

Université René Descartes- Paris V
Faculté Cochin – Port Royal

« APPOLLINE », réseau de coordination
pour l'accès aux soins et aux bilans bucco dentaires des
personnes âgées hébergées en EHPAD

Docteur Anne DUQUESNOY

Diplôme Inter Universitaire
« Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD

Année 2008-2009

Directeur de mémoire : Dr SCHVALLINGER Florence

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	3
2	État de santé bucco dentaire des résidents en établissement et accès aux soins.....	5
2.1	L'état bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement.....	5
2.2	Les besoins en soins	6
2.3	Le besoin en soin exprimé.....	8
2.4	Les conséquences de la santé buccodentaire sur l'état de santé en général	8
2.5	Approche préventive des pathologies bucco-dentaires	9
2.6	Les modalités d'accès aux soins pour les résidents en établissement.....	10
2.6.1	Les cabinets libéraux de ville :.....	10
2.6.2	L'EHPAD:.....	10
2.6.3	L'hôpital	11
3	Réseau de coordination APPOLLINE.....	12
3.1	Pour un accès aux soins des personnes fragilisées.....	12
3.2	Objectifs de la coordination	13
3.3	L'organisation du bilan bucco-dentaire des résidents d'un EHPAD	13
3.4	Formation	16
3.5	Suivi.....	17
4	Réseau APPOLLINE et EHPAD : quel type de cooperation ?	18
4.1	Ce que l'EHPAD et le médecin coordinateur peuvent attendre du réseau.....	18
4.2	Ce que le réseau peut attendre de l'EHPAD et de l'équipe de soins	20
5	CONCLUSION.....	22
	BIBLIOGRAPHIE.....	23

1 INTRODUCTION

D'une façon générale, l'état dentaire des personnes âgées vivant en institution est dégradé, et les affections bucco-dentaires restent une cause de morbidité importante. Elles peuvent entraîner des répercussions dommageables sur l'état de santé global du patient et sur sa qualité de vie (infection, douleur, nutrition, rapport à autrui).

Malgré les améliorations sensibles depuis 20 ans, il demeure de fortes inégalités face à la prise en charge des soins bucco dentaires. Cette situation est liée aux problèmes sociaux économiques (taux de remboursement de certains soins), aux difficultés d'accès des structures de soins (éloignement géographique, défaut d'accessibilité, déplacement difficile) et s'explique également par le poids du passé : en effet, les générations actuelles rencontrées au sein des EHPAD, appartiennent encore à une époque où les préoccupations dentaires (règles d'hygiène de base et soins adéquates) étaient négligées et elles estiment inutile de consulter surtout si on est édenté ⁽¹⁾.

C'est pour ces raisons que des actions ciblées doivent être menées en faveur des personnes âgées dépendantes qui nécessitent des soins spécifiques et dont la situation bucco dentaire est souvent dégradée.

Rares sont les projets d'établissement et de soins qui font états des modalités de prise en charge des soins et de la santé bucco-dentaire. Or, l'état bucco-dentaire a un fort retentissement sur l'état général des personnes âgées institutionnalisées. De plus, la prise en charge des soins bucco-dentaire n'est pas prévue par la réforme relative aux modalités de tarifications et de financement des EHPAD (décret n°2001-388 ⁽²⁾). De même, le guide utilisateur de la grille AGGIR publié en août 2008 (décret n°2008-821 du 21 août 2008 ⁽³⁾), a supprimé l'évaluation du nettoyage de la denture car il s'avère qu'il fait perdre toute sensibilité à l'évaluation de la perte d'autonomie sur une variable très importante qu'est la toilette. Ces éléments ne valorisent pas la

prise en charge de la santé bucco-dentaire et favorisent la perception du soin de bouche comme un fardeau par le personnel soignant non sensibilisé des EHPAD.

C'est pourquoi, Il faudrait pouvoir faire bénéficier aux personnes âgées institutionnalisées, d'une prévention, d'un bilan et d'une prise en charge adaptée.

