

**« L'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique  
chez les personnes âgées de plus de 65 ans en EHPAD. »**

Dr Marie-Ange TEMPLE

**Mémoire pour le D.I.U de médecin coordonnateur  
d'EHPAD**

Soutenu le 27 novembre 2015

Directeur de mémoire : Dr Samir RAZKALLAH : Gériatre

Médecin responsable du court séjour gériatrique à orientation psycho-gériatrique à l'Hôpital  
Privé Gériatrique les Magnolias

# SOMMAIRE

<b>Sommaire</b> .....	2
<b>Introduction</b> .....	4-5
<b>Matériels et méthodes</b> .....	6
1) Sélection .....	6
1.1) Population.....	6
1.2) Critères d'inclusion .....	6
1.3) GMP.....	6
1.4) PMP.....	6
1.5) critères d'exclusion .....	6
1.6) taille de l'échantillon.....	6
1.7) âge moyen.....	6
1.8) ratio hommes/femme.....	6
2) Intervention .....	6
2.1) Durée de l'étude.....	6
2.2) Lieu de l'étude.....	6
3) Observation .....	6
3.1) Le critère de jugement principal: l'état des dents/prothèses et des muqueuses. 6	
3.2) Les critères de jugement secondaire.....	6
- Evaluer les pratiques au sein de l'EHPAD	
- Définir les causes de réticences des soignants vis-à-vis des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétiques.	
- Définir si la texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition).	
4) Evaluation .....	7-8
4.1) Evaluation par moi-même de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique des résidents	
4.2) Un questionnaire anonyme a été donné à l'ensemble du personnel soignant.....	
5) Analyse statistique.....	8
<b>Résultats</b> .....	9-23
1) Critère de jugement principal : Evaluer l'état réel de l'état bucco-dentaire des résidents .....	9-10
2) Critères de jugements secondaires: .....	11
2.1) Evaluer les pratiques au sein de l'EHPAD .....	11-17
2.2) Les causes de réticences des soignants vis-à-vis des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétiques.....	18
2.3) La texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition).....	19-23
<b>Discussion</b> .....	24-33

1) Les résultats principaux de l'étude .....	24
1.1) Critère de jugement principal : Evaluer l'état réel de l'état bucco-dentaire des résidents .....	24
1.2) Critères de jugements secondaires.....	24
1.2.1) Evaluer les pratiques au sein de l'EHPAD .....	24-25
1.2.2) Les causes de réticences des soignants vis-à-vis des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétiques.....	25
1.2.3) La texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition).....	26
2) Forces de l'étude.....	26.
3) Faiblesses de l'étude.....	26.
4) Les biais .....	27
5) Les limites de l'étude .....	27
6) Nos résultats par rapport à ce que dit la littérature.....	27
7) Ouverture sur un autre travail .....	29-33
<b>Conclusion</b> .....	24-35
<b>Bibliographie</b> .....	36-38
<b>Annexes</b> .....	39-43
<b>Résumé</b> .....	44

# **INTRODUCTION**

Selon l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) 75% des patients âgés en institution ont un problème d'hygiène buccodentaire.

L'hygiène bucco-dentaire en EHPAD pose un réel problème de santé publique (1-4). Le rapport « Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées - DGS de Mai 2006 » souligne que « les soins d'hygiène buccale devraient avoir la même priorité que l'hygiène corporelle. C'est une mesure de base dans la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie. [...] On remarque que les connaissances des soignants sur ce thème sont limitées. [...] D'autres facteurs interviennent dans le comportement des soignants vis à vis du soin de bouche qui est perçu comme un fardeau, demandant beaucoup de temps, fréquemment omis du fait des contraintes de temps, pratiqué seul et qui n'est pas gratifiant. Il est indispensable d'avoir des protocoles formalisés et des matériels adaptés. [...] Une des mesures du Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 concernait la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents d'EHPAD, et plus particulièrement la formation du personnel à l'hygiène bucco-dentaire. La fiche action 13 du Comité « Avancée en âge - prévention et qualité de vie » du Docteur Jean-Pierre AQUINO (Février 2013) concerne la prévention et santé bucco-dentaire et a comme objectif de mettre en place, au niveau national, une organisation accessible par le plus grand nombre permettant d'améliorer l'état buccodentaire des personnes âgées, en particulier en EHPAD. Les mesures sont de « faire de la santé buccodentaire une thématique obligatoire dans les conventions tripartites, d'inclure l'hygiène buccodentaire dans le projet d'établissement des EHPAD, d'inclure dans le plan de formation des EHPAD la thématique bucco-dentaire permettant le maintien de l'hygiène buccodentaire au quotidien. »

L'analyse de la littérature démontre, chez le sujet âgé, que l'état dentaire peut aggraver les comorbidités les plus fréquentes mais aussi que les comorbidités ont des répercussions sur l'état dentaire, le tout interférant avec la qualité de vie.

L'augmentation des germes buccaux, favorisée par une hygiène défectueuse, prédispose à la survenue de pneumopathies par inhalation.

Les pathologies dentaires à partir de 65 ans ont une incidence et une prévalence élevées ; qu'il s'agisse des pathologies carieuses, essentiellement les caries radiculaires aggravées par l'accumulation de la plaque dentaire du fait des difficultés de réalisation de l'hygiène buccale ou des maladies parodontales et des processus inflammatoires gingivaux, à l'origine de douleurs. Leurs répercussions fonctionnelles sont variables, allant de la moindre tolérance des prothèses à des difficultés masticatoires parfois invalidantes.

Les pathologies muqueuses, ulcérations, lésions traumatiques, candidoses sont fréquentes car favorisées par une hygiène insuffisante, une diminution de la sécrétion salivaire, le port de prothèses défectueuses, l'antibiothérapie au long cours, un diabète mal équilibré.

Par ailleurs, on constate un fort pourcentage d'édentation, un fort pourcentage des prothèses mal adaptées et une offre de soins pour les plus dépendants insuffisante.

L'ARS a donc lancé un appel à candidature (5) pour des projets sur ce sujet avec une formation ciblée des équipes soignantes car les conséquences sont importantes : douleur, inconfort, dénutrition, infection, décès.

Par conséquent, les soignants ont un rôle primordial dans l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD.

Mais quels sont les freins pour les soignants ? Et comment y remédier ?

Il y a trois catégories de patients : les patients autonomes, les patients dépendants coopérants et les patients dépendants non coopérants et/ou agressifs.

Par ailleurs, on constate souvent une absence de formation et/ou de protocole.

Le but est de montrer l'état des dents/prothèses et des muqueuses, ainsi que les pratiques des soignants sur l'hygiène bucco-dentaire et prothétique, pour trois groupes: chez les patients autonomes GIR5-6, chez les patients dépendant GIR4-1 coopérants, chez les patients dépendant GIR4-1 non coopérants dans une EHPAD à Montélier (Drôme) où je suis médecin coordonnateur depuis novembre 2014.

# MATERIELS ET METHODES

## 1) SELECTION

- 1.1) Population: personnes âgées entre 65 ans et 110 ans en EHPAD.
- 1.2) Critères d'inclusion : toutes les personnes âgées de l'EHPAD pendant la période de l'étude : soit les résidents en unité générale et ceux en unité d'hébergement renforcé.
- 1.3) GMP : 625
- 1.4) PMP : 190
- 1.5) Critères d'exclusion : aucun
- 1.6) Taille de l'échantillon: 70 patients
- 1.7) Age moyen : 88 ans
- 1.8) Ratio hommes/femmes : 18/52 ( 25%/75% )

## 2) INTERVENTION

- 2.1) Durée de l'étude : de mars 2015 à avril 2015.
- 2.2) Lieu de l'étude : l'EHPAD « la Résidence les Magnolias » de Montélier (Drôme)

## 3) OBSERVATION

- 3.1) Le critère de jugement principal: l'état des dents/prothèses et des muqueuses chez les résidents.
- 3.2) Les critères de jugements secondaires:
  - Evaluer les pratiques au sein de l'EHPAD, pour trois groupes: chez les patients autonomes GIR5-6, chez les patients dépendant GIR4-1 coopérants, chez les patients dépendant GIR4-1 non coopérants (dans ce cas: propreté de la face externe des dents/prothèses et des muqueuses).
  - Définir les causes de réticences des soignants vis-à-vis des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétiques pour les trois groupes.
  - Définir si la texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition).

#### 4) EVALUATION

##### 4.1) Evaluation par moi-même de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique des résidents

Pour chaque résident j'ai noté leur GIR.

J'ai demandé aux personnels soignants référents des résidents, ceux qui nécessitent une intervention partielle de l'équipe soignante (préparation du matériel nécessaire, stimulation aux gestes, aide partielle), ceux qui ont besoin d'une aide totale, ceux qui sont autonome, et ceux qui n'ont jamais de soins de bouche.

Puis, j'ai constaté l'état de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique des résidents par un entretien individuel en chambre.

J'ai regardé tout d'abord l'état général de la bouche. J'ai recherché si elle était saine, s'il y avait du tartre, une gingivopathie, ou des chicots.

Puis j'ai regardé si les muqueuses étaient humides, s'il y avait une mycose buccale ou une alitose.

Puis j'ai regardé ceux qui avaient des dents et j'ai compté le nombre de dents : moins de 10 dents, entre 10 et 18 dents, plus de 19 dents.

Puis j'ai recherché ceux qui avaient des prothèses dentaires, en haut, en bas, les deux. Etaient-ils adaptés, causaient-ils des douleurs ?

J'ai recherché ceux qui bénéficiaient de bains de bouche, et si oui à quoi.

Puis à l'interrogatoire, j'ai demandé la fréquence du brossage des dents/ ou des dentiers :

Soit 1 fois par jour, et dans ce cas, c'était plus le matin ou le soir, soit 2 fois par jour, soit 1-5 fois par semaine, soit moins d'une fois par semaine.

Enfin, j'ai regardé pour chaque résident la texture des aliments : normale, hachée ou mixée, pour voir si la texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition par ailleurs).

4.2) Un questionnaire anonyme a été donné à l'ensemble du personnel soignant :10 aides-soignantes et 4 infirmières.

(Annexe 1)

### 5) ANALYSE STATISTIQUE

Etude descriptive, quantitative, prospective, mono-centrique, d'évaluation des pratiques professionnelles.

