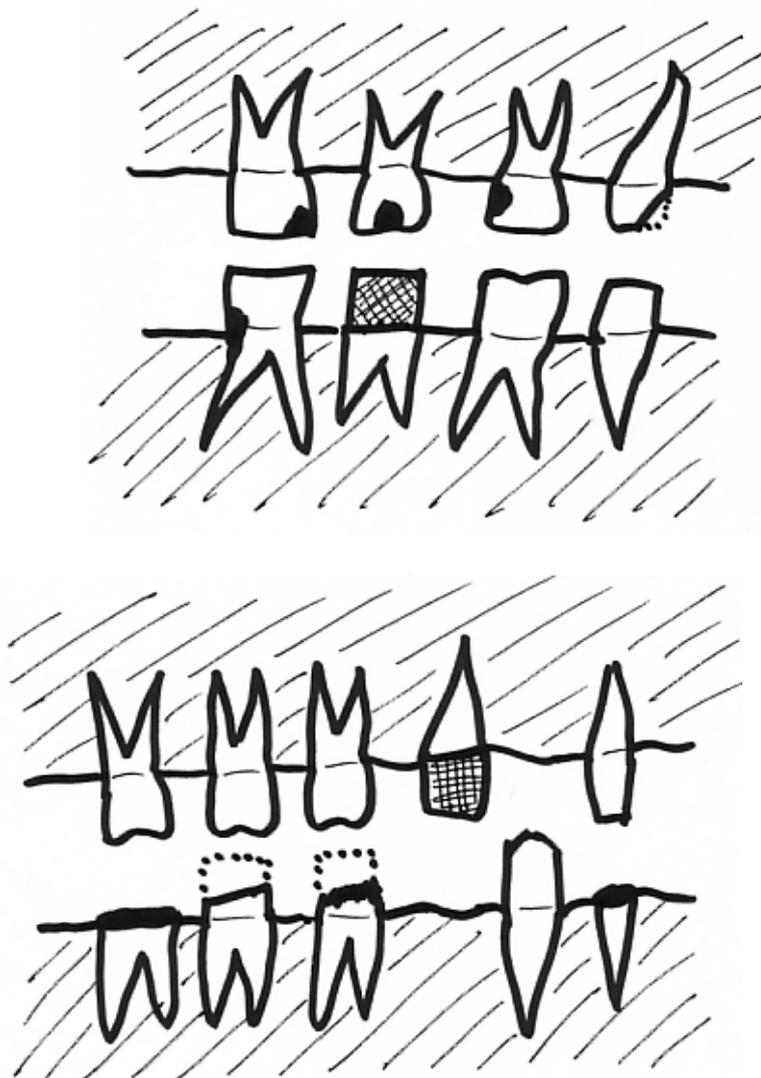
Ce procédé (du CM) permet d'estimer numériquement la valeur fonctionnelle de la denture.

Un engrenement normal vaut 50 % pour chaque côté, soit 100 % pour un engrenement total normal.

Cela exige cependant un contact normal avec la dent antagoniste pour que l'engrenement soit valable et efficace. Ainsi, les valeurs attribuées à une dent et à son antagoniste sont-elles ôtées du CM lorsque le contact est inexistant du fait d'une fracture intéressant tout la couronne clinique, ou d'une carie évoluée jusqu'à la racine.

Maxillaire supérieur		↓	
Valeur :	2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2	: Valeur
Dents :	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	: Dents
Dents :	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	: Dents
Valeur :	3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3	: Valeur
↑		Maxillaire inférieur	

En revanche, les dents conservant un potentiel occlusif sont maintenues malgré la présence de caries. Les dents correctement obturées ou couronnées, sont considérées saines.



Les différents moyens utilisés (amalgame , pansements, résines,...) pour les obturations ou les couvertures (couronnes en or, céramique, composite,...) ne sont pas relevés, par mesure de simplification. Seul le résultat fonctionnel est retenu.

Le cas particulier de l'édenté total, opposant deux arcades gingivales nues au contact, présente un CM nul, même si le raffermissement des gencives permet de maintenir une certaine mastication, moins efficace. (14)

Cette méthode autorise une approche simple et rapide de l'état de la denture du résidant. Le résultat obtenu permet d'avoir un CM de départ (à l'entrée en institution) et de repérer ainsi les édentés.

Cette insuffisance fonctionnelle de la denture, ainsi évoquée, oriente vers une préparation adaptée des repas : mixée ou hachée.

L'examen bucco-dentaire

L'examen de la cavité buccale doit faire partie de l'examen clinique complet d'une personne âgée. Effectué par un non spécialiste, il mérite d'être minutieux et méthodique, selon une séquence définie, pour un résultat objectif. (1) (15) (16) (17)

1) Examen de la bouche

Réalisé avec une source lumineuse, deux abaisse-langue, un doigtier, l'examen de la bouche explore :

- les lèvres
- la cavité buccale
- les dents (cf. infra)
- la langue

Les éléments observés sont principalement d'ordre dermatologique, intéressant la peau et surtout les muqueuses.

Il est classique de dire que la peau est un miroir réfléchissant de la quasi-totalité des processus pathologiques.(18)

Cette démarche clinique recherche les affections les plus fréquentes et note les anomalies présentes, qui peuvent nécessiter une consultation spécialisée.