2 ÉTAT DE SANTE BUCCO DENTAIRE DES RESIDENTS EN ETABLISSEMENT ET ACCES AUX SOINS

2.1 L'état bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement

Plusieurs enquêtes ont été menées dans différentes régions ou départements :

- 3 études entre 2001 et 2005 menées par la CPAM de l'ESSONNE, ce qui l'a conduite à mettre en place, dès 2002, un dispositif de prise en charge d'une consultation et de soins conservateurs à l'entrée en institution d'une personne âgée ⁽⁴⁾,
- Une enquête en 2003 menée par l'URCAM des Pays de Loire ⁽⁵⁾,
- Une enquête en 2004 menée par l'URCAM de Bretagne ⁽⁶⁾,
- Une enquête en 2005 menée par l'URCAM de Poitou- Charente ⁽⁷⁾.

Tous ces travaux rapportent le très mauvais état dentaire et la quasi absence de recours aux soins des personnes âgées dépendantes hébergées en établissement. D'une manière générale :

- 34% des résidents sont totalement édentés et 40% de ceux-ci ne sont pas appareillés.
- pour les 2/3, le nombre moyen de dents présentes sur l'arcade est de 8 et seulement la moitié est saine.
- 2/3 des résidents ont au moins un besoin en soins bucco-dentaire : détartrage, extraction, soins conservateurs. Cette proportion atteint 90% quand on tient compte de la nécessité de mettre en œuvre l'hygiène bucco-dentaire.

- la moitié des personnes étaient porteuses de prothèses mais un quart d'entre elles étaient jugées non fonctionnelles.
- 37 à 47% ont un besoin prothétique (70% par la création et 30 % par le renouvellement).
- 30 % des résidents ont une hyposialie.
- 60% des résidents présentent une hygiène insuffisante (présence de plaque, de tartre, de dépôts alimentaires).
- 22% présentent une blessure de la muqueuse.

2.2 Les besoins en soins

L'enquête Santé Protection Sociale de 2002 met en évidence la présence d'un édentement partiel ou total chez 40% des personnes âgées de plus de 65 ans. L'absence totale de dents a des répercussions physiologiques et psychologiques, que la personne âgée soit appareillée ou non. Les patients édentés ne consultent plus le chirurgien dentiste, ce qui peut générer des retards de diagnostic des pathologies des tissus mous et notamment des cancers. 78 % des personnes âgées estiment qu'une consultation est inutile surtout si on est édenté.

Ce mauvais état dentaire est souvent associé à un faible niveau socio-économique ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾. Sur une population de 200 000 personnes âgées de 65 à 74 ans, 15% des inactifs chez les hommes et 15% des ouvrières chez les femmes sont édentés totaux. Les cadres présentent les taux les plus faibles d'édentés totaux. Il en va de même pour la surface masticatoire insuffisante (moins de 5 contacts au niveau molaire et prémolaire) dont les taux les plus élevés sont représentés par les catégories ouvrière et inactif.

Contrairement aux consultations médicales, le recours aux soins bucco-dentaire diminuent avec l'âge alors que les besoins augmentent. L'augmentation de ces besoins résulte :

- d'une augmentation du nombre de personnes âgées.
- du vieillissement d'une population qui n'a pas bénéficié de mesures préventives telles que l'utilisation de dentifrice fluoré.
- de la prise de médicaments ayant un retentissement sur la sphère orale : la diminution de la production salivaire est retrouvée parmi les effets secondaires de plus de 400 médicaments et 80% des médicaments les plus prescrits en gériatrie sont responsables d'hyposialie ⁽¹⁾ : les anticholinergiques (antiparkinsonien, antispasmodique, antiémétique) les antihypertenseurs, les diurétiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les antihistaminiques...
- de pathologie spécifique (maladie d'Alzheimer, diabète, Parkinson, insuffisance respiratoire sévère...) et de handicap qui empêchent une hygiène orale correcte.
- du vieillissement physiologique des tissus et organes de la cavité buccale qui affecte ses défenses et provoque des pathologies spécifiques du sujet âgé :
 - les caries radiculaires favorisées par une rétraction physiologique de la gencive, l'hypo salivation, la diminution de l'efficacité du brossage par perte de dextérité, l'augmentation de la consommation des sucres et l'adhérence de l'alimentation molle aux surfaces dentaires.
 - la maladie parodontale (gingivite ou parodontite) caractérisée par des phénomènes inflammatoires (par modification

physiologique de la muqueuse gingivale : perte d'élasticité, fragilité aux agressions microbiennes...) associés à une résorption osseuse de l'os alvéolaire.