## RESULTATS

### 1) Critère de jugement principal: Evaluer l'état réel de l'état bucco-dentaire des résidents

La bouche était saine dans 51%, il y avait du tartre dans 52%, une gingivopathie dans 27%, et des chicots dans 8%. (Tableau 1)

Les muqueuses étaient humides dans 57%, et il y avait une alitose dans 37% des cas. (Tableau 2)

**54% des résidents avaient encore leurs dents, 46% portaient un dentier** (haut, bas, ou les deux). (Tableau 3)

Parmi ceux qui avaient des dents, 50% avaient moins de 10 dents, 12% avaient entre 10 et 18 dents, 35% avaient plus de 19 dents, 1% avaient des chicots. (Tableau 4)

Etat général de la bouche	Fréquence	Pourcentage
<b>SAINE</b>	36	51,43%
<b>TARTRE</b>	37	52,86%
<b>GINGIVOPATHIE</b>	19	27.14%
<b>CHICOTS</b>	6	8.57%

Tableau 1 : descriptif de l'état général de la bouche

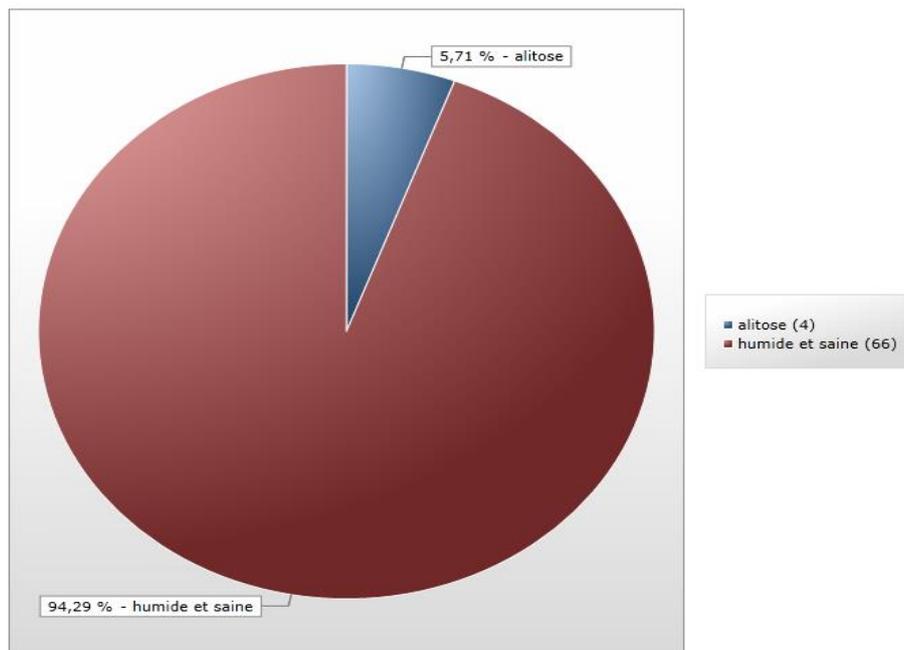


Tableau 2 : descriptif de l'état des muqueuses de la bouche

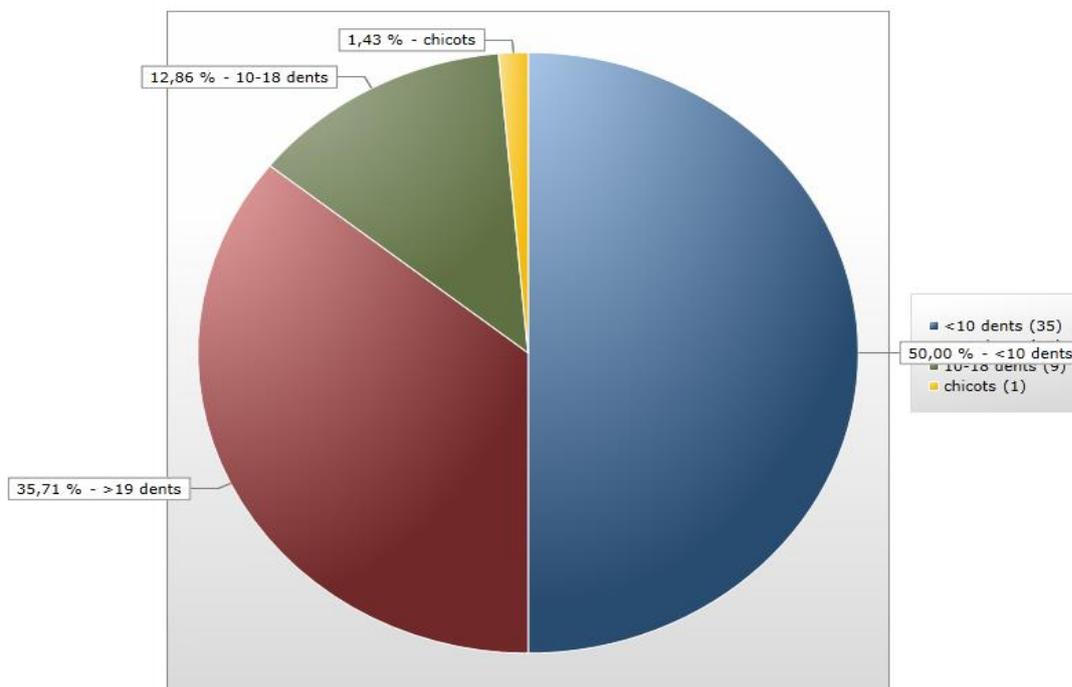


Tableau 3 : répartition des dents et des dentiers

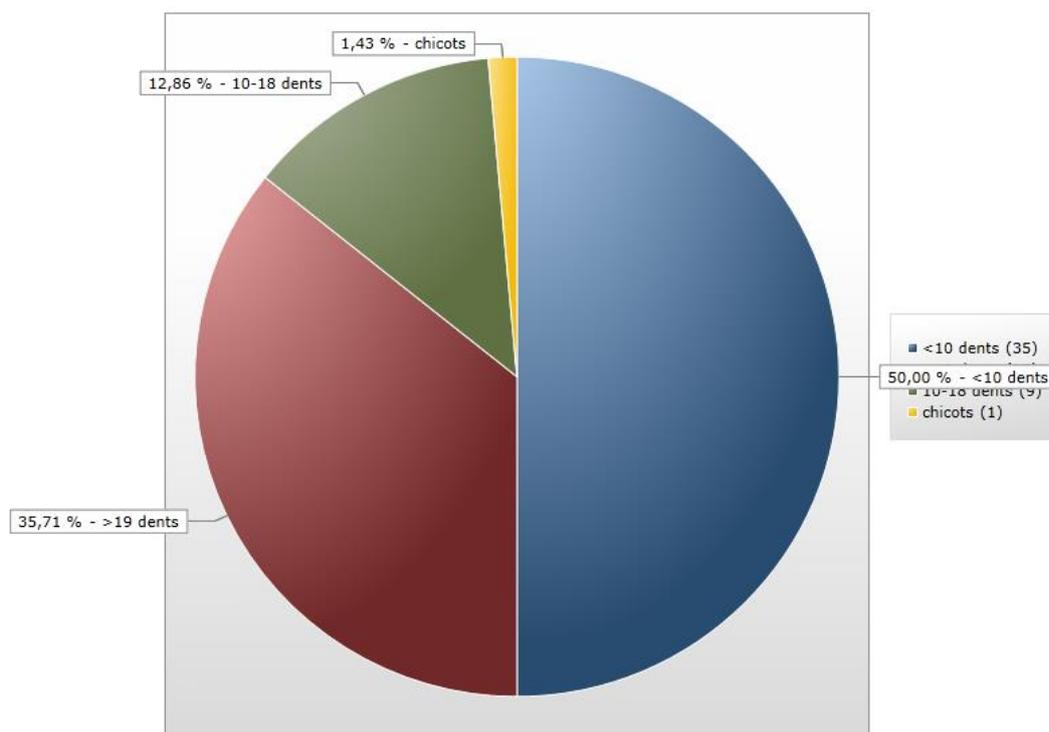


Tableau 4 : répartition du nombre de dents par résident

## 2) Critères de jugements secondaires

### 2.1) Evaluer les pratiques au sein de l'EHPAD

#### 2.1.1) Connaissances de l'équipe soignante sur l'hygiène bucco-dentaire et prothétique

Les soins de bouche sont réalisés uniquement par les aides-soignants et pas par les infirmières, qui ne « regardent » quasiment jamais l'état de la bouche des résidents.

**80% du personnel soignant comprenant les aides-soignants et les infirmières disent n'avoir jamais eu de formation sur les soins d'hygiène bucco-dentaires, et 90 % sur les soins de prothèses dentaires.**

**Aucune formation** n'a été faite au sein de la résidence.

**Aucun protocole** n'a été rédigé à ce sujet.

Il n'y a **pas de traçabilité spécifique** de l'hygiène bucco-dentaire. Elle est englobée dans la « case » toilette.

**Le matériel de base comporte une brosse à dent manuelle et du dentifrice dans 100% des cas**, du dentifrice fluoré dans 40% des cas, un bain de bouche au bicarbonate/Chlorhexidine dans 60% des cas, une brosse spécifique pour les prothèses dentaires dans 0% des cas, une brosse à dent électrique dans 0% des cas.