1 - les lèvres :

- chéilite (allergique, infectieuse, candidose)
- perlèche commissurale (lésion mycosique, impétigo)
- œdème (traumatique, allergique)
- leucoplasie (évolution vers cancer spino-cellulaire)
- ulcération (blessure par appareil)
- tuméfaction

2 - la cavité buccale :

- lichen plan
- leucoplasie (dégénérescence vers épithélioma spino-cellulaire)
- ulcérations (appareils dentaires, cancer)
- aphtes
- candidose, particulièrement fréquente . (1) (19) (20)

3 – les dents :

L'expertise dentaire est documentée au chapitre suivant

4 – la langue :

Cette étape est riche de renseignements . (17) Elle permet la découverte d'une langue :

- **dépapillée (= glossite dépapillante) :**
 - généralisée : glossite de HUNTER lors de l'anémie de BIERMER,
 - localisée,
- **géographique (= glossite exfoliatrice marginée ou glossite exfoliée migratrice), fréquente (1 à 2 % de la population générale),**
- **plicaturée ou scrotale : congénitale, parfois accompagnée de glossodynie,**
- **noire villeuse :**
 - principalement candidosique,
 - parfois : médicamenteuse,
 - plus rarement simple langue saburrale accentuée,
- **festonnée (non pathologique),**
- **leucoplasie :**
dégénérescence vers l'épithélioma spino-cellulaire,
- **ulcérations :**
 - blessure par prothèse dentaire,
 - cancers.

Cet examen sera mis à profit pour :

- ► **évaluer la sécheresse de la bouche :**
(xérostomie, état d'hydratation),
 - xérostomie et hyposialie : rôle des neuroleptiques (17) (21) (22), rôle et des psychotropes,
 - état d'hydratation : rôle des diurétiques et des apports liquidiens. (22)
- ► **examiner l'oropharynx, à la partie postérieure de la cavité buccale :**
 - amygdales,
 - coulée purulente postérieure,
- ► **effectuer un palper du plancher buccal :**
 - tuméfactions,
 - reliefs glandulaires,
- ► **inspecter le palais.**
- ► **instaurer une prévention de la candidose orale, à l'efficacité démontrée, (10)**
- ► **examiner les prothèses dentaires. (1)**

L'exploration de cette région anatomique est particulièrement riche sur le plan clinique. La fréquence des lésions cancéreuses augmente avec l'âge. La détection des états pré-cancéreux de la cavité buccale permet un traitement précoce pour éviter l'apparition de cancers. (15)

Un examen buccal méthodique est indispensable. (16)

2) Examen des dents

Effectué à l'aide d'un abaisse-langue et d'une source lumineuse, l'examen des dents note :

- l'existence de prothèses dentaires mobiles,
- le nombre de dents présentes :
 - saines : intactes, soignées et obturées, couronnées,
 - cariées : offrant la possibilité de soins de conservation simple, permettant un contact avec la dent antagoniste,
 - à extraire :
au-delà de toute thérapeutique de conservation, n'offrant plus de contact avec la dent antagoniste,
- l'état des gencives :
 - ulcérations,
 - gingivites,
- la présence d'une plaque dentaire.

Cet acte simple permet de calculer le coefficient de mastication, et donne le reflet de l'hygiène bucco-dentaire du résidant. Il établit rapidement les possibilités de soins (avulsions ou conservation) ou d'appareillage prothétique.

Il peut orienter le personnel soignant sur la nature de la préparation du repas : normal, haché ou mixé. C'est également un élément pour la formation et l'incitation du personnel à nettoyer les dents et les prothèses dentaires des résidants physiquement ou mentalement inaptes.

Il offre aussi la possibilité d'évaluer le retentissement sur la malnutrition éventuelle et la phonation (24) (25) (30) , ainsi que la déglutition. (26)

RESULTATS

L'examen endo-buccal des résidants des maisons de retraite de la Chapelle d'Andaine et de Couterne a permis de retenir 103 dossiers, offrant la possibilité d'apprécier qualitativement et quantitativement l'état dentaire d'une population âgée vivant en institution en milieu rural.

Pour chaque sujet, plusieurs renseignements ont été relevés :

- âge,
- sexe,
- coefficient de mastication (avec et sans appareillage),
- nombre de dents absentes,
- nombre de dents à soigner,
- nombre de dents à extraire,
- Groupe Iso Ressource (GIR),
- Origine : rurale ou citadine.

Les informations ainsi recueillies peuvent être classées en trois rubriques : généralités concernant la population étudiée, analyse de l'état dentaire, éventuelle spécificité du milieu rural.

Les éléments relatifs aux affections buccales, autres que dentaires, sont notées sur les fiches d'observation, mais ne sont pas retenues dans cette étude.

1) Généralités de la population étudiée :

- âge : l'échantillon présenté regroupe 103 dossiers. La moyenne d'âge est de guère plus de 83 ans (83,16), avec des extrêmes à 57 ans et 99 ans.

NB : 2 résidants ont moins de 60 ans (57 et 58 ans). Ils restent volontairement inclus à l'étude pour 2 raisons : osmose avec l'ensemble et proximité de la soixantaine.

- sexe : La population est majoritairement féminine (proche des 2/3) :

- femmes = 62 % (62,14 %) (64/103)
- hommes = 38 % (37,86 %) (39/103)

- origine : Les résidants sont issus de la population locale, originaire du milieu rural dans plus de 2 cas sur 3 :

- rural = 69 % (68,93 %) (71/103) soit 2 cas sur 3,
- citadin = 31 % (31,06 %) (32/103) soit 1 cas sur 3.

- groupe GIR : Le GIR moyen du résidant est 3 (3,1) (32/103)

2) Analyse de l'état dentaire :

-1/ coefficient de mastication (CM) = l'*édentation*

Sans appareillage, le CM moyen est à 7,5 %, c'est-à-dire que le patient moyen est édenté (< 30 %).

Cependant, une analyse plus ciblée de l'édentation différencie celle qui est totale de l'édentation partielle.

L'édentation :

- *totale*, avec un CM nul (0 %), touche $\frac{3}{4}$ des résidants = 75 % (75,7 %) (78/103).
- *partielle*, avec un CM < 30 % concerne presque 9/10 de la population = 85 % (85,4 %) (88/103).