- la candidose est très fréquemment rencontrée chez la personne âgée. Elle est favorisée par l'hygiène insuffisante, l'hyposialie, les prothèses inadaptées, l'antibiothérapie au long cours, un diabète mal équilibré, une immunodéficience...

2.3 Le besoin en soin exprimé

Les entretiens avec les résidents dans les différentes études, montrent un faible besoin ressenti en soins dentaires. Un tiers seulement des personnes présentent des doléances, et elles déclarent ressentir ⁽⁶⁾:

- une gêne ou des difficultés de mastication (47 %),
- une gêne esthétique (66%),
- des problèmes d'élocution (70%),
- des problèmes de digestion (70 %),
- des douleurs chroniques de la sphère buccale (dentaire, muqueuse, articulaire, musculaire) (36 %).

2.4 Les conséquences de la santé buccodentaire sur l'état de santé en général

Toutes ces affections buccales peuvent avoir de graves conséquences sur l'état de santé de la personne âgée en favorisant :

- la malnutrition (par hyposialie et défaut de mastication). En cas de baisse de la capacité masticatoire, la diminution des apports alimentaires et leur sélection qualitative, peuvent entraîner le patient dans une spirale qui le conduit à la perte d'autonomie et à de nombreuses pathologies aggravantes (syndrome d'immobilisation),
- les endocardites,

- l'athérosclérose (rôle possible de l'infection parodontale conjointement aux autres facteurs de risque établis d'athérosclérose) ⁽¹¹⁾,
- les pneumopathies et BPCO (parodontite et mauvaise hygiène)⁽¹²⁾,
- le diabète (double relation : le diabète est un facteur de risque des parodontites et les maladies du parodonte participent au déséquilibre du diabète) ⁽¹³⁾.

2.5 Approche préventive des pathologies bucco-dentaires

Si l'élimination des foyers infectieux reste un objectif prioritaire, le rétablissement de la fonction masticatoire pour améliorer le confort et l'esthétique par des traitements restaurateurs prothétiques est possible.

La polypathologie des personnes âgées implique la mise en place de mesures préventives incluant :

- Une sensibilisation des chirurgiens dentistes aux pathologies bucco-dentaires et à leur répercussion sur la santé des personnes âgées dépendantes,
- Une formation spécifique à l'hygiène buccale délivrée par des chirurgiens dentistes auprès du personnel soignants des EHPAD,
- Un dépistage systématique des pathologies bucco-dentaires et un suivi régulier, si possible annuel.

2.6 Les modalités d'accès aux soins pour les résidents en établissement

2.6.1 Les cabinets libéraux de ville

Les chirurgiens dentistes sont confrontés à la difficulté de la prise en charge de la clientèle gériatrique du fait :

- du manque d'accessibilité des locaux a des personnes lourdement dépendantes,
- des troubles du comportement en cas de déficits cognitifs,
- de la nécessité de faire une analyse globale des besoins et de fixer des objectifs de traitement compatibles avec les capacités physiques et cognitives de chaque patient,
- de la polypathologie ce qui nécessite de mettre plus en avant la santé dentaire et la santé en général,
- de la nécessité de rechercher le consentement de la personne et/ou de son entourage,
- de la longueur des soins alors que la consultation est soumise à la même tarification qu'une consultation normale.