#### 2.1.2) Description et fréquence de la réalisation des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique chez les résidents

Parmi les résidents, 51% étaient autonomes, 7% ont nécessité une intervention partielle de l'équipe soignante (préparation du matériel nécessaire, stimulation aux gestes, aide partielle), 31% ont eu besoin d'une aide totale, et **10% n'ont jamais eu de soins de bouche**. (Tableau 5)

**Pour expliquer ce résultat :**

**Parmi les 20 % de résidents « difficiles » non coopérants aux soins (Tableau 6), 47% n'ont jamais eu de soin de bouche. (Tableau 7)**

**15% avaient des soins moins d'une fois par semaine. (Tableau 8)**

**C'étaient ceux qui n'étaient pas coopérants aux soins dans 64% des cas. (Tableau 9)**

35% avaient des soins une fois par jour, 13% avaient des soins 1 à 5 fois par semaine,

**35% avaient des soins 2 fois par semaine. C'étaient ceux qui étaient autonomes dans 84%. (Tableau 10)**

Les soins étaient **majoritairement réalisés le matin dans 64% des cas. (Tableau 11)**

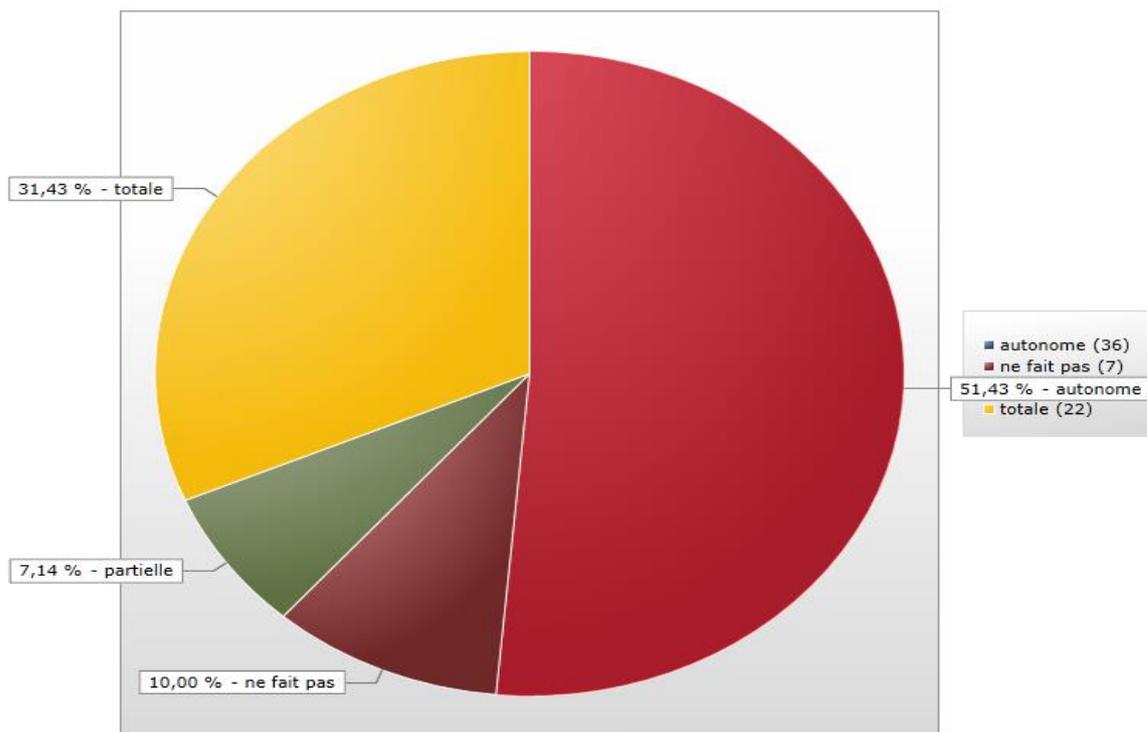


Tableau 5 : Fréquence d'intervention des soignants

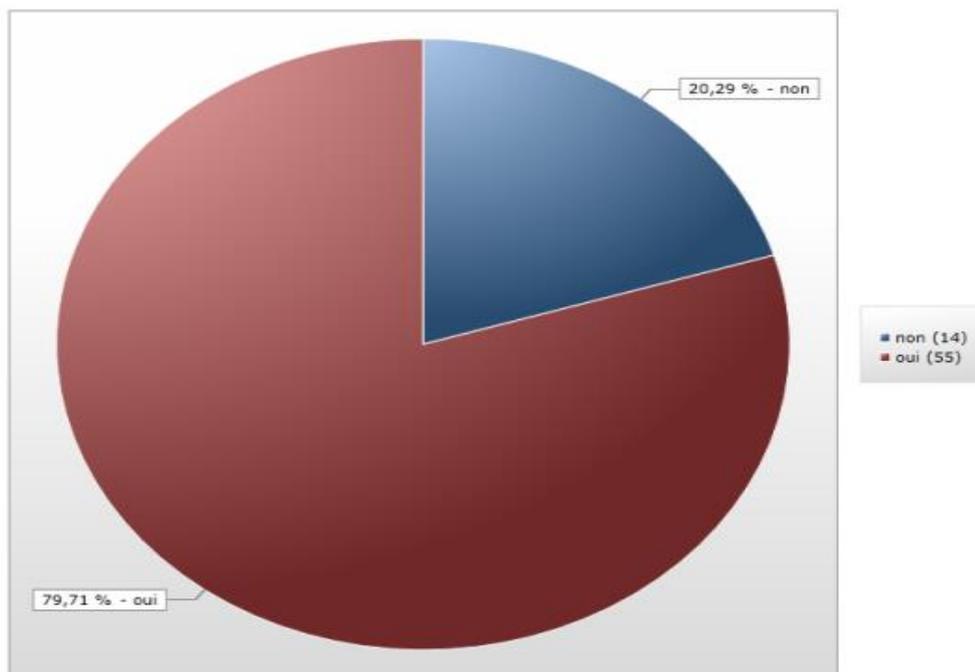


Tableau 6 : Répartition de la coopération aux soins de la part des résidents

intervention des soignants	coopérant(e) aux soins		Total
	non	oui	
<b>autonome</b>	3	33	<b>36</b>
Row%	8,33%	91,67%	100,00%
Col%	20,00%	60,00%	52,17%
<b>Refus de soin</b>	7	0	<b>7</b>
Row%	100,00%	0,00%	100,00%
Col%	46,66%	0,00%	10,14%
<b>Aide partielle</b>	0	5	<b>5</b>
Row%	0,00%	100,00%	100,00%
Col%	0,00%	9,09%	7,25%
<b>Aide totale</b>	5	17	<b>22</b>
Row%	19,05%	80,95%	100,00%
Col%	33,33%	30,91%	31,43%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>55</b>	<b>70</b>
Row%	20,29%	79,71%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau 7 : Degré de coopération aux soins des résidents par rapport à leur degré d'autonomie

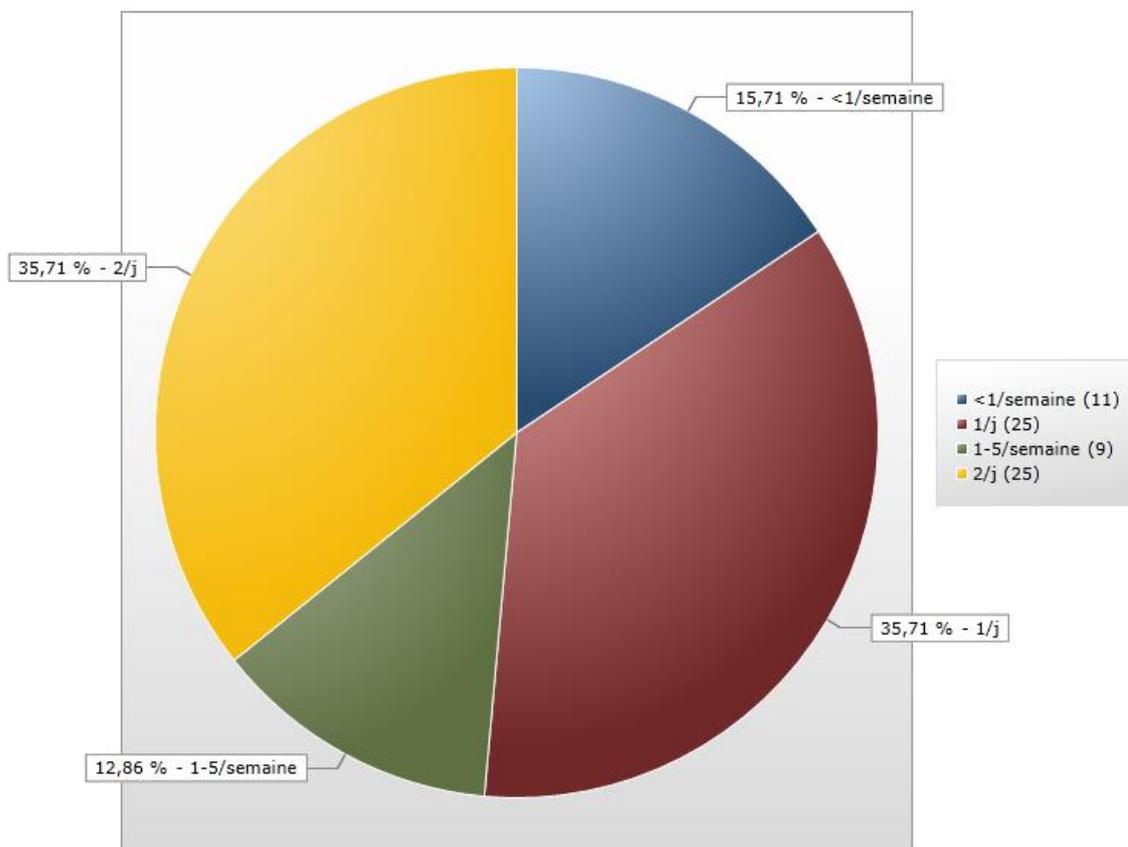


Tableau 8 : Répartition de la fréquence des soins

fréquence des soins	coopérant(e) aux soins		Total
	non	oui	
<b>&lt;1/semaine</b>	9	2	11
Row%	81,82%	18,18%	100,00%
Col%	64,29%	3,64%	15,94%
<b>1/j</b>	4	21	25
Row%	16,00%	84,00%	100,00%
Col%	28,57%	38,18%	36,23%
<b>1-5/semaine</b>	1	8	9

Row%	11,11%	88,89%	100,00%
Col%	7,14%	14,55%	13,04%
<b>2/j</b>	0	24	24
Row%	0,00%	100,00%	100,00%
Col%	0,00%	43,64%	34,78%
<b>TOTAL</b>	14	55	69
Row%	20,29%	79,71%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Squared df Probability  
32,8616 3 0