L'édentation de ces résidants en milieu rural est bien supérieure aux chiffres rapportés dans une étude parisienne concernant une population citadine : 40 % d'édentés totaux contre 75 % dans cette région de Normandie. (1)

Le nombre de dents absentes est de 25 pour chaque sénior. Il apparaît ainsi clairement que les dents restantes (soit 7) sont défectueuses, puisque la moyenne du CM est de 7,5 %. La pathologie dentaire augmente avec l'âge . (1) (27)

-2/ soins dentaires à effectuer :

Ils sont représentés par les symboles C et ● sur les relevés dentaires et concernent les dents avec soins conservateurs possibles, ainsi que les avulsions à réaliser. Plus d'un tiers des résidants devrait bénéficier de soins chez le dentiste : 39 % (38,8 %) (40/103).

Ces soins se répartissent en :

- * soins conservateurs (obturation, amalgame)
 - pour 1 patient sur 3 (29,12 %) (30/103)
 - concernant plus de 2 dents pour chaque patient (2,3 dents) (69/30)
- * avulsions (lorsque les soins conservateurs sont impossibles)
 - pour 1 patient sur 3 (31 %) (32/103)
 - concernant plus de 4 dents par patient (4,16 dents) (133/32)

Le nombre de dents à extraire est double du nombre de dents à soigner.
NB : certains résidants ont des dents à soigner et à extraire.

- 3/ intérêt de l'appareillage :

La réalisation de prothèses mobiles semble un moyen élégant et efficace de pallier le déficit fonctionnel dentaire. Une mise en état de bouche est nécessaire, principalement par l'extraction de toutes les racines. Lorsque la crête dentaire est insuffisante, il est très possible de la ré-hausser (emploi de corail par exemple).

L'âge n'est pas une contre-indication. C'est le problème des crochets de ces prothèses dentaires mobiles partielles qui prennent appui sur des dents non brossées. C'est alors une cause de mauvais pronostic par absence d'apprentissage d'une hygiène rigoureuse. Le facteur limitant est l'état général du patient.

Avec appareillage, le CM moyen est à 42 % : le résidant moyen n'est plus édenté et a retrouvé presque la moitié de son potentiel fonctionnel dentaire avec l'utilisation de prothèses mobiles. 40 % (39,8 %) (41/103) des résidants portent un appareil.

Plus de la moitié (52,6 %) des édentés totaux (CM = 0%) porte un dentier complet (haut et bas). Ces prothèses mobiles sont adaptées dans plus de 80 % des cas (82,9 %) (34/42) et près de 2 fois sur 10 (17 %) (7/41) l'appareil est défectueux (incomplet ou inadapté par non correction après avulsion).

Certains résidants ne portent plus leurs appareils car :

- détérioré : perte d'une dent ou plus, baisse du CM,
- inadapté : ne tient plus,
- devenu douloureux et n'est plus porté,
- perdu.

Les édentés partiels (CM < 30 %) ne sont que ¼ à être appareillés (23 %) (3/13) ; un seul résidant possédant une prothèse adaptée (1/3) ;

La réalisation d'appareillage améliore le coefficient de mastication de plus de la moitié de la population édentée. La confection d'un appareil complet est plus efficace et nécessite la préparation de la bouche, par une avulsion dentaire totale. Les appareils partiels conduisent à l'inadaptation des 2/3 des cas. Une bouche correctement appareillée porte le coefficient de mastication à 90 % (7 dents par demi-arcade).

D'autres appareillages sont possibles avec les implants. Là encore, seul l'état général représente le facteur limitant. (28) (29)

Les possibilités techniques actuelles laissent penser que les soins prodigués en ce 21^{ème} siècle peuvent durer toute une vie. Cela devrait permettre une amélioration croissante de la santé bucco-dentaire des personnes âgées. (31)

L'appareillage est un des moyens de traitement des causes de la malnutrition chez le sujet âgé. (30)

3) Spécificité du milieu rural :

La population des EHPAD de la Chapelle d'Andaine et de Couterne est rurale à 70 %, simple reflet de l'origine locale des résidents.

Diverses informations apparaissent des éléments recueillis antérieurement :

	RURAL	CITADIN
Nombre de dents à soigner (par résident)	0,7 (49/71)	0,625 (20/32)
Nombre de dents à extraire (par résident)	1,37 (96/71)	1,21 (39/32)
Edentés totaux Non appareillés	76 % (54/71)	75 % (24/32)
Edentés partiels Non appareillés	12,6 % (9/71)	12,5 % (4/32)
Edentés totaux appareillés	40 % (22/54)	75 % (18/24)
Edentés partiels appareillés	33 % (3/9) 1/3	25 % (1/4)
Edentés (CM < 30 %)	89 % (63/71) soit environ 90 %	87,5 % (28/32) soit environ 90 %

La comparaison entre « le sénior des villes » et le « sénior des champs » ne montre qu'une différence sensible dans l'accès aux soins prothétiques : $\frac{3}{4}$ des citadins sont appareillés, contre moins de la moitié des ruraux. La proximité des spécialistes est l'apanage du milieu urbain.

En conclusion, l'état bucco-dentaire du résident est déplorable, confirmant de nombreuses observations. (1) (32) (33) (34)

L'état de santé dentaire est moins bon chez les personnes démunies et se dégrade très vite avec l'âge. (35)

D'une façon générale, il s'agit d'une patiente de plus de 83 ans, en GIR = 3, édentée et originaire de la campagne. Les soins dentaires comportent le double d'avulsions que de soins conservateurs.

Plus d'une fois sur deux l'appareillage complet est possible. Le coefficient de mastication est ainsi porté à 90 %, améliorant le rôle fonctionnel de la denture. L'hygiène dentaire est déficiente. Cette prise de conscience est l'occasion de proposer la mise en œuvre de soins d'hygiène bucco-dentaires spécifiques. (36)

L'esthétique du sourire et l'image du sénior en sont également bénéficiaires.