2.6.2 L'EHPAD :

Lorsque des soins ou un bilan sont préconisés, la majorité des directeurs d'EHPAD organisent un suivi à l'extérieur de l'établissement, au sein d'un cabinet libéral qui aura surmonté toutes les difficultés énoncées plus haut (accessibilité, formation...)⁽⁴⁾.

7,4% de l'ensemble des établissements ayant participé aux différentes enquêtes régionales (591) organisent des vacations ou proposent un suivi dentaire au sein de leurs locaux. 2,8% mettent à disposition un fauteuil dentaire (souvent sous utilisé et aux frais de fonctionnement coûteux). Pour la majorité des directeurs d'établissement (52%), la réflexion n'est pas encore engagée sur la réalisation d'un bilan bucco-dentaire systématique, ou bien cette question n'est pas dans leurs priorités, ou bien aucun protocole d'orientation extérieure pour les soins bucco-dentaires n'est proposé.

En tout état de cause, l'EHPAD se retrouve confronté aux difficultés de faire intervenir un praticien se déplaçant sur place et suffisamment sensibilisé à la problématique gériatrique (formation suffisante, matériel portable) et de mobiliser du personnel pour encadrer ce dispositif.

2.6.3 L'hôpital

Les consultations hospitalières sont principalement organisées pour dépister et traiter les foyers infectieux dentaires potentiels et pour assurer des soins sous anesthésie (générale ou neurolep-analgésie) auprès de patients lourds ou peu coopérants.

3 RESEAU DE COORDINATION APPOLLINE

3.1 Pour un accès aux soins des personnes fragilisées

Le constat est lourd et les besoins en soins bucco-dentaire sont élevés.

Un projet de création d'un dispositif de filière mobile de soins odontologiques spécifiques pour les personnes âgées et handicapées, s'est vu encouragé par les annonces de mesures gouvernementales exposées dans le plan de prévention bucco-dentaire au cours du Congrès de l'Association dentaire française. Les mesures n° 6, 7 et 9 du plan de prévention bucco-dentaire développées par le Ministre de la santé ⁽¹⁰⁾ s'adressent aux personnes âgées dépendantes hébergées en établissement. Elles prévoient la formation et la sensibilisation des différents acteurs de la prise en charge et l'installation de matériel dentaire portatif dans chaque établissement pour qu'un dentiste puisse, après un bilan évaluant les besoins personnels et les soins réalisables sur place, effectuer les soins.

La prise en charge de la santé bucco-dentaire doit être intégrée à une prise en charge globale de la personne âgée en partenariat avec tous les professionnels de santé. Lorsqu'elles en éprouvent le besoin, les personnes âgées ont des difficultés voire une impossibilité d'accéder à un suivi bucco-dentaire. La nécessité de former les soignants, de sensibiliser les personnels à des protocoles formalisés, de prévoir du matériel et des locaux adaptés, d'apporter un soutien aux directeurs d'établissement et d'améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes institutionnalisées, sont autant d'arguments qui ont amené des professionnels du soin et de la coordination gérontologique (la HARPE : Association Habitat, Accessibilité, Réseau, Partenaire, Environnement) à envisager le développement d'une coordination sur le département de l'ESSONNE, avec le soutien de la CPAM : l'association APPOLLINE est née en 2006, son siège est situé à l'hôpital gériatrique les Magnolias (BALLAINVILLIERS 91160). Les subventions demandées n'ayant pas pu être débloquées, l'activité réelle de l'association APPOLLINE a débuté en janvier 2009.

3.2 Objectifs de la coordination

Les objectifs du réseau de coordination sont :

- permettre à toutes les personnes âgées dépendantes d'avoir accès à un bilan bucco dentaire et les orienter vers la structure de soins la plus appropriée à leur état,
- identifier les besoins en soins des personnes âgées dépendantes,
- rassembler les interlocuteurs concernés et compétents,
- être le centre de référence pour les soins bucco dentaires pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer,
- devenir un pôle d'informations, d'orientation et de conseils en santé bucco dentaire gériatrique.