Tableau 9 : Répartition de la fréquence des soins en rapport avec la coopération aux soins ou non

fréquence des soins	intervention des soignants				Total
	autonome	ne fait pas	partielle	totale	
<b>&lt;1/semaine</b>	2	7	0	2	11
Row%	18,18%	63,64%	0,00%	18,18%	100,00%
Col%	5,56%	100,00%	0,00%	9,09%	15,71%
<b>1/j</b>	10	0	2	13	25
Row%	40,00%	0,00%	8,00%	52,00%	100,00%
Col%	27,78%	0,00%	40,00%	59,09%	35,71%
<b>1-5/semaine</b>	3	0	1	5	9
Row%	33,33%	0,00%	11,11%	55,56%	100,00%
Col%	8,33%	0,00%	20,00%	22,73%	12,86%
<b>2/j</b>	21	0	2	2	25
Row%	84,00%	0,00%	8,00%	8,00%	100,00%

Col%	58,33%	0,00%	40,00%	9,09%	35,71%
<b>TOTAL</b>	36	7	5	22	70
Row%	51,43%	10,00%	7,14%	31,43%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Squared df Probability  
57,3239 9 0

Tableau 10 : Répartition de la fréquence des soins en rapport avec le degré d'intervention des soignants

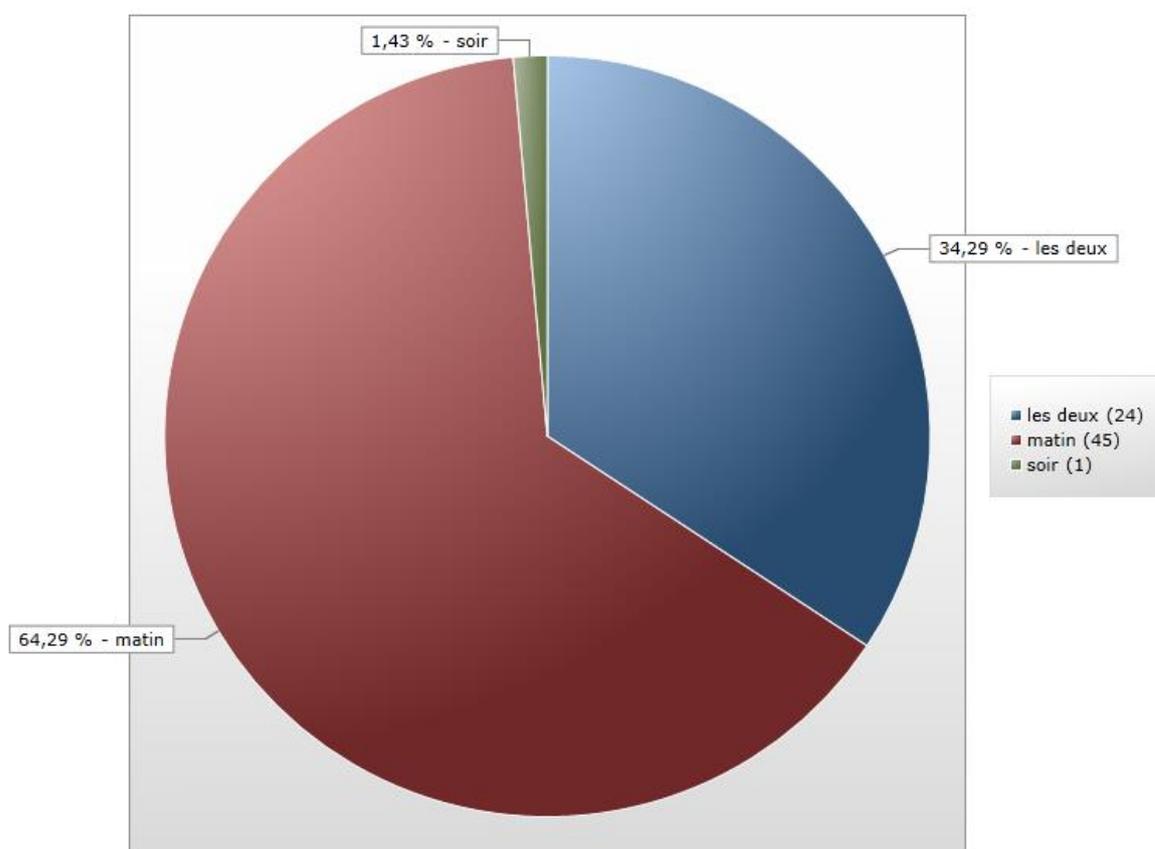


Tableau 11 : Répartition des soins dans la journée

2.2) Les causes de réticences des soignants vis-à-vis des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétiques.

- De façon générale, la perception des soins d'hygiène bucco-dentaire est perçue comme des soins simples dans 100% des cas, **difficiles à réaliser au quotidien dans 60% des cas, douloureux pour le résident dans 40% des cas, longs pour 30% des cas, de confort uniquement dans 20%** des cas, complexes et coûteux dans 0% des cas.
- Evaluation chez les résidents autonomes GIR 5 à 6

La vérification de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique par l'équipe soignante est réalisée dans 40% des cas,

- Evaluation chez les résidents dépendants GIR 4 à 1, coopérants aux soins, et savent cracher et rincer leur bouche.

Les aides-soignantes réalisaient des soins d'hygiène bucco-dentaire **au moins une fois par jour dans 40% des cas, plusieurs fois par semaine dans 40% des cas** et une fois par semaine ou moins dans 20% des cas.

Les soins étaient réalisés dans **80% plutôt le matin lors de la toilette.**

La durée des soins était dans 70% des cas inférieure à 5 minutes

Les principales appréhensions lors des soins étaient dans 40%, la peur de faire mal au patient, dans 40%, la peur que le patient leur fasse mal ( morsure, coups), dans 40% la présence de sécrétions, d'odeurs, du réflexe nauséux, de la présence de mycose.

- Evaluation chez les résidents dépendants GIR 4 à 1, non coopérants aux soins : le résident est incapable de cracher et de rincer sa bouche, et/ou le résident est atteint de trouble de la déglutition, et/ou le patient est opposant aux soins.

Les aides-soignantes réalisaient des soins d'hygiène bucco-dentaire **une fois par semaine ou moins dans 80% des cas.**

La durée des soins était dans **80% des cas inférieure à 5 minutes**, dans 20% des cas égale à 5 minutes, mais jamais au-delà.

Les principales appréhensions lors des soins étaient dans 50%, la peur de faire mal au patient, dans **60%, la peur que le patient leur fasse mal ( morsure, coups),**

La fréquence de **difficulté de mise en œuvre** était dans **40% des cas très souvent**, dans 20% des cas souvent, dans 40% des cas parfois.

Les **difficultés rencontrées** étaient le **refus d'ouvrir la bouche dans 90% des cas, la morsure des soignants dans 70% des cas**, la sécheresse de la bouche dans 40% des cas, les troubles de la déglutition dans 30% des cas.

Pour les soignants, **les patients les plus difficiles sont les patients opposants aux soins dans 80% des cas, les patients ayant des troubles du comportement dans 70% des cas et ceux atteints de démence dans 60% des cas**

2.3) La texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition).

61% étaient en texture normale, 25% en hachée ou 12% en mixée. (Tableau 12)

Parmi ceux qui ont des dents : 71% étaient en texture normale, 21% étaient en hachée, 7% étaient en mixée. (Tableau 14)

Parmi ceux qui avaient **plus de 19 dents, 88% étaient en texture normale**, 12% étaient en hachée, personne n'était en mixée. (Tableau 13)

Parmi ceux qui avaient **entre 10 et 18 dents, 55% étaient en texture normale, 44% étaient en hachée**, personne n'était en mixée.

Parmi ceux qui avaient **moins de 10 dents, 97 % avaient un dentier**. (Tableau 15)

45% étaient en texture normale, 31% étaient en hachée, 22% étaient en mixée. Cela est expliqué par le fait que certains résidents refusent certains jours de porter leurs dentiers.

Du coup, on passe le résident en texture mixée, sans se demander pourquoi le résident ne veut plus porter son dentier. **On ne se pose pas assez les bonnes questions sur la bonne utilisation des prothèses : Sont-elles adaptées ? Y a-t-il des blessures ? La mise en place est-elle difficile ? Manque-t-il des dents ? Le nettoyage se fait-il sans problème ?**

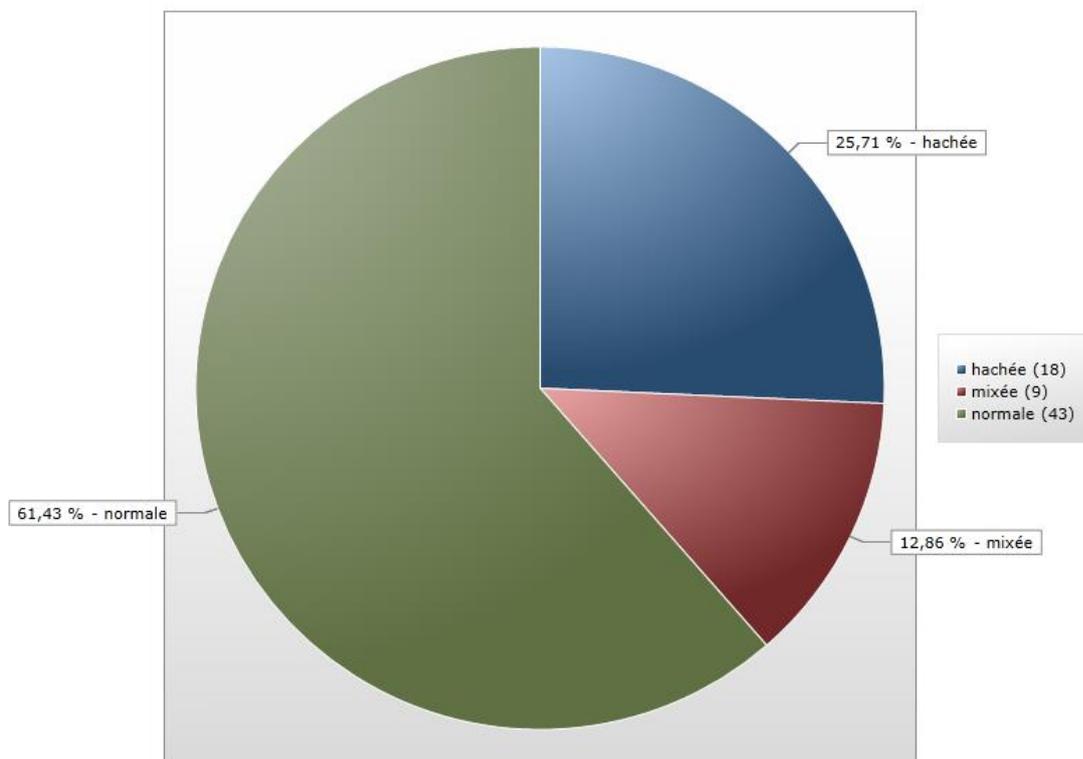


Tableau 12 : Répartition de différentes textures des aliments

	nombres de dents				
TEXTURE	<10 dents	>19 dents	10-18 dents	chicots	Total
<b>hachée</b>	11	3	4	0	<b>18</b>
Row%	61,11%	16,67%	22,22%	0,00%	100,00%
Col%	31,43%	12,00%	44,44%	0,00%	25,71%
<b>mixée</b>	8	0	0	1	<b>9</b>
Row%	88,89%	0,00%	0,00%	11,11%	100,00%
Col%	22,86%	0,00%	0,00%	100,00%	12,86%
<b>normale</b>	16	22	5	0	<b>43</b>
Row%	37,21%	51,16%	11,63%	0,00%	100,00%
Col%	45,71%	88,00%	55,56%	0,00%	61,43%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>70</b>
Row%	50,00%	35,71%	12,86%	1,43%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Squared df Probability