L'analyse de la fiche bucco-dentaire autorise une exploitation rapide du relevé dentaire en évaluant le coefficient de mastication et les soins dentaires à effectuer. Ce document visualise les possibilités d'appareillage.

Proposition de fiche bucco-dentaire

La fiche bucco-dentaire proposée se divise en 3 parties :

- 1) administrative :

où sont reportées les renseignements relatifs à l'identité du patient et la date de l'examen :

- date (de l'examen),
- NOM
- Prénom
- Date de naissance
- Age

Les symboles utilisés sont indiqués à cet endroit.

	<i>Présent (normale)</i>
X	<i>Absent</i>
C	<i>Carie</i>
●	<i>Racine</i>
○	<i>Couronne</i>
○○○	<i>Bridge</i>

- 2) coefficient de mastication :

Il est établi par le relevé des dents absentes, présentes ou cariées. Les symboles indiqués supra sont reportés sur 2 cercles quadrillés, représentent schématiquement une bouche ouverte avec 4 demi-arcades, chaque demi-arcade accueillant 8 dents. Le premier cercle sert au calcul du coefficient de mastication (CM) sans appareil prothétique mobile, alors que le second donne le CM d'une bouche appareillée.

Les valeurs de chaque dent sont indiquées dans un tableau quadrillé, dont chaque quadrant correspond à une demi-arcade.

Chaque case comporte 3 lignes :

- valeur des dents (1 à 5)
- situation des dents sur la demi-arcade : 1 à 8
- identification internationale des dents : 1 à 48 selon leur place sur l'hémi-arcade correspondante :

* le chiffre des dizaines désigne l'hémi-arcade :

- 1.X = maxillaire supérieur droit
- 2.X = maxillaire supérieur gauche
- 3.X = mandibule côté gauche
- 4.X = mandibule côté droit

* le chiffre des unités situe la dent sur l'hémi-arcade (de 1 à 8) :

- X.1 = incisive centrale, jusqu'à
- X.8 = dent de sagesse

nomenclature internationale	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	Position des dents
	18 . 17 . 16 . 15 . 14 . 13 . 12 . 11	21 . 22 . 23 . 24 . 25 . 26 . 27 . 28	
	48 . 47 . 46 . 45 . 44 . 43 . 42 . 41	31 . 32 . 33 . 34 . 35 . 36 . 37 . 38	
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	

C'est la raison pour laquelle une dent peut être désignée par le chiffre 48, bien qu'il n'existe que 32 dents.

- 3) synthèse de l'examen clinique :

Il permet d'évaluer les soins dentaires à effectuer :

- les soins conservateurs seront préconisés face aux caries. Les avulsions seront proposées lorsque seules les racines persistent.
- la réalisation de prothèse pourra également être envisagée selon l'importance de l'édentation existante.

Enfin, la conclusion de l'examen endo-buccal sera reporté : dermatoses buccales, état précancéreux.

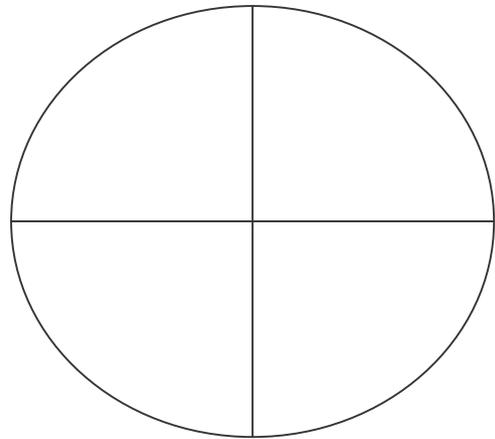
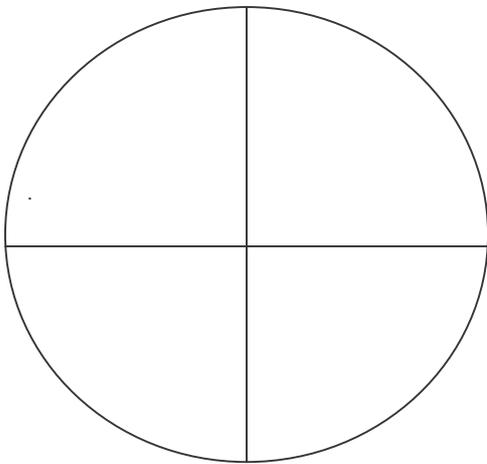
Ainsi, la réalisation de cette fiche représente :

- ▶ une réalité de l'examen clinique d'entrée, par la rédaction d'une pièce médico-administrative du dossier clinique,**
 - ▶ une exploration méthodique de la cavité buccale, par les renseignements successifs à reporter,**
 - ▶ une estimation de la fonction masticatoire et du retentissement nutritionnel secondaire,**
 - ▶ une évaluation des soins dentaires à proposer,**
 - ▶ une visualisation schématique efficace pour une prise de conscience de l'hygiène bucco-dentaire, et une incitation à la mise en route des mesures préventives (brossage des dents, consultations et soins dentaires...),**
 - ▶ un intérêt médico-légal, pour les résidants n'ayant jamais consulté de dentiste, en permettant un relevé dentaire initial.**
- ▶ un outil d'évaluation gérontologique, dans une approche multi-dimensionnelle, pour la connaissance bio-psycho-sociale de la personne âgée, selon le cahier des charges de la démarche qualité, fixé par l'arrêté du 26 avril 1999. (37)**

Date :

- Présent (normale)*
- X** *Absent*
- C** *Carie*
- *Racine*
- *Couronne*
- *Bridge*

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Age :



CM sans appareillage :

CM avec appareillage :