3.3 L'organisation du bilan bucco-dentaire des résidents d'un EHPAD

L'association a recruté une aide soignante ayant un profil gérontologique, sur la base de 10% d'un équivalent temps plein (ETP). Elle va assurer :

- la promotion du réseau et l'information des professionnels sur les objectifs du réseau,
- la coordination avec les directeurs d'établissements pour l'organisation d'un bilan bucco-dentaire,
- l'organisation des visites à domicile, puisque l'association peut intervenir auprès des personnes âgées ou handicapées ne pouvant pas se déplacer,
- un rôle d'assistante auprès des chirurgiens dentistes qui interviennent en institution ou à domicile.

Une secrétaire, également sur la base de 10% d'ETP, assure le recueil de données, le relais des appels téléphoniques et le secrétariat de l'association.

Les professionnels et les personnes morales sont invités à adhérer à la coordination des soins bucco-dentaires. Ils s'engagent ainsi à respecter la convention de l'Association et la charte du patient qui prévoient :

- le respect du souhait de la personne âgée et la recherche d'une prise en charge cohérente et globale dans son intérêt,

- d'organiser une continuité des soins au plus près du lieu de résidence des personnes âgées,
- et de participer activement à la coordination bucco-dentaire en apportant toutes les informations utiles à la prise en charge, en contribuant aux actions de formation et en prenant part aux évaluations concernant le fonctionnement de la coordination.

Les chirurgiens dentistes adhérents au réseau, présentent une sensibilité particulière à la prise en charge des personnes âgées dépendantes (la consultation est plus longue), disposent de locaux répondant aux normes d'accessibilité, acceptent de suivre une formation spécifique à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

Les prises de rendez-vous se font par téléphone et il est demandé au directeur de l'EHPAD d'apporter son concours à l'organisation du bilan bucco-dentaire en mettant à disposition une pièce adaptée, en recueillant le consentement des personnes âgées ou de leur représentant, et en favorisant la fluidité du déroulement du bilan bucco-dentaire par une participation active du personnel.

Le patient (ou résident) ou son représentant adhère également à la coordination pour la réalisation du bilan bucco-dentaire et des soins. Le consentement de la personne âgée est ainsi recueilli au travers de cette adhésion et l'association lui garantit le respect de la confidentialité des informations le concernant.

A ce jour, après 8 mois d'activité :

- 10 EHPAD ont adhéré à la coordination,
- 16 chirurgiens dentistes libéraux sont adhérents au réseau,
- 24 résidents en EHPAD et 6 personnes âgées à domicile ont pu bénéficier d'un bilan bucco-dentaire,
- L'association est intervenue également auprès de 13 personnes handicapées hébergées en institution et a réalisé plusieurs séances de formation.

Deux chirurgiens dentistes assurent la réalisation des bilans bucco-dentaires. Ils disposent d'une mallette portable et d'un appareil radiologique portable.

Composition de la mallette :

- un kit d'examen à usage unique contenant un miroir, une pince, une sonde,
- blouse, masque, gants,
- un micro tour sur batterie,
- une lampe.

Lorsque l'EHPAD est informé de l'existence d'une telle coordination (promotion par contact téléphonique pour faire connaître l'association APPOLLINE), le médecin coordonateur de l'EHPAD, en lien avec l'infirmière coordinatrice, peut être l'instigateur de l'organisation de ce bilan bucco-dentaire. En général, l'initiative en revient au directeur de l'établissement sur proposition de l'équipe de soins (médecin et infirmière coordinateurs) quand des problèmes bucco-dentaires ont été identifiés. L'accueil réservé à cette initiative est toujours de bonne qualité et semble attendu des professionnels de santé et des résidents ou de leur famille.

Au cours du bilan bucco-dentaire, le dossier du patient est complété par le chirurgien dentiste. Ce dossier prévoit :

- l'identification du patient,
- un questionnaire médical sur ces principaux antécédents,
- une fiche dentaire clinique avec le résultat de l'examen exo-buccal et endo-buccal,
- des préconisations et une orientation,
- une fiche de suivi clinique.