21,7032 6 0,0014

Tableau 13 : Répartition des différentes textures par rapport au nombre de dents

	bouche		
TEXTURE	dentier	dents	Total
<b>hachée</b>	10	8	<b>18</b>
Row%	55,56%	44,44%	100,00%
Col%	31,25%	21,05%	25,71%
<b>mixée</b>	6	3	<b>9</b>
Row%	66,67%	33,33%	100,00%
Col%	18,75%	7,89%	12,86%
<b>normale</b>	16	27	<b>43</b>
Row%	37,21%	62,79%	100,00%
Col%	50,00%	71,05%	61,43%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>70</b>
Row%	45,71%	54,29%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Squared df Probability  
3,548 2 0,1697

Tableau 14 : Répartition des différentes textures par rapport à l'appareillage

	bouche		
nombres de dents	dentier	dents	Total
<b>&lt;10 dents</b>	31	4	<b>35</b>
Row%	88,57%	11,43%	100,00%
Col%	96,88%	10,53%	50,00%
<b>&gt;19 dents</b>	0	25	<b>25</b>
Row%	0,00%	100,00%	100,00%
Col%	0,00%	65,79%	35,71%
<b>10-18 dents</b>	1	8	<b>9</b>
Row%	11,11%	88,89%	100,00%
Col%	3,13%	21,05%	12,86%
<b>chicots</b>	0	1	<b>1</b>
Row%	0,00%	100,00%	100,00%
Col%	0,00%	2,63%	1,43%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>70</b>
Row%	45,71%	54,29%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Squared df Probability  
52,1418 3 0

Tableau 15 : Répartition des dentiers en fonction du nombre de dents

# DISCUSSION

## 1) Les résultats principaux de l'étude

### 1.1) Critère de jugement principal : Evaluer l'état réel de l'état bucco-dentaire des résidents en EHPAD

La bouche était **saine dans 51%**, il y avait du tartre dans 52%, une gingivopathie dans 27%, et des chicots dans 8%.

**54% des résidents avaient encore leurs dents, 46% portaient un dentier** (haut, bas, ou les deux).

Parmi ceux qui avaient des dents, 50% avaient moins de 10 dents, 12% avaient entre 10 et 18 dents, 35% avaient plus de 19 dents, 1% avaient des chicots.

### 1.2) Critères de jugements secondaires :

#### 1.2.1) Evaluer les pratiques au sein de l'EHPAD

**80% du personnel soignant** comprenant les aides-soignants et les infirmières **disent n'avoir jamais eu de formation sur les soins d'hygiène bucco-dentaires, et 90 % sur les soins de prothèses dentaires.**

**Aucune formation** n'a été faite au sein de la résidence.

**Aucun protocole** n'a été rédigé à ce sujet.

**Le matériel de base comporte une brosse à dent manuelle et du dentifrice dans 100% des cas.**

Parmi les résidents, **51% étaient autonomes**, 7% ont nécessité une intervention partielle de l'équipe soignante (préparation du matériel nécessaire, stimulation aux gestes, aide partielle), 31% ont eu besoin d'une aide totale, et **10% n'ont jamais eu de soins de bouche.**

Pour expliquer ce résultat :

**Parmi les 20 % de résidents « difficiles » non coopérants aux soins, 47% n'ont jamais eu de soin de bouche.**

**15% avaient des soins moins d'une fois par semaine. C'étaient ceux qui n'étaient pas coopérants aux soins dans 64% des cas.**

**35% avaient des soins 2 fois par semaine. C'étaient ceux qui étaient autonomes dans 84%.**

Les soins étaient **majoritairement réalisés le matin dans 64% des cas.**

1.2.2) Les causes de réticences des soignants vis-à-vis des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétiques.

- En général, la perception des soins d'hygiène bucco-dentaire est perçue comme difficiles à réaliser au quotidien dans 60% des cas, douloureux pour le résident dans 40% des cas.
- Evaluation chez les résidents autonomes GIR 5 à 6

La vérification de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique par l'équipe soignante est réalisée dans 40% des cas,

- Evaluation chez les résidents dépendants GIR 4 à 1, coopérants aux soins, et savent cracher et rincer leur bouche.

Les aides-soignantes réalisaient des soins d'hygiène bucco-dentaire **au moins une fois par jour dans 40% des cas, plusieurs fois par semaine dans 40% des cas.**

Les soins étaient réalisés dans **80% plutôt le matin lors de la toilette.**

- Evaluation chez les résidents dépendants GIR 4 à 1, non coopérants aux soins : le résident est incapable de cracher et de rincer sa bouche, et/ou le résident est atteint de trouble de la déglutition, et/ou le patient est opposant aux soins.

Les aides-soignantes réalisaient des soins d'hygiène bucco-dentaire **une fois par semaine ou moins dans 80% des cas.**

La fréquence de **difficulté de mise en œuvre** était dans **40% des cas très souvent**, dans 20% des cas souvent, dans 40% des cas parfois.

Les **difficultés rencontrées** étaient **le refus d'ouvrir la bouche dans 90% des cas, la morsure des soignants dans 70% des cas**, la sécheresse de la bouche dans 40% des cas, les troubles de la déglutition dans 30% des cas.

Pour les soignants, **les patients les plus difficiles sont les patients opposants aux soins dans 80% des cas, les patients ayant des troubles du comportement dans 70% des cas et ceux atteints de démence dans 60% des cas**

1.2.3) La texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition).

## **2) Les forces de l'étude**

J'ai évalué l'état actuel des soins de bouche en EHPAD car c'est un réel problème de santé publique par une étude descriptive, quantitative, prospective, d'évaluation des pratiques professionnelles.

Cela m'a permis de soulever les difficultés rencontrées de l'équipe soignante pour définir dans un second temps, des objectifs et des actions à mettre en place au sein de l'EHPAD : plan de formation interne, suivi de la formation par des indicateurs.

Nous avons un bon état dentaire global et la texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition).mais le GMP GIR moyen pondéré était assez faible.

## **3) Les faiblesses de l'étude**

Je n'ai pas eu de formation en gérodontologie, j'ai donc évalué de façon très grossière l'état de la dentition et de la bouche des résidents avec un simple otoscope comme lumière et un abaisse langue. Je n'ai pas utilisé la valeur d'indice OHI-s (indice simplifié d'hygiène orale de Greene and Vermillon)

L'item « réalisation des bains de bouche » a été mal ou non renseigné.

J'ai été confrontée à une impossibilité d'interroger les déments, voire de bien les examiner correctement parfois.

Je n'ai pas étudié le ressenti des résidents sur leur satisfaction de leur état bucco-dentaires, de leur haleine, de leur dentition, le ressenti au niveau psychologique, la présence de douleur, leur difficulté à manger.

Je n'ai pas évalué l'état de santé des résidents, le nombre de pathologies, le nombre de médicaments prescrits.

Je ne sais pas si le résident est allé régulièrement chez le dentiste ou pas.

Je ne sais pas si le dentier a été enlevé la nuit ou si le résident le gardait en bouche, et comment il était conservé, à sec dans une boîte ou à tremper dans un liquide.

Je ne sais pas si le résident avait un poids stable ou non. Dans le cas où le patient aurait perdu beaucoup de poids, le dentier serait inadapté et source de douleur, d'inconfort et donc de refus de s'alimenter, avec une pérennisation de la perte de poids avec plus ou moins l'apparition ou la majoration de trouble du comportement. Y-a-t-il corrélation entre perte de poids et mauvaise dentition ou mauvais appareillage ?

Quand le dentier a été lavé, le reste de la bouche et les dents restantes l'étaient-ils également ?

Quels sont les soins à réaliser et à quelle fréquence pour les personnes édentées non appareillées ?

#### **4) Les biais :**

Biais potentiel de déclaration : Etude déclarative des aides-soignantes. Elles peuvent sur ou sous-évaluer leur travail.

Biais d'évaluation : C'est moi qui ai fait l'hétéro-évaluation de l'état bucco-dentaire des résidents. J'ai pu donc sur ou sous-estimer les résultats.

#### **5) Les limites de l'étude :**

Je n'ai pas fait d'étude multicentrique.

L'étude a porté sur un petit échantillon.

Le GMP est assez faible, et donc moins représentatif de la majorité des EHPADs.

#### **6) Nos résultats par rapport à ce que dit la littérature.**

Les soignants ont donc un rôle majeur dans la prévention et les soins d'hygiène bucco-dentaires et prothétiques chez les personnes âgées

En 1996, la direction du service central des soins infirmiers de l'AP-HP a réalisé une enquête à propos des pratiques déclarées des soins de bouche non médicamenteux sur un échantillon de services tirés au sort. Dans les services de gérontologie, 83,9% des personnes interrogées pensent que le soin de bouche relève de leur rôle ; il est considéré comme important pour

---

Mémoire « L'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique chez les personnes âgées de plus de 65 ans en EHPAD » par le Dr Marie-Ange TEMPLE, promotion 2015

77,9% d'entre elles. Des recommandations de bonne pratique ont été diffusées à la suite de cette étude (6).

