

LE 14/04/2016

PRESENTATION EHPADENT

ONCD

Commission pôle patients et référents handicap



EHPADENT

Réseau

pour la Santé Bucco-Dentaire

des résidents en EHPAD du Limousin

ORIGINE

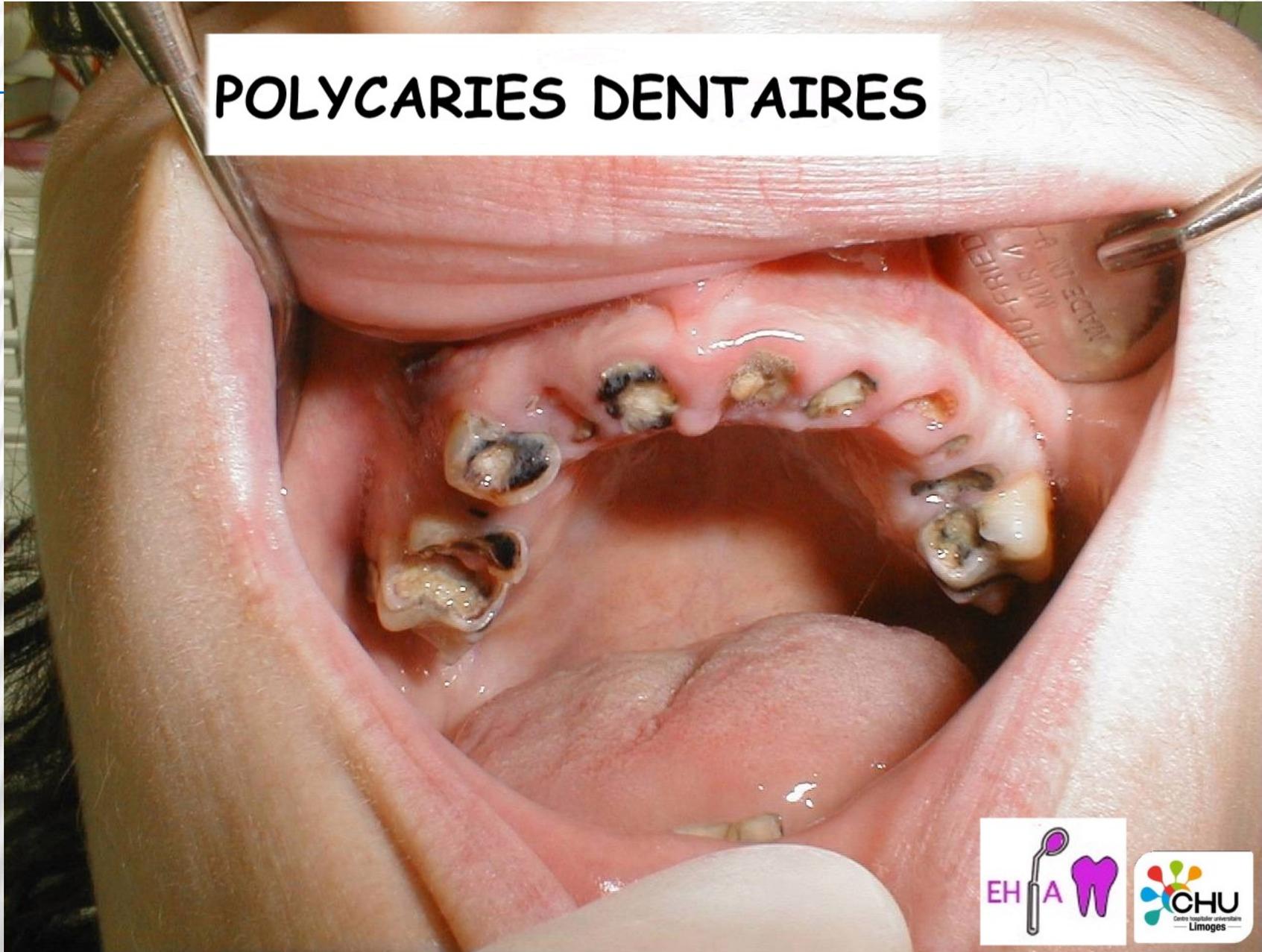
- ❖ **Etude** dans 52 EHPAD en limousin(2003)
 - 61% des résidents examinées nécessitaient au moins un acte bucco-dentaire
 - Une part importante des résidents n'avaient pas accès aux soins
- ❖ **Constat:**
 - population âgée en limousin
 - Nombre d'EHPAD important

OBJECTIFS

× Sanitaires

- Évaluer l'état de santé bucco-dentaire des résidents et leurs besoins
- Coordonner la prise en charge des soins pour éviter les complications d'un mauvais état buccal (dénutrition, infections...)
- Améliorer la prévention: hygiène de la bouche et des prothèses

POLYCARIES DENTAIRES



PROTHÈSES DENTAIRES ENTARTRÉES:



OBJECTIFS

× OPERATIONNELS

- **Sensibiliser l'ensemble des intervenants:**
 - direction et personnel soignant des EHPAD
 - médecins coordonnateurs, médecins traitants
 - chirurgiens-dentistes
 - familles

OBJECTIFS

× Economiques

- Éviter le déplacement des résidents
- Éviter l'hospitalisation

× Qualitatifs

- Évaluer l'efficacité du réseau par:
 - prise en charge des résidents
 - entretien des prothèses dentaires
 - soins effectués

ACTIONS

- × Pré bilan bucco-dentaire par le médecin coordonnateur ou un personnel soignant (évaluation)
- × Bilan bucco-dentaire du chirurgien-dentiste (examen)
- × Orientation vers un cabinet de ville ou C.H. (soins)
- × Formation théorique et pratique du personnel soignant à l'hygiène(IGL) et diffusion d'un protocole (prévention)
- × Courriers, plaquettes, affiches, DVD (motivation)
- × <http://www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/ehpadent> (information)
- × Réunions d'information



Réseau EHPADENT
31 rue Hoche
87100 LIMOGES
Tél : 05 55 34 11 79
Fax : 05 55 34 11 79
mail : reseuehpadent@yahoo.fr

PREBILAN BUCCO DENTAIRE EN EHPAD

NOM : _____ Prénom : _____
Date d'entrée : _____

HYGIENE BUCCODENTAIRE

Fait seul : OUI NON (*)

Commentaires :

MUQUEUSES

Douleur : OUI NON

Sécheresse de la bouche : OUI NON

Lésion : OUI NON

Commentaires :

ETAT DENTAIRE

Bon : OUI NON

Edentation : OUI NON

Appareillage : OUI NON

Mastication : Possible Difficile Impossible

Lésion : Racine («chicot») Carie Dent mobile Ne sait pas

Commentaires :

PRECONISATION

Surveillance Appel réseau EHPADENT

(*) cases à cocher/.....

QUESTIONNAIRE MEDICAL DU PATIENT

Médecin Traitant :

NOM _____ PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

Risques hémorragiques connus OUI / NON (**)

Anticoagulants oui / non (AVK, Héparine, HBPM, Calci)

Antiagrégants plaquettaires oui / non

Coagulopathie oui / non

HTA oui / non

Autres

Risques infectieux connus OUI / NON

Prothèses valvulaires ou valvulopathies connues oui / non

Prothèses orthopédiques oui / non

Diabète oui / non

Biphosphonates oui / non

Autres

Risques allergiques connus OUI / NON

Date : Tampon et Signature :

(**) rayer la mention inutile

FICHE Bilan

EHPADENT : Fiche Bilan Bucco-Dentaire

Médecin coordonnateur : Docteur		Le / /																																		
Résident : Mr ou Mme		Signature																																		
Age :																																				
Besoin d'un examen bucco-dentaire : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>																																				
Pathologie(s) principale(s) :																																				
Chirurgien-Dentiste : Docteur		EHPAD de :																																		
<table border="0"> <tr> <td><u>18</u></td><td><u>17</u></td><td><u>16</u></td><td><u>15</u></td><td><u>14</u></td><td><u>13</u></td><td><u>12</u></td><td><u>11</u></td><td><u>21</u></td><td><u>22</u></td><td><u>23</u></td><td><u>24</u></td><td><u>25</u></td><td><u>26</u></td><td><u>27</u></td><td><u>28</u></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td></td> </tr> </table>		<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		/: dt absente x : dt prothétique
<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>																					
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																					
Dents cariées, fracturées, mobiles : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																				
Lésions des muqueuses : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																				
Prothèse adjointe maxillaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> métal <input type="checkbox"/> résine <input type="checkbox"/> adaptée <input type="checkbox"/> inadaptée <input type="checkbox"/>																																				
Prothèse adjointe mandibulaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> métal <input type="checkbox"/> résine <input type="checkbox"/> adaptée <input type="checkbox"/> inadaptée <input type="checkbox"/>																																				
Se sert des prothèses pour manger : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> max <input type="checkbox"/> mand <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/>																																				
Hygiène bucco-dentaires : bonne <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/>																																				
Hygiène des prothèses : bonne <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/>																																				
Brossage des dents ou prothèses par le patient : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																				
Brossage des dents ou prothèses par le personnel soignant: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																				
Besoins de soins : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																				
Si oui : cabinet de ville <input type="checkbox"/> service hospitalier <input type="checkbox"/>																																				
Dentiste traitant : Docteur		à																																		
Patient vu le / /		soins effectués: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> actes prothétiques: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																		
Sinon pourquoi :																																				
		Signature																																		
Cadre réservé à l'EHPAD																																				
Si le résident n'a pas été pris en charge, pourquoi :																																				
<ul style="list-style-type: none"> - résident ou famille opposé - rendez-vous impossible - transport manquant - pas de prise en charge financière 																																				

31, rue Hoche 87000 LIMOGES

FORMATION DU PERSONNEL

Ce DVD a été réalisé par le RESEAU EHPADENT du limousin pour expliquer l'importance de l'hygiène bucco-dentaire.