Ce dossier doit permettre de réaliser un recueil de données avec des indicateurs bucco-dentaires répondant à des objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge et de l'efficacité des soins.

A l'issue de ce bilan bucco-dentaire, une orientation thérapeutique est préconisée prévoyant le type de soins appropriés à la personne âgée (soins de conservation,

soins prothétiques, extractions...) et le mode d'intervention en fonction de la pathologie. Plusieurs critères ainsi définis, permettent une orientation :

- vers une consultation hospitalière pour pratiquer les soins sous anesthésie générale ou MEOPA (mélange équimolaire O₂-protoxyde d'azote). Les critères sont :
 - le handicap est lourd,
 - la personne présente une polypathologie non stabilisée,
 - la personne âgée est confuse,
 - la personne âgée est classée en GIR 1-2,
 - il existe une maladie chronique ne permettant pas les gestes à domicile ou au cabinet.
- vers un praticien libéral adhérent à l'association. En fonction du type de soins à réaliser et dès que le déplacement de la personne âgée est possible, le praticien peut :
 - soit recevoir à son cabinet (forte préférence du praticien),
 - soit se rendre au domicile ou dans l'établissement muni d'une valise.

Un compte-rendu succinct avec les préconisations est remis au résident, à son médecin traitant et au médecin coordinateur.

3.4 Formation

Une formation est également proposée par l'association. Au niveau des établissements elle s'adresse aux AMP, aides soignantes, infirmières et éducateurs spécialisés (en établissement pour personne handicapée).

En lien avec les réseaux locaux de coordination gérontologiques (CLIC notamment) cette formation s'adresse aux intervenants du maintien à domicile (aides à domicile, auxiliaires de vie sociale des services d'aide à domicile).

De même, les médecins traitants et les chirurgiens dentistes, peuvent bénéficier d'une formation adaptée à leur difficulté dans le dépistage, le bilan, la prise en charge de ces populations fragiles et polypathologiques.

Deux modules de formation sont proposés :

1. Présentation de l'association APPOLLINE (son organisation, son rôle, ses objectifs) et sensibilisation à la santé bucco dentaire.
2. Hygiène de soins de bouche et des prothèses, et approche des troubles du comportement (maladie d'Alzheimer et démence apparentées et handicap mental) : savoir identifier une plainte chez une personne présentant un déficit cognitif, que faire face à un refus de coopérer, quel type de soins en fonction des pathologies...Un film est projeté et les professionnels échangent entre eux sur les pratiques et les protocoles.

3.5 Suivi

Lorsque le bilan est réalisé, l'association assure un suivi de la mise en œuvre des préconisations et de l'orientation.

A ce jour, du fait d'une montée en charge débutante, l'activité de l'association n'est pas suffisante pour faire état d'un suivi des premiers bilans bucco-dentaires réalisés.

4 RESEAU APPOLLINE ET EHPAD : QUEL TYPE DE COOPERATION ?

4.1 Ce que l'EHPAD et le médecin coordinateur peuvent attendre du réseau

La collaboration à la mise en œuvre des réseaux gérontologiques coordonnés et d'autres formes de coordination et de réseaux de santé est une des 12 missions du médecin coordinateur définie par les textes.

La CPAM de l'Essonne a mis en place un dispositif permettant à chaque résident de bénéficier de la prise en charge gratuite d'une consultation et des soins (hors prothèse) au cours des 6 mois qui suivent son admission en EHPAD. Il est cependant peu fait appel à ce dispositif pour lequel les obstacles à sa mise en œuvre ne manquent pas : l'information réalisée par la CPAM auprès des directeurs d'établissement n'est pas toujours transmise auprès des cadres de santé, le recrutement de nouveaux agents de soins ou de nouveaux médecins coordinateurs entraînant une perte de l'information, l'absence de protocole pour assurer cette prise en charge, le peu d'intérêt des résidents ou de leur famille pour l'état dentaire ou l'hygiène de la sphère orale, par l'absence de programme d'éducation à la santé bucco dentaire, la difficulté à assurer le transport ⁽¹⁴⁾, l'absence de réseau de chirurgiens dentistes susceptibles d'accepter cette prise en charge spécifique. Si ce dispositif lève l'obstacle de la prise en charge financière, il n'est pas suffisant pour sensibiliser les soignants, les résidents et leur famille à la nécessité de réaliser ce bilan bucco-dentaire.