Les soins d'hygiène buccale devraient avoir la même priorité que l'hygiène corporelle. C'est une mesure de base dans la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie mais l'importance de ce soin n'est pas reconnue par le personnel infirmier (7). Il en résulte un constat inquiétant selon les études ; Coleman, aux USA, observe que chez des édentés, il y a des débris alimentaires dans 65% des cas, une candidose sous-prothétique dans 53% des cas. 20% des prothèses sont défectueuses et 50% sont très sales. Chez les sujets qui ont encore des dents, 55% ont des caries, 11% une pathologie parodontale sévère avec des dents très mobiles. Les troubles salivaires concernent 30% des 65 ans et plus ; ils entraînent des anomalies du goût, des difficultés de rétention des prothèses, une accumulation de plaque qui adhère aux muqueuses. On remarque que les connaissances des soignants sur ce thème sont limitées.

D'autres facteurs interviennent dans le comportement des soignants vis à vis du soin de bouche qui est perçu comme un fardeau, demandant beaucoup de temps, fréquemment omis du fait des contraintes de temps, pratiqué seul et qui n'est pas gratifiant (8).

Une enquête réalisée dans un établissement médicosocial pour personnes âgées dépendantes en Suisse rapporte les difficultés qu'il y a à intégrer les soins dentaires dans les procédures de soins ; les demandes de soins de la part du personnel soignant sont rares du fait de manque de sensibilisation aux conséquences des pathologies dentaires (9).

Il ne faut pas négliger l'aspect psychologique de l'acte qui peut être considéré comme intrusif. Il est indispensable d'avoir des protocoles formalisés et des matériels adaptés, même si leur absence n'est pas un véritable obstacle.

Malgré les interventions d'éducation à la santé auprès des équipes, il persiste néanmoins de nombreuses barrières à la pratique quotidienne de la toilette buccale, du fait de la non coopération des patients eux-mêmes (10,11) (refus, absence de compréhension, attitude agressive) ou des soignants et de l'environnement organisationnel des soins.

C'est pourquoi il faut un accompagnement des soignants dans l'acquisition des pratiques tout en développant une culture professionnelle qui promeut et valorise les soins de bouche en institution (12).

La formation doit avoir une composante pratique, en partenariat avec des chirurgiens-dentistes ou des étudiants en chirurgie dentaire.

De ce fait, les personnels soignants pourraient identifier certaines pathologies dentaires et déclencher les procédures appropriées, en ayant une attitude positive vis-à-vis de ces soins.

## 7) Ouverture sur un autre travail

Est-ce qu'une formation du personnel et la mise en place d'un protocole validé va permettre d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire et prothétique ? Est-ce que les soignants seront plus satisfaits de leurs soins et par conséquent plus impliqués ?

Le but serait d'utiliser un protocole pédagogique validé (13), (Annexe 2) écrit et illustré, simple, utilisant le rappel immédiat et différé, et de voir si ce protocole pourrait améliorer l'hygiène buccodentaire dans les 3 catégories de personnes âgées en EHPAD : les patients autonomes, les patients dépendant coopérants et les patients dépendant non coopérants et pour les 2 catégories de matériels dentaires: "vraies dents" et "prothèses dentaires", avec soins des muqueuses buccales, par rapport à avant.

Le but est d'obtenir une meilleure hygiène bucco-dentaire chez les patients âgées de plus de 65 ans dans les EHPAD, ainsi qu'une meilleure prise de conscience de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire auprès des soignants avec par conséquent leurs implications pour une diminution des douleurs, des infections, de la dénutrition, et des décès. Ce support imagé pourra être réutilisé à l'infini par le rappel différé.

Le développement de matériel pédagogique est indispensable pour la promotion de la santé dentaire ; une vidéo réalisée par l'association dentaire australienne a été particulièrement bien accueillie par les personnels soignants des maisons de retraite (11).

L'opinion des chirurgiens-dentistes australiens recueillie par Chalmers (10) sur les soins en institution démontre leur absence de connaissances du milieu: 60% d'entre eux n'ont jamais pratiqué en institution, 50% n'ont pas d'expérience clinique en gériatrie et 40% n'ont jamais soigné de patients âgés fragiles. 50% ont traité des résidents dans leur cabinet au cours de l'année écoulée et 29,5% se sont déplacés dans les institutions (en y passant moins de 2 heures par mois). Les conditions de travail et les difficultés d'équipement sont parmi les arguments avancés. On retrouve ces arguments dans une étude auprès de dentistes allemands (14).

### Organisation des soins

Il conviendrait de développer la possibilité de réaliser ces soins de première nécessité (douleur, risque infectieux) dans des structures de proximité. Les soins complexes ou les soins aux personnes qui requièrent un environnement de sécurité seraient réalisés en établissements hospitaliers. Il persiste les difficultés d'organisation de transport de ces personnes et la prise en charge qui oblige à une prescription de la part d'un médecin (15).

C'est grâce à une organisation en réseaux que cette prise en charge pourrait être faite.

Un exemple intéressant est fourni par le réseau gérontologique créé sous l'impulsion de la Mutualité Sociale Agricole en 2000 pour 3 ans dans le Gard pour la prise en charge à domicile

---

Mémoire « L'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique chez les personnes âgées de plus de 65 ans en EHPAD » par le Dr Marie-Ange TEMPLE, promotion 2015

des personnes âgées. 1178 personnes ont pu bénéficier de soins de la part de 628 professionnels de santé (317 médecins, 184 infirmiers, 127 kinésithérapeutes). Le bilan médico-social et financier est favorable au réseau : sur 332 sorties de réseau, 235 décès sont comptabilisés au domicile (ce qui est une demande forte des patients) et le taux de décès est moindre dans le réseau (14,34%) que chez les témoins (20,81%). Les coûts par patient par mois sont de 789,4 euros dans le réseau vs 1022,9 euros dans le groupe témoin (16).

D'autres réseaux gérontologiques du projet «Groupama partenaires Santé» ont été agréés en 1999; ils existent dans l'Allier, les Côtes d'Armor, les Pyrénées Atlantiques à l'initiative de l'assureur Groupama.

Si des chirurgiens-dentistes adhéraient à ces réseaux, la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées serait assurée.

D'autres expériences sont en cours comme celle organisée par la CPAM de Paris, l'UFSBD et des EHPAD parisiens; le projet «Bucco-bus» a vu le jour en mars 2005, il regroupe des praticiens libéraux volontaires qui traitent les personnes résidant en EHPAD dans un bus spécialement aménagé, qui se déplace dans les différentes structures d'accueil pour personnes âgées.

#### Prévention et traitements bucco-dentaires

La poly pathologie des sujets âgés ainsi que les difficultés rencontrées lors de leur prise en charge bucco-dentaire impliquent la mise en place de mesures préventives, démarche pluridisciplinaire nécessitant que l'odontologiste travaille en étroite collaboration avec les équipes médicales et paramédicales impliquées auprès des personnes âgées. Ce partenariat doit inclure :

- une sensibilisation des soignants aux pathologies bucco-dentaires et à leurs répercussions sur la santé générale,
- une formation spécifique à l'hygiène buccale délivrée par des odontologistes aux personnels soignants afin d'assurer la toilette buccale,
- un dépistage des pathologies bucco-dentaires et l'instauration d'un suivi régulier, assurés par les odontologistes.

Le programme d'hygiène buccale a plusieurs objectifs (18):

- maintenir un niveau d'hygiène buccale satisfaisant,
- faciliter l'alimentation et la communication,
- éliminer les débris alimentaires pour limiter les pathologies infectieuses qui peuvent en découler
- améliorer la qualité de vie.

#### Dépistage et suivi bucco-dentaires

Afin de limiter les complications générales des pathologies bucco-dentaires et d'améliorer la qualité de vie des patients, il est indispensable d'instaurer chez les personnes âgées un

dépistage systématique et un suivi odontologique régulier, si possible annuel. Ainsi, chaque patient devrait bénéficier d'un examen oral à son admission dans un service de gériatrie et être adressé à un odontologiste pour l'établissement d'un protocole de prévention et les soins si nécessaire.

De nombreuses situations pathologiques et thérapeutiques nécessitent une prise en charge bucco-dentaire particulière.

Un assainissement de la cavité buccale est indispensable avant toute radiothérapie de la sphère oro-faciale, chimiothérapie ou corticothérapie et un suivi renforcé peut être instauré pendant toute la durée du traitement.

De plus, il faut réaliser un bilan bucco-dentaire préopératoire avant la pose d'une prothèse articulaire. Cela inclut un examen clinique et radiologique afin de dépister et traiter d'éventuels foyers infectieux pour limiter le risque de greffe bactérienne. Certaines affections telles que le diabète ou les hémopathies nécessitent aussi un suivi bucco-dentaire très régulier. Enfin, la prise en charge complexe et pluridisciplinaire de la dénutrition peut inclure des thérapeutiques odontologiques afin de supprimer les gênes et les douleurs buccales, de restaurer tout ou partie de l'efficacité masticatoire et ainsi améliorer la prise alimentaire.

Chez les sujets présentant une démence, il convient d'établir les protocoles en fonction du stade de la maladie (20).

De plus, il y a souvent une demande en soins dentaires des aidants et des familles de patients déments, car ils se sentent coupables de ne pouvoir agir face à la maladie.

Il est essentiel pour les professionnels de santé d'acquiescer des méthodes de communication qui leur permettent de traiter les personnes présentant des troubles cognitifs (21).

La reminéralisation des lésions carieuses radiculaires a fait l'objet d'une étude de Leake qui porte sur 69 articles. Les agents de reminéralisation sont les bains de bouche fluorés quotidiens, les verniss fluorés appliqués tous les 3 mois ou la combinaison de produits : le gel à l'EHPAD associé à des applications au cabinet dentaire tous les 4 mois est la méthode la plus efficace (22).

De nombreuses études ont montré l'intérêt des verniss fluorés en prévention de la carie (23,24). L'ensemble de ces études a fait l'objet de méta-analyses publiées avec les résultats suivants :

Pour Marhino, la réduction de l'indice carieux est de 46 % en denture temporaire et 33% en denture permanente (25).