<i>Valeurs</i> →	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">2</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">4</td><td style="border: none;">1</td><td style="border: none;">2</td> <td style="border: none;">2</td><td style="border: none;">1</td><td style="border: none;">4</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">2</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">8</td><td style="border: none;">7</td><td style="border: none;">6</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">4</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">2</td><td style="border: none;">1</td> <td style="border: none;">1</td><td style="border: none;">2</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">4</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">6</td><td style="border: none;">7</td><td style="border: none;">8</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">18 . 17 . 16 . 15 . 14 . 13 . 12 . 11</td> <td style="border: none;">21 . 22 . 23 . 24 . 25 . 26 . 27 . 28</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">48 . 47 . 46 . 45 . 44 . 43 . 42 . 41</td> <td style="border: none;">31 . 32 . 33 . 34 . 35 . 36 . 37 . 38</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">8</td><td style="border: none;">7</td><td style="border: none;">6</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">4</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">2</td><td style="border: none;">1</td> <td style="border: none;">1</td><td style="border: none;">2</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">4</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">6</td><td style="border: none;">7</td><td style="border: none;">8</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">4</td><td style="border: none;">1</td><td style="border: none;">1</td> <td style="border: none;">1</td><td style="border: none;">1</td><td style="border: none;">4</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">3</td> </tr> </table>	2	5	5	3	3	4	1	2	2	1	4	3	3	5	5	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	18 . 17 . 16 . 15 . 14 . 13 . 12 . 11	21 . 22 . 23 . 24 . 25 . 26 . 27 . 28	48 . 47 . 46 . 45 . 44 . 43 . 42 . 41	31 . 32 . 33 . 34 . 35 . 36 . 37 . 38	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3	5	5	3	3	4	1	1	1	1	4	3	3	5	5	3		
2	5	5	3	3	4	1	2	2	1	4	3	3	5	5	2																																																								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																								
18 . 17 . 16 . 15 . 14 . 13 . 12 . 11	21 . 22 . 23 . 24 . 25 . 26 . 27 . 28																																																																						
48 . 47 . 46 . 45 . 44 . 43 . 42 . 41	31 . 32 . 33 . 34 . 35 . 36 . 37 . 38																																																																						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																								
3	5	5	3	3	4	1	1	1	1	4	3	3	5	5	3																																																								
nomenclature internationale		<i>Position des dents</i>																																																																					
<i>Valeurs</i> →																																																																							

Examen clinique :

Nombre de caries, avec soins possibles =

Nombre d'avulsions à réaliser =

Date de la dernière consultation chez le dentiste =

Prothèse =

Endo-buccal =

EXEMPLE N° 1 :

*Bouche non appareillée,
peu de soins,
bonne hygiène*

Date : 8.8.2003

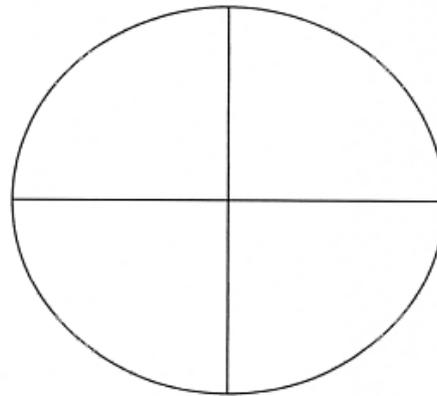
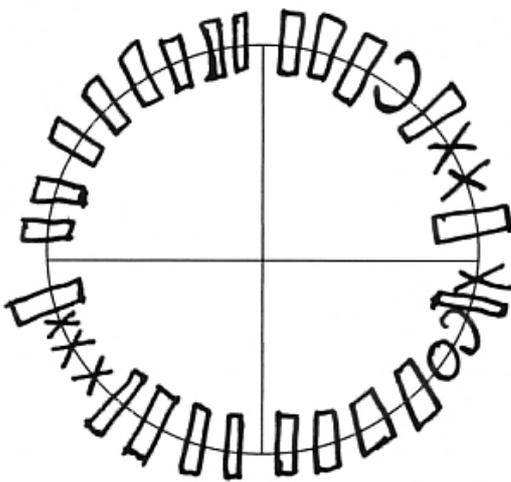
- Présent (normale)
- X Absent
- C Carie
- Racine
- Couronne
- Bridge

NOM : DUR.

Prénom : H.

Date de naissance : ... 34

Age : 69 ans



CM sans appareillage : 49%

CM avec appareillage :

Valeurs	2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2	
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
nomenclature internationale	18 . 17 . 16 . 15 . 14 . 13 . 12 . 11	21 . 22 . 23 . 24 . 25 . 26 . 27 . 28	Position des dents
	48 . 47 . 46 . 45 . 44 . 43 . 42 . 41	31 . 32 . 33 . 34 . 35 . 36 . 37 . 38	
Valeurs	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3	

Examen clinique :

Nombre de caries, avec soins possibles = 2 (24 et 36)

Nombre d'avulsions à réaliser = ∅

Date de la dernière consultation chez le dentiste = 2001

Prothèse = Prothèse de 3 dents non supportée depuis 2001, et n'est plus portée.

Endo-buccal = correct

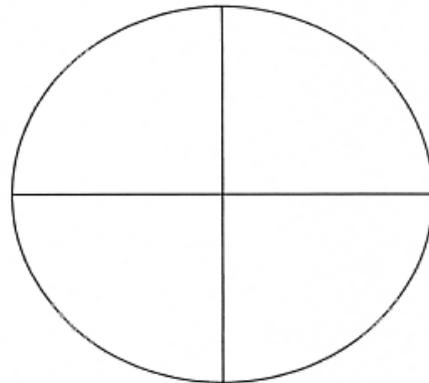
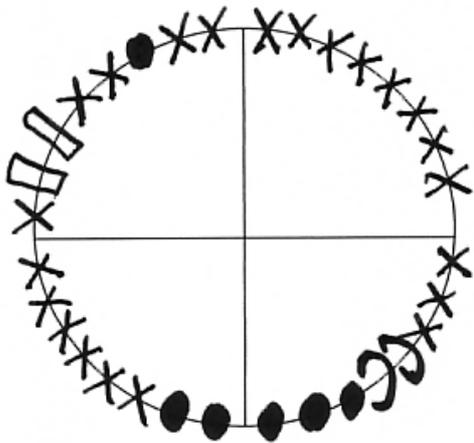
EXEMPLE N° 2 :