Le bilan bucco-dentaire des résidents de l'EHPAD doit être réalisé par un professionnel de la santé bucco dentaire, formé à l'approche des personnes âgées polypathologiques et dépendantes, pour assurer une orientation et une préconisation adaptée des soins ⁽¹⁴⁾.

Compte tenu de tous ces éléments, le réseau APPOLLINE peut être un réel soutien pour l'établissement, pour l'aider à lever les obstacles à une meilleure prise en charge de la santé dentaire :

- en proposant un dossier administratif allégé et facilitant les démarches en amont de l'intervention pour le bilan bucco-dentaire. L'identification d'un interlocuteur privilégié pour l'organisation du bilan bucco-dentaire ou de la formation des agents est essentielle,
- en favorisant une étroite collaboration avec un chirurgien dentiste formé à la prise en charge de pathologies spécifiques de la personne âgée et qui veillera à transmettre des conseils avisés et à évaluer les traitements avec tact et mesure,
- en proposant une formation à la sensibilisation des soignants aux soins bucco-dentaires et à la prise en charge spécifique des résidents ayant des troubles du comportement,
- en transmettant le résultat du bilan bucco-dentaire au médecin coordinateur qui pourra assurer la coordination et le suivi des préconisations et orientations, en lien avec le médecin traitant et l'équipe soignante,
- en informant l'établissement sur les éventuelles modalités de transport mises en œuvre avec les services hospitaliers ou le cabinet de chirurgien dentiste vers qui le réseau aura orienté le résident.,
- en ayant connaissance des chirurgiens dentistes à proximité de l'établissement et adhérents au réseau pour orienter les résidents en dehors de l'intervention du réseau et répondre à des urgences ciblées,
- en pratiquant, à chaque fois que cela est possible et sous réserve de l'accord du résident ou de sa famille, les soins sur place (par exemple : rebasage, réparation d'appareil).

4.2 Ce que le réseau peut attendre de l'EHPAD et de l'équipe de soins

Le réseau APOLLINE et les professionnels de l'établissement ont des objectifs communs concernant les résidents : amélioration de la prise en charge de la santé bucco-dentaire et sensibilisation à l'hygiène buccale de tous les professionnels.

Le médecin coordinateur de l'établissement peut participer à la mise en œuvre d'une étroite collaboration interprofessionnelle et permettre au réseau d'être opérationnel et d'atteindre ses objectifs :

- en favorisant l'information des familles pour qu'il y ait une meilleure adhésion de leur parent à la réalisation d'un bilan bucco-dentaire et au suivi des préconisations de soins (par exemple en faisant intervenir le réseau au cours d'une réunion du conseil à la vie sociale),
- en inscrivant, dans le projet de soins de l'établissement, les mesures à prendre pour améliorer les soins de bouche et les moyens à mettre en œuvre auprès de tous les résidents
- en incitant la direction de l'établissement à adhérer à l'association,
- en élaborant un projet de soins individuel intégrant les soins de bouche,
- en sensibilisant tous les professionnels de l'établissement à la santé bucco dentaire, de l'équipe de soin à l'équipe hôtelière (pour l'adaptation de la texture des repas) et en favorisant l'adhésion des soignants au programme de sensibilisation et au protocole de soins,
- en lien avec l'infirmière coordinatrice, en évaluant régulièrement les pratiques des soignants dans le domaine du soin bucco-dentaire,
- au moment de la réalisation du bilan bucco-dentaire, en favorisant la mise à disposition d'un local adapté et en impliquant un membre du personnel pour assurer la fluidité du bilan bucco-dentaire,
- en s'assurant que, chaque résident dispose d'une boîte pouvant contenir l'appareil dentaire et d'une brosse à dent,
- en favorisant les échanges avec les professionnels de santé du réseau et en communiquant les éléments utiles et nécessaires à la compréhension

de l'état de santé du résident dans le cadre d'un bilan bucco-dentaire (état nutritionnel, courbe de poids, diagramme de surveillance des ingestats, modification récente du comportement, environnement médico-social, médicament ayant un effet secondaire sur la maladie carieuse ou sur la diminution de la sécrétion salivaire....)