Une étude pilote réalisée à Stockholm chez des patients dépendants a montré qu'un nettoyage professionnel avec un dentifrice fluoré, associé ou non à un verniss fluoré ou à la Chlorhexidine arrêtaient la progression des lésions radiculaires superficielles à 6, 12 et 18 mois (26).

Les débris alimentaires s'accumulent alors qu'un rinçage après le déjeuner ou le fait de boire

un verre d'eau pourrait en éliminer une partie.

Les études cliniques ont démontré l'efficacité des fluorures topiques, bains de bouche, dentifrices pour limiter les caries ainsi que les rinçages à la Chlorhexidine pour réduire l'inflammation gingivale et la prévalence des candidoses (27).

La sécheresse buccale due au vieillissement et aux médicaments, la baisse de la dextérité manuelle et visuelle et la moindre résistance à la déminéralisation de la racine de la dent par rapport à la couronne accentuent ce risque (28).

### Thérapeutiques odontologiques adaptées aux sujets âgés

Il n'existe pas de traitement odontologique formellement contre-indiqué chez le sujet âgé.

Néanmoins la prise en charge est adaptée à l'état de santé du patient (29) et les traitements bucco-dentaires et prothétiques diffèrent en fonction de son degré de dépendance, c'est-à-dire en fonction de son autonomie physique et mentale. La thérapeutique est guidée par les compromis, l'objectif étant d'assainir la cavité buccale et d'apporter un confort un patient en simplifiant au maximum les séances au fauteuil et en limitant leur durée.

En règle générale, les traitements sont envisagés avec le médecin traitant afin d'établir un consensus sur la prise en charge proposée; les traitements complexes, longs, nécessitant une coopération importante ne sont pas recommandés.

Chez les patients peu coopérants, atteints de troubles cognitifs sévères ou en fin de vie, l'abstention thérapeutique est indiquée et l'on favorise les soins palliatifs de confort.

Aux USA et au Canada, 50 à 70% des personnes institutionnalisées ne sont pas satisfaites de leurs prothèses qui, lorsqu'elles sont mal adaptées, peuvent être à l'origine de lésions muqueuses. Le port de prothèses anciennes est un facteur de risque de développement de candidose. La réhabilitation prothétique est aussi un objectif de la prise en charge buccodentaire des sujets âgés. Cependant, elle nécessite une véritable coopération du patient. Ainsi, il est fréquemment impossible de réaliser de nouvelles prothèses aux patients atteints de troubles cognitifs importants. La réhabilitation doit se faire précocement, en tenant compte de l'aggravation possible des troubles cognitifs, l'instauration d'un suivi permettant secondairement d'adapter, de modifier ou de réparer les prothèses existantes.

Les états inflammatoires gingivaux, fréquents chez le sujet âgé, sont nettement améliorés par les soins d'hygiène quotidiens associés à des détartrages réalisés par l'odontologiste. Il peut être nécessaire, dans les cas d'inflammation très importante avec des ulcérations ou des abcès parodontaux, d'avoir recours à une prescription d'antibiotique ou de bain de bouche sur de courtes périodes.

Le traitement des lésions muqueuses traumatiques implique souvent l'arrêt du port des prothèses défectueuses et leur restauration, l'assainissement de la cavité buccale et l'avulsion des dents très délabrées. L'existence d'une hyposialie, facteur favorisant l'apparition de telles lésions, doit être évoquée et recherchée.

## CONCLUSION

Cette étude fait apparaître les carences dans l'organisation des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique bien que leur importance soit reconnue.

La prise en charge bucco-dentaire doit être intégrée dans la prise en charge globale du patient en partenariat avec tous les professionnels de santé.

Les personnels soignants ont un rôle capital dans le maintien d'une hygiène satisfaisante chez les personnes âgées, à domicile ou en institution.

La majorité des EHPAD rencontre des difficultés notamment vis-à-vis des patients présentant des troubles cognitifs. Il n'existe aucune harmonisation des pratiques. Comment organiser le recours au dentiste pour les résidents dépendants, sans famille ou aux faibles revenus ?

Comment va faire un dentiste en cabinet avec un patient grabataire et/ou dément avec des troubles du comportement ?

On pourrait signer une convention bucco-dentaire avec mise en place d'un réseau ville - EHPAD ou au mieux, créer au sein de l'EHPAD un cabinet pour un dentiste à temps partiel, au même titre qu'une salle de kinésithérapie ou que le salon de coiffure en EHPAD, pour favoriser l'accès aux soins dentaires, en particulier pour les résidents dépendants, en fauteuil ou grabataires, avec des troubles du comportement.

Par ailleurs, le manque de connaissances, l'absence de protocole validé semblent être des éléments déterminants.

Je propose une mise en place de mesures préventives, qui sont :

- Un bilan d'entrée systématique,
- L'utilisation quotidienne de dentifrice fluoré. En effet, selon le rapport de l'OMS 2003 sur la santé bucco-dentaire dans le monde : « Les recherches ont montré que la mesure la plus efficace pour prévenir la carie dentaire était de maintenir en permanence un faible niveau de fluorures dans la cavité buccale », et plutôt le soir, ou au minimum de rincer la bouche du résident après chaque repas.
- La vérification de la réalisation effective des soins en nommant deux aides-soignantes référentes sur l'hygiène bucco-dentaire et prothétique,
- Une consultation odontologique annuelle systématique car elle permet d'évaluer les risques bucco-dentaires liés à l'état de santé générale et au vieillissement,
- Un traitement prophylactique (verniss fluoré sur les dents...) est à discuter avec les médecins traitants.

Actions	Niveau de preuve	Recommandations
Brossage quotidien et fil dentaire	Niveau III avis de professionnels et études descriptives	Niveau C
Dentifrice fluoré	Niveau I Carie radiculaire	Niveau A
Application 1 à 2 F/an par un professionnel de topique fluoré	Niveau I carie coronaire Niveau III carie radiculaire et des cas de caries excessives (salive)	Niveau C Sauf niveau A sur caries très actives ou à haut risque de carie

Prévention carie: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs 1995

Par ailleurs, en tant que médecin coordonnateur d'EHPAD, j'ai inscrit la santé bucco-dentaire comme l'un de nos objectifs prioritaires.

Je vais mettre en place le protocole de soin d'hygiène bucco-dentaire et prothétique du centre hospitalier de Toulouse avec leur accord écrit. (13) (Annexe 2)

Je vais m'assurer d'avoir un matériel adapté, en particulier pour le nettoyage et la conservation des prothèses et d'avoir du dentifrice fluoré.

Je vais organiser une formation des équipes par un centre de formation SODEV et je vais surtout organiser le suivi pour que les actions soient pérennes dans le temps.

Par ailleurs je pourrais m'inspirer de la chartre de la santé bucco-dentaire des personnes âgées de l'hôpital Louis Mourier pour sensibiliser les résidents, les familles et le personnel soignant de l'importance de l'hygiène buccodentaire et prothétique en EHPAD. (Annexe 3)

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, ministère des solidarités et de la cohésion sociale : BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2011/7 du 15 août 2011, Page 157
- 2-Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées - Direction Générale de la Santé SD2B-Marysette Folliguet - Mai 2006
- 3- Santé générale des populations: Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009
- 4-Fiche action 13 du Comité « Avancée en âge - prévention et qualité de vie » du Docteur Jean-Pierre AQUINO (Février 2013) pages 64-65, concerne la prévention et santé bucco-dentaire
- 5- ARS Rhones-Alpes : appel à candidatures « Formations du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées » Cahier des charges, Janvier 2015.
- 6- Recommandations pour la pratique clinique infirmière: le soin de bouche, janvier 1997, Assistance Publique- Hôpitaux de Paris, Direction du service central de soins infirmiers.
- 7- Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. Ger. Nurs. 2002; 23: 189-97
- 8-Chalmers JM., Carter KD., Spencer AJ. Oral diseases and conditions in communityliving older adults with and without dementia. Spec. Care Dentist. 2003; 23: 7-17
- 9-Marmy M., Matt F. Bilan des connaissances bucco-dentaires du personnel soignant d'un EMS de psychogériatrie. Rev. Mens. Suisse Odontostomatol. 2003; 113: 787793
- 10-Chalmers JM. Behavioral management and communication strategies for dental professionals when caring for patients with dementia. Spec. Care Dentist. 2000; 20: 147-154
- 11- Chalmers JM., Robinson J., Nankivell N. The practical Oral Care video-Evaluation of a dental awareness month initiative. Aust. Dent. J. 2005; 50: 75-80
- 12- Shay K. Dental management considerations for institutionalized geriatric patients. J. Prosthet. Dent. 1994; 72 : 510-6
- 13- Fascicule bucco-dentaire, Dr Marie-Hélène Lacoste-Ferré, CHU Toulouse, 2013

---

Mémoire « L'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique chez les personnes âgées de plus de 65 ans en EHPAD » par le Dr Marie-Ange TEMPLE, promotion 2015

- 14- Nitschke I., Iigner A., Müller F. Barriers to provision of dental care in long-term care facilities: the confrontation with ageing and death. *Gerodontology* 2005; 22: 123-129
- 15- Décret n° 88- 678 du 6 mai 1988 relatif au remboursement des frais de transport exposés par les assurés sociaux.
- 16- Mutualité Sociale Agricole; Réseau gérontologique après 3 ans de fonctionnement, [www.msa.gard](http://www.msa.gard)
- 17- Luciak-Donsberger C. Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. *Int. J. Dent. Hygiene* 2003; 1: 29- 4218
- 18- Dolan TA., Mulligan R., Berkey D., Saunders MJ. Enhancing the oral health of older adults: recommendations for action. *Spec. Care Dent.* 1996; 16: 229-36
- 19- Shay K. Dental management considerations for institutionalized geriatric patients. *J. Prosthet. Dent.* 1994; 72 : 510-6
- 20- Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Dent. Update.* 2004 ; 31 : 273-278
- 21- Chalmers JM., Carter KD., Spencer AJ. Oral diseases and conditions in communityliving older adults with and without dementia. *Spec. Care Dentist.* 2003; 23: 7-17
- 22- Leake JL. Clinical decision-making for caries management in root surfaces. *J. Dent. Educ.* 2001; 65: 1147-1153
- 23- Hausen H. Benefits of topical fluorides firmly established. *Evid. Based Dent.*, 2004 ; 5
- 24- Seppa L. Fluoride Varnishes in Caries Prevention. *Med. Princ. Pract.* 2004 ; 13 : 307311
- 25- Marhino VCC., Higgins JPT., Logan S., Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; Issue 1
- 26- Johnson G, Almqvist H. Non-invasive management of superficial root caries lesions in disabled and infirm patients. *Gerodontology*, 2003; 20: 9-14
- 27- Weyant RJ., Pandav RS., Plowman JL., Ganguli M. Medical and cognitive correlates of denture wearing in older community-dwelling adults. *J. Am. Ger. Soc.* 2004; 52: 596-600