*Bouche non appareillée,
nombreux soins, édentation fonctionnelle
hygiène défectueuse*

Date : 14.08.2003

- Présent (normale)
- X Absent
- C Carie
- Racine
- Couronne
- Bridge

NOM : LAM.
Prénom : B.
Date de naissance : ... 23
Age : 80 ans



CM sans appareillage : 0%

CM avec appareillage : néant

Valeurs	2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2	Position des dents
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
nomenclature internationale	18. 17. 16. 15. 14. 13. 12. 11	21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28	
	48. 47. 46. 45. 44. 43. 42. 41	31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38	
Valeurs	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3	

Examen clinique :

Nombre de caries, avec soins possibles = 2 (34 + 35)

Nombre d'avulsions à réaliser = 6 (13 + 31 + 32 + 33 + 41 + 42)

Date de la dernière consultation chez le dentiste = "longtemps" ! (> 20 ans)

Prothèse = néant

Endo-buccal = Hygiène défectueuse.

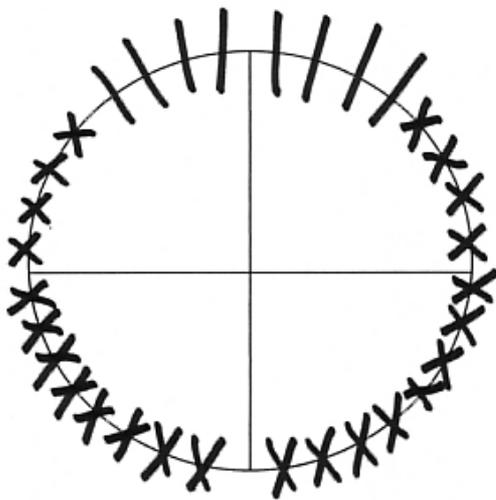
EXEMPLE N° 3 :

*Bouche appareillée,
aucun soin,
bonne hygiène*

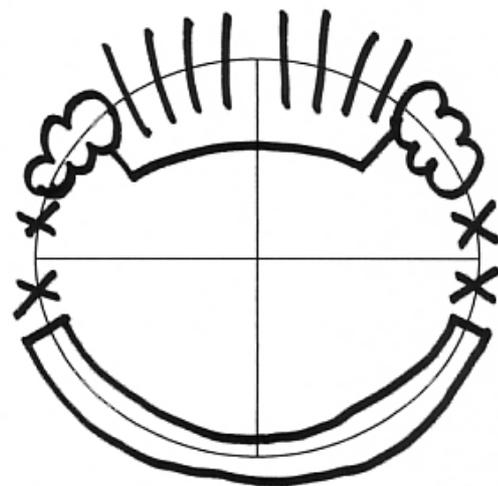
Date : 17.7.2003

- Présent (normale)
- X Absent
- C Carie
- Racine
- Couronne
- Bridge

NOM : PEN.
Prénom : M.
Date de naissance : . . . 21
Age : 81 ans



CM sans appareillage : 0%



CM avec appareillage : 90%

Valeurs	2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2	Position des dents
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
nomenclature internationale	18 . 17 . 16 . 15 . 14 . 13 . 12 . 11	21 . 22 . 23 . 24 . 25 . 26 . 27 . 28	
	48 . 47 . 46 . 45 . 44 . 43 . 42 . 41	31 . 32 . 33 . 34 . 35 . 36 . 37 . 38	
Valeurs	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3	

Examen clinique :

Nombre de caries, avec soins possibles = ∅

Nombre d'avulsions à réaliser = ∅

Date de la dernière consultation chez le dentiste = régulièrement suivie

Prothèse = correcte

Endo-buccal = bonne hygiène

EXEMPLE N° 4 :

*Bouche appareillée,
soins à effectuer, prothèses inadaptées,
mauvaise hygiène*

Date : 31.07.2003

- Présent (normale)
- X Absent
- C Carie
- Racine
- Couronne
- Bridge

NOM : LER,
Prénom : L.
Date de naissance : ... 13
Age : 90 ans



22%

CM sans appareillage :



52%

CM avec appareillage :

Valeurs	2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2	
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
nomenclature internationale	18. 17. 16. 15. 14. 13. 12. 11	21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28	Position des dents
	48. 47. 46. 45. 44. 43. 42. 41	31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38	
Valeurs	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3	

Examen clinique :

Nombre de caries, avec soins possibles = 1 (43)

Nombre d'avulsions à réaliser = 2 (25 + 26)

Date de la dernière consultation chez le dentiste = 5 ans

Prothèse = inadaptées : mobiles

Endo-buccal = plaque dentaire ++ - Hygiène insuffisante

Le rôle du dentiste

Le chirurgien-dentiste est l'acteur de santé principal pour la surveillance bucco-dentaire et la réalisation des soins dentaires nécessaires. Ce praticien libéral intervient dans différentes structures au profit des personnes âgées. En milieu rural, son action se fait en institution, en cabinet, à l'hôpital.

- **En institution**

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) dotés de cabinet dentaire sont rares. Les maisons de retraite font appel à un praticien libéral extérieur. Dans ce cadre, le chirurgien-dentiste limite sa pratique aux gestes ambulatoires :

- consultation : avis, proposition de traitement,
- gestes simples : exploration, avulsions.

Il lui faut savoir convaincre les proches du patient de la nécessité d'appareillage : la famille est parfois lointaine et peu décidée à donner son accord (rarement pour des motifs financiers).