Après quelques rappels anatomo-physiologiques de la cavité buccale, il décrit quelques règles d'hygiène buccale et les pathologies les plus fréquentes liées à une absence ou à une insuffisance d'hygiène bucco-dentaire.

Son but est de permettre de prendre conscience qu'une hygiène bucco-dentaire correcte et un dépistage quotidien peuvent améliorer l'état général des personnes âgées en luttant contre la douleur, la dénutrition et les foyers infectieux aigus ou chroniques.



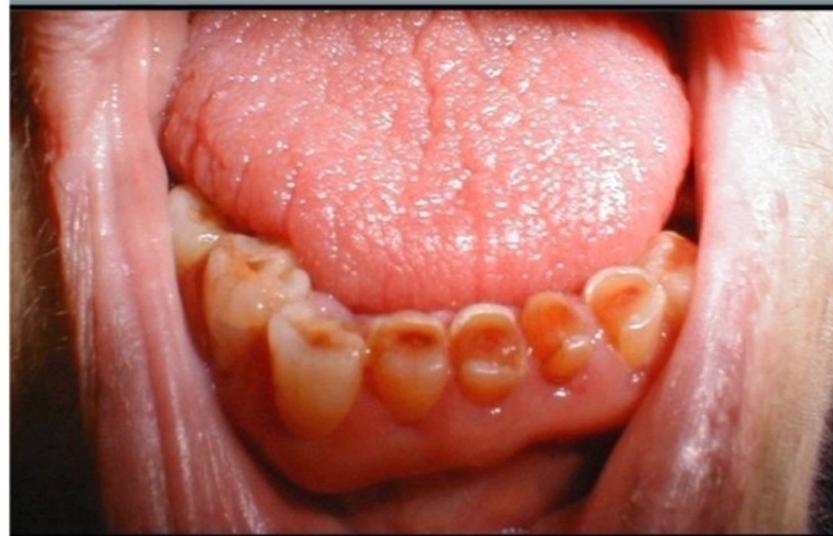
reseaeupadent@yahoo.fr



SERVICE D'ODONTOLOGIE

L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION

L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION



RESEAU EHPADENT LIMOUSIN

FORMATION DU PERSONNEL



EHPADENT
05 55 34 11 79
reseauhpadent@yahoo.fr



Service
d'odontologie



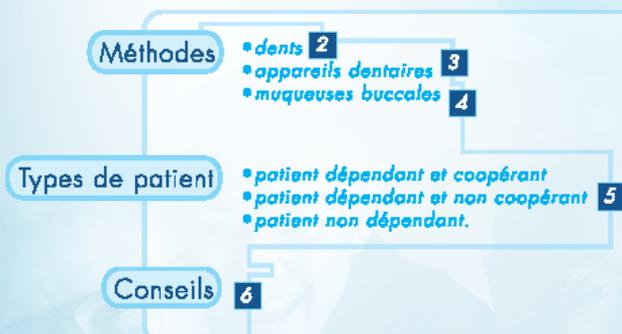
PROTOCOLE D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU GÉRIATRIQUE

Document réalisé en octobre 2005 dans le cadre du programme régional de travail de l'URCAM du limousin avec les chirurgiens dentistes de la région

PRÉAMBULE

- Le port de gants, de lunettes et éventuellement d'un masque est recommandé lors de la réalisation de l'ensemble des actions détaillées ci-après ;
- Pour faciliter la bonne coopération du patient il est nécessaire de lui expliquer les gestes à effectuer.

SOMMAIRE



Janvier 2010

1

PROTOCOLE D'HYGIÈNE BUCCO - DENTAIRE



Pour les résidents non dépendants

LE MATIN

- Après le petit déjeuner, motiver les résidents à se brosser les dents et à nettoyer leurs appareils dentaires. Vérifier que cela est bien fait.

LE SOIR AU COUCHER

- Motiver les résidents à se brosser les dents et à nettoyer leurs appareils dentaires. Vérifier que cela est bien fait.
- Inciter les résidents à poser leurs prothèses pour la nuit.

Chaque mois vérifier l'état de leurs dents et de leurs muqueuses.

Pour les résidents dépendants

LE MATIN

- Avant le petit déjeuner, remettre les appareils dentaires humidifiés en bouche.
- Après le petit déjeuner, retirer les prothèses et les nettoyer, brosser leurs dents et vérifier leur état ainsi que l'état de leurs muqueuses et remettre en bouche la prothèse.

LE SOIR

- Retirer les prothèses et les brosser avec du savon et une brosse à ongles. Les remettre dans leur boîte nominative pour la nuit.
- Brosser les dents et vérifier leur état ainsi que l'état des muqueuses.