28- Petersson LG, Kambara M. Remineralisation study of artificial root caries lesions after fluoride treatment. An in vitro study using Electric Caries Monitor and Transversal Micro-Radiography. Gerodontology, 2004; 21: 85-92

29- Veyrune JL., Lassauzay C., Nicolas E., Hennequin M. Considérer le risque de dénutrition chez les personnes âgées. Réalités Cliniques 2004 ; 15: 361-373



### A) le patient est autonome GIR 5-6 :

Vérification de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique : oui/non

Si oui :

- 1/jour,
- 1/semaine,
- 1/ mois,
- à la demande

### B) patient dépendant GIR 4-1 coopérant : sait cracher et rincer sa bouche

#### **Fréquence de réalisation des soins**

**Entourer les réponses positives**

Une à plusieurs fois par jour

Plusieurs fois par semaine

Une fois par semaine ou moins

Plutôt le matin

Plutôt le soir

#### **Durée des soins**

< 5min

Environ 5min

5min < durée < 10 min

10min < durée < 15 min

#### **Avez-vous une appréhension lors des soins**

Peur de faire mal au patient

Peur que le patient leur fasse mal (morsure, coups)

Peur de mal faire

Peur que le patient saigne ou s'étrangle

Le dégoût, lié au délabrement de certaines bouches

L'aspect répugnant des dentiers non nettoyés

La présence de sécrétions, d'odeurs, du réflexe nauséeux, présence de mycose

#### **Fréquence des difficultés de mise en œuvre**

Très souvent

Souvent

Parfois

### C) le patient est dépendant GIR 4-1 Non-coopérant : **le patient est incapable de cracher et de rincer sa bouche et/ou le patient est atteint de trouble de la déglutition et/ou le patient est opposant.**

**Fréquence de réalisation des soins**

Une à plusieurs fois par jour  
Plusieurs fois par semaine  
Une fois par semaine ou moins

**Entourer les réponses positives****Durée des soins**

< 5min  
Environ 5min  
5min < durée < 10 min  
10min < durée < 15 min

**Appréhensions lors des soins**

Peur de faire mal au patient  
Peur que le patient leur fasse mal (morsure, coups)  
Peur de mal faire  
Peur que le patient saigne ou s'étrangle

Les difficultés rencontrées sont :

- refus d'ouvrir la bouche,
- la morsure,
- la sécheresse buccale,
- les troubles de la déglutition
- autres : à préciser

**Fréquence des difficultés de mise en œuvre**

Très souvent  
Souvent  
Parfois

**Les patients les plus difficiles à soigner sont**

- les patients opposants aux soins
- les patients ayant des troubles du comportement
- atteints de démence
- autres : à préciser

**SOINS D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE et PROTHETIQUE**

Avant le soin, se laver les mains + mettre des gants de soin + préparer le matériel + installer le patient retirer les prothèses amovibles de la bouche du patient

**Patient dépendant coopératif**

**Position assise**  
Bouche semi ouverte

- rinçage de la bouche possible
- accès bucco dentaire facilité
- patient non opposant

**DENTS**

Deposer le dentifrice fluoré sur la brosse sèche

Brasser toutes les faces des dents

**MUQUEUSES**

Masser l'ensemble des muqueuses

**PROTHESES**

Retrait des prothèses amovibles

**Patient dépendant non coopératif**

**Position inclinée sur le côté**  
Bouche fermée

- rinçage de la bouche impossible
- accès bucco dentaire difficile
- risque de fausses routes
- patient opposant

**DENTS**

N'utiliser ni dentifrice, ni de bain de bouche

brosse humidifiée

Récupérer les résidus de brossage sur une compresse imbibée

Si le patient est opposant, l'utilisation de la brosse à dent n'est pas possible, assurer un nettoyage minimum de la face externe des dents avec des compresses imbibées d'eau ou de BiNa enroulées autour de l'index ganté du soignant

**MUQUEUSES**

Masser les zones accessibles des muqueuses

**PROTHESES**

Boite à prothèses brossées tous les jours

Prothèses immergées dans un bain de bouche à la chlorhexidine

**Si sécheresse buccale et/ou si prédisposition aux mycoses, avant et après le brossage faire rincer ou appliquer à la compresse bien imbibée de BiNa**

Compresses imbibées de BiNa

Brosser énergiquement avec du savon doux

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

# Charte de la santé bucco-dentaire des personnes âgées

**Importance de l'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée pour favoriser :**

- La prévention primaire des pathologies buccales et générales
- La prévention secondaire et le dépistage des pathologies bucco-dentaires

La toilette buccale est un soin non médicamenteux qui intéresse la cavité buccale dans son ensemble : **dents, muqueuses et prothèses.**

- 1 . Sensibilisation et éducation des soignants**
  - Formations approfondies des référents locaux (institution et domicile)
  - Formations-actions des soignants (démonstration, accompagnement du soin)
  - Formations-actions des aidants (institution et domicile)
- 2 . Implication des équipes de direction**
  - Sensibilisation à l'importance de la santé bucco-dentaire pour une meilleure qualité de vie et une bonne santé générale
  - Engagement des équipes de direction dans un projet institutionnel valorisant l'hygiène bucco-dentaire
- 3 . Mise en place de protocoles simples et précis**
  - Protocoles adaptés à l'état bucco-dentaire des personnes.
  - Protocoles adaptés au degré de dépendance et de coopération des personnes
  - Evaluation régulière de l'efficacité de la toilette buccale chez les personnes à priori autonomes
- 4 . Suivi régulier de l'état bucco-dentaire, au même titre que l'état de santé générale**
  - Recommandation d'une consultation annuelle de prévention bucco-dentaire (incluant un bilan radiologique) et d'une consultation à l'entrée en institution
  - Evaluation et suivi de l'état bucco-dentaire de chaque personne, 1 fois par mois, par les référents (fiche « Oral Assessment Guide » par exemple)
- 5 . Fréquence des soins d'hygiène buccale**
  - Chaque personne doit bénéficier d'une toilette buccale au moins 1 fois par jour, de préférence le soir
  - Il est préconisé, en l'absence de contre-indication médicale, un rinçage à l'eau claire de la bouche et des prothèses ou l'absorption d'un grand verre d'eau à la fin de chaque repas, afin de permettre l'élimination des débris alimentaires.
- 6 . Matériel d'hygiène**
  - Chaque personne doit posséder son propre matériel d'hygiène. Il est indispensable de s'assurer que le matériel d'hygiène est disponible et accessible aux personnes. Le matériel d'hygiène, d'utilisation simple, doit comprendre :
    - une brosse à dents adaptée (éventuellement électrique) et régulièrement renouvelée
    - un tube de dentifrice fluoruré
    - des compresses (pour le nettoyage des muqueuses, en particulier chez les personnes édentées)
    - une brosse à prothèses et une boîte à prothèses identifiée pour chaque personne.



**Hôpital Louis-Mourier**

Avec la participation de :  
Association Internationale de Gérontologie

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Université de Médecine Dentaire de Graz

Hôpital Louis-Mourier - Service d'évaluation et de soins gériatriques - Juin 2016

## **RESUME**

### **« L'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique chez les personnes âgées de plus de 65 ans en EHPAD. »**

L'hygiène bucco-dentaire en EHPAD pose un réel problème de santé publique.

Le but de cette étude est de montrer l'état des dents/prothèses et des muqueuses, ainsi que les pratiques des soignants sur l'hygiène bucco-dentaire et prothétique, dans une EHPAD.

Matériel et méthode : Etude descriptive, quantitative, prospective, mono-centrique, d'évaluation des pratiques professionnelles de mars 2015 à avril 2015, parmi 70 personnes âgées entre 65 ans et 110 ans à l'EHPAD de Montélier (Drôme)

Le critère de jugement principal est l'état des dents/prothèses et des muqueuses chez les résidents.

Les critères de jugements secondaires sont l'évaluation des pratiques au sein de l'EHPAD, définir les causes de réticences des soignants vis-à-vis des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétiques, et définir si la texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition).

#### Résultats :

La bouche était saine dans 51%, il y avait du tartre dans 52%, une gingivopathie dans 27%, et des chicots dans 8%, 54% des résidents avaient encore leurs dents, 46% portaient un dentier. 80% du personnel soignant comprenant les aides-soignants et les infirmières disent n'avoir jamais eu de formation sur les soins d'hygiène bucco-dentaires, et 90 % sur les soins de prothèses dentaires. Aucun protocole n'a été rédigé à ce sujet.

Parmi les résidents, 10% n'ont jamais eu de soins de bouche. Pour expliquer ce résultat :15% des résidents avaient des soins moins d'une fois par semaine. C'étaient ceux qui n'étaient pas coopérants aux soins dans 64% des cas. Les difficultés rencontrées étaient le refus d'ouvrir la bouche dans 90% des cas, la morsure des soignants dans 70% des cas.

Pour les soignants, les patients les plus difficiles sont les patients opposants aux soins dans 80% des cas, les patients ayant des troubles du comportement dans 70% des cas et ceux atteints de démence dans 60% des cas.

35% des résidents avaient des soins 2 fois par semaine. C'étaient ceux qui étaient autonomes dans 84%.

Les soins étaient majoritairement réalisés le matin dans 64% des cas

La texture des aliments était bien adaptée à l'état bucco-dentaire et prothétique des résidents (en dehors de trouble de la déglutition).

Conclusion : Les soins d'hygiène buccale chez la personne âgée posent un réel problème en institution. Par ailleurs, les connaissances des soignants sur ce thème sont limitées et peu encadrés. Il est donc indispensable d'avoir des protocoles formalisés et du matériel adapté.

---

Mémoire « L'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique chez les personnes âgées de plus de 65 ans en EHPAD » par le Dr Marie-Ange TEMPLE, promotion 2015