Quoique réduite, cette pratique ambulatoire est des plus intéressantes auprès des résidents grabataires ou des patients présentant une démence prononcée. (9)

L'intervention du dentiste en institution est l'occasion de renforcer ou d'instaurer la promotion de l'hygiène bucco-dentaire et combattre les idées préconçues (pertes de dents, durée de vie des prothèses, fatalité ...).

La prévention bucco-dentaire des séniors améliore leur confort de vie. (6) (31) Le rôle du chirurgien-dentiste est également important auprès des professionnels de santé. (1)

- **A l'hôpital**

- *Local :*

A l'occasion de l'hospitalisation d'un résidant, des soins dentaires peuvent y être proposés et réalisés. Le chirurgien-dentiste libéral y intervient selon les conventions passées.

- *Centre hospitalier départemental*

Espace thérapeutique rarement utilisé dans ce cadre.

- **En cabinet libéral**

La majorité des actes dentaires se font au cabinet dentaire. Les patients peuvent bénéficier de l'aide d'une tierce personne pour les trajets et l'installation sur le fauteuil. La qualité des actes est maximale, en fonction de l'équipement du cabinet. La réalisation des soins est un moment propice pour initier les mesures préventives d'hygiène bucco-dentaire.

La prise d'empreinte pour prothèse y est réalisée ainsi que les essayages et adaptations successives.

- **Convention**

Ce type de pratique libérale pourrait faire l'objet d'une convention entre l'EHPAD et le chirurgien-dentiste.

- **En réseau**

Actuellement, un projet d'un réseau de soins est élaboré : « **HANDI-DENT** ». Il est formé par des praticiens libéraux du Calvados pour dispenser des soins, ou des actes chirurgicaux, sous anesthésie générale, chez des personnes présentant un handicap mental, ou physique lourds.

Ces travaux se feront dans un premier temps sur Caen, puis sur FLERS (C.H.G) lors de l'extension du réseau à l'Orne.

Le recours à cette possibilité thérapeutique est à explorer pour les résidents dépendants ou déments des EHPAD.

Conclusion

L'examen bucco-dentaire est une étape importante de l'examen clinique du futur résidant en maison de retraite.

Le relevé schématique dentaire utilise des symboles simples, correspondant à la présence et à l'état de chaque dent, clairement identifiée selon la nomenclature internationale. Le coefficient de mastication est évalué avec et sans appareil prothétique.

L'examen bucco-dentaire permet le relevé des états pré-cancéreux buccaux, fréquents à cet âge, et d'en évaluer les possibilités thérapeutiques.

La rédaction de la fiche bucco-dentaire concrétise l'examen buccal. Les indications reportées sur la fiche bucco-dentaire, offrent un intérêt :

- statique : état des lieux à l'entrée, évaluation des soins à réaliser,**
- dynamique : évolution thérapeutique (appareillage et avulsions), initiation à l'hygiène bucco-dentaire.**

Les informations inscrites sur ce document médico-administratif ont également une valeur médico-légale certaine.

Ainsi la fiche bucco-dentaire s'avère-t-elle indispensable pour la constitution d'un dossier médical sérieux.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) - MARUANI D., REINGEWIRTZ S. Prévention des affections bucco-dentaires en institution. In : TRIVALLE C. Gériologie préventive. Paris, Masson Ed, 2002 : 316 – 329.
- (2) - MEZL Z. Abrégé de pathologie dentaire, Paris, Masson Ed, 1975.
- (3) - BOURGEOIS D., BERGER P., HESCOT P., LECLERCQ M.H., DOURY J. Oral health status in 65-74 years old adults in France, 1995. Rev Epidem Santé Publ 1999, 47 : 55-59.
- (4) – CREUSOT G., DUMASDELAGE G., CARBONNIE C., ROUGE D. Expertises médicales – 5^{ème} édition, Paris, Masson Ed, 2001.
- (5) – DURIGON M. Identification. In : Pratique médico-légale, Paris, Masson Ed, 1999, 107-108.
- (6) - GRAGNIC I. Prévention : les seniors aussi. Rev inf 2001 ; 71 : 37 – 39.
- (7) - TRIVALLE C. Septicémies, endocardites et méningites chez les sujets âgés. In : BELMIN J., CHASSAGNE P., GONTHIER R., JEANDEL C., PFITZENMEYER P. Gériologie, Paris, Masson Ed, 2003., 301-302.
- (8) - NABET-GUIVANTE C., BERDAL A., TREVOUX M. Pathologies infectieuses en gériatrie : exemple de la carie. Act Odonto Stomatol 2001 ; 215 : 315-329.
- (9) - BENKIRANE I., EL OUAZZANI A., LAHLOU K., JABRI M., HIRECHE H. Prise en charge bucco-dentaire des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Espérance médicale 2000 ; 7 : 75-78.
- (10) - Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AS du 2 septembre 1988 modifiée relative à la détermination de l'aptitude médicale au service (BOEM 620-4).
- (11) – Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Concours Med.2001.
- (12) - HIRANO H., ISHIYAMA N., WATANABE I., NASU. Masticatory ability in relation to oral status and general health on aging. Age and nutrition (Paris) 1999 ; 10 : 105-109.
- (13) – Arrêté du 15 mars 2000 modifiant l'arrêté du 25 avril 1977 relatif aux conditions d'aptitude physique exigées des candidats aux concours de l'Ecole de l'air, de l'Ecole militaire de l'air, de l'Ecole du commissariat de l'air et des officiers issus de l'Ecole polytechnique.
- (14) – BICHAT X. Anatomie générale, appliquée à la physiologie et à la médecine, Paris, Brosson et Gabon, 1801.

- (15) - SZPIRGLAS H. Détection des cancers buccaux et conception actuelle des états précancéreux. Rev Prat (Paris) 1995 ; 45 : 831 – 837.
- (16) - BRUGERE J., RODRIGUEZ J., POINT D. Le généraliste face au dépistage des cancers ORL. Tempo Medical 1988, n° 292.
- (17) - LETONTURIER D., BEN SLAMA L. Bouche pathologique chez le sujet âgé. In : BELMIN J., CHASSAGNE P., GONTHIER R., JEANDEL C., PFITZENMEYER P. Gérontologie, Paris, Masson Ed, 2003., 470-477.
- (18) – HURIEZ C. Abrégé de dermatologie vénérologie, Paris 2^{ème} édition, Masson Ed, 1978.
- (19) - MEDJAHED S., BELMIN J. Examen clinique et évaluation multidimensionnelle du sujet âgé. In : BELMIN J., CHASSAGNE P., GONTHIER R., JEANDEL C., PFITZENMEYER P. Gérontologie, Paris, Masson Ed, 2003., 22.
- (20) - ALIX E., BODIN X., POISSONIER M., BAGUELIN D., BOYER E., VETEL J.P. Les mycoses buccales en court séjour gériatrique : résultats d’une enquête chez 148 personnes âgées admises en court séjour gériatrique. Rev Gériatrie 1998 ; 23 : 487-497.
- (21) - BLOUIN N., MASSICOTE P., VINCENT J.R. santé bucco-dentaire. In : ARCAND M., HEBERT R., Précis pratique de gériatrie. 2^{ème} édition. Paris : Edisem et Maloine, 1997, 645-657.
- (22) - LETONTURIER D., BELMIN J. Bouche sèche en gériatrie. In : BELMIN J., CHASSAGNE P., GONTHIER R., JEANDEL C., PFITZENMEYER P. Gérontologie, Paris, Masson Ed 2003., 464-469.
- (23) – BUDTZ-JORGENSEN E., MOJON P., RENTSCH A., DESLAURIERS N. Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care-facility. Community Dent Oral Epidemiol 2000 ; 28 : 141-149.
- (24) - BERENHOLC C., TREVOUX M. Biologie du vieillissement et perspectives cliniques. Act Odonto Stomatol 2001 ; 215 : 265-272.
- (25) - SANTORO J.P., TREVOUX M. Apports nutritionnels de la personne âgée et considérations sur le stade buccal. Act Odonto Stomatol 2001 ; 215 : 283-299.
- (26) - JACQUOT J.M., POUDEROUX P., PIAT C., STRUBEL. Les troubles de la déglutition du sujet âgé : prise en charge. Presse Méd 2001 ; 30 : 1645-1656.
- (27) - GUIVANTE-NABET C., BERENHOLE C., TAVERNIER J.C., DETRIUT J.C., BERDAL A., Facteurs de risque des pathologies dentaires chez les personnes âgées. La Revue du Généraliste et de la Gérontologie 1997 ; 40 : 31-33.
- (28) – COMMISSIONAT Y., COMMISSIONAT M. Indication actuelles des implants dentaires. Rev Prat Mef Gen 1997 ; 396 : 23-30.

- (29) - OUVRARD H. Quels sont les indications et les résultats des implants dentaires ?
Concours Med, T 122, N° 35, 2000, p. 2459-2460.
- (30) - KALTENBACH G. La prévention du vieillissement pathologique. Concours Med, T 122, N° 28, p. 1909-1913.
- (31) – SU J., LUSTBADER E., SOLOMOWITZ B.H., DOWRICH I.A. Gériatric dentistry. A review for general dentist. N Y State Dent J. 2002 ; 68 : 25-29.
- (32) - BORDES F. Prévention bucco-dentaire : le point de vue du dentiste. In : TRIVALLE C. Gérontologie Préventive. Paris, Masson Ed, 2002, 164 – 170.
- (33) - RIESEN M., CHUNG J.P., PAZOS E., BUDTZ-JORGENSEN E. Médecine et hygiène 2002 ; 60 : 2178-2188.
- (34) - DELATTRE JP., RESMOND RICHARD F., LE BERRE A., CATTENOZ C., DELANIAIRE D., CHAPERON J. Etat de santé dentaire des personnes âgées hébergées dans un service de gériatrie. Rev Gériatrie 1995 ; 20 : 529-34.
- (35) – BEYNET A., MENAHEM G. Problèmes dentaires et précarité, CREDES, N° 48, février 2002, 6 pages.
- (36) - GRIMOUD A.M., DEBROCK A., CAZARD J.C., RUMEAU M., BOCQUET H., MARTY N., LODTER J.P. Spécificité des soins d'hygiène bucco-dentaire en gériatrie long séjour. Généraliste Gérontologie 1999 ; 52 : 25-30.
- (37) – RACINE G. La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2^{ème} édition, Paris, Berger-Levrault, 2001.

RESUME

L'examen bucco-dentaire est souvent réduit à une portion congrue lors du bilan clinique d'admission d'un résidant en EHPAD.

L'observation d'une population âgée vivant en institution, confirme la détérioration de l'état bucco-dentaire, grévée par les ans, et majorée en milieu rural.

Une démarche clinique programmée permet d'évaluer les lésions buccales et l'état dentaire. Le relevé dentaire autorise l'établissement du coefficient de mastication, éventuellement amélioré par le port de prothèses dentaires mobiles. Il est ainsi l'occasion d'évaluer les soins dentaires à effectuer (avulsions ou soins conservatoires) et la possibilité d'appareillage prothétique.

La fiche bucco-dentaire proposée conjugue le report schématique de l'examen clinique et la visualisation des réponses thérapeutiques adaptées. Les observations successives rendent cet outil évolutif : état des lieux dentaire à l'entrée et bilan de départ des soins dentaires. La fiche bucco-dentaire, d'un intérêt médico-légal certain, est un élément constitutif d'un dossier médical rigoureux.

Etablie lors de la visite d'admission en institution, cette fiche est une pièce médico-administrative originale.

MOTS CLES :

- **FICHE BUCCO-DENTAIRE**
- **DENTS**
- **COEFFICIENT DE MASTICATION**
- **HYGIENE**
- **PERSONNE AGEES**