5 CONCLUSION

Le constat est unanime, toutes les études réalisées en établissement révèlent :

- un état bucco-dentaire des personnes âgées accueillies gravement altéré qui peut retentir sur leur état de santé et sur leur qualité de vie,
- une hygiène bucco dentaire très insuffisante,
- des besoins en soins dentaires non satisfaits,
- des besoins en soins prothétiques non pris en compte,
- des résidents et des soignants globalement résignés à renoncer aux soins bien qu'ils reconnaissent leur importance dans la prise en charge globale de la personne âgée.

Dans le cadre d'une étroite collaboration multidisciplinaire intégrant les chirurgiens dentistes, les médecins coordinateurs et l'équipe soignante de l'établissement, et les médecins traitants des résidents, le directeur de l'établissement peut s'appuyer sur le réseau pour prendre les mesures nécessaires à l'amélioration de la santé bucco dentaire des résidents et pour lever les obstacles à la réalisation des soins bucco-dentaires.

Un réseau de coordination tel qu'APPOLLINE, peut aider les établissements à relever le défi de la prévention de la santé bucco-dentaire des résidents en proposant gratuitement :

- un bilan bucco-dentaire des résidents, au sein de l'établissement, par deux chirurgiens dentistes formés à l'approche gériatrique de l'odontologie et sachant orienter vers des objectifs thérapeutiques réalistes en fonction de la pathologie et de l'état de santé global de la personne âgée,
- une sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et une formation du personnel à la réalisation des soins d'hygiène,
- l'accès à un réseau de chirurgiens dentistes libéraux sensibilisés et formés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) A.BODINEAU-MOBARAK, L. RADOI, M.FOLLIGUET. Approche odontologique du patient âgé. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie ; 2008 ; 150 :556-562
- (2) Décret no 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics
- (3) Décret n°2001-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR
- (4) DORIN M, CANDÈS C, CHEVALIER et al. Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dans l'Essonne. *Inf Dent* 2003; 23 :1547-1556.
- (5) DUMAIS T. et al. Etat de santé bucco dentaire des personnes âgées hébergées en établissement. Urcam des Pays de Loire 2004, www.pays-de-loire.assurance.maladie.fr
- (6) TAMISIER J et al. Etat de santé bucco-dentaire des résidents des établissements pour personnes âgées en Bretagne. La revue de Gériatrie ; 2007 ; 32 :743-751.
- (7) COHEN C et al. Santé dentaire en gériatrie. 2005. www.urcam-poitou-charentes.fr
- (8) DREES. Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005
- (9) DUPRE C. 7^{ème} journée de santé publique dentaire. ASPBD et Conseil général du Val de Marne. 2007 : 93-100
- (10) Congrès de l'Association dentaire française : discours du 25 novembre 2005 de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé, présentation du plan de prévention buccodentaire.
- (11) DESVARIEUX M, Ryan TD, RUNDEK T et coll. Periodontal microbiota and carotid intima-media thickness. The oral infections and vascular disease epidemiology study (INVEST) *Circulation*. 2005; 111 : 576-582.
- (12) SCANNAPIOCO F.A., BUSCH R.B., PAJUS S. Association between periodontal disease and risk for nasocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003; 8:54-69
- (13) GROSSI S.G., GENCO R.J. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship. *Ann Periodontol* 1998; 3: 51-61
- (14) MARUANI D., REINGEWIRTZ S. Prévention des affections bucco-dentaires en institution. In : TRIVALLE C. Gérontologie préventive. Paris, Masson Ed, 2002 : 316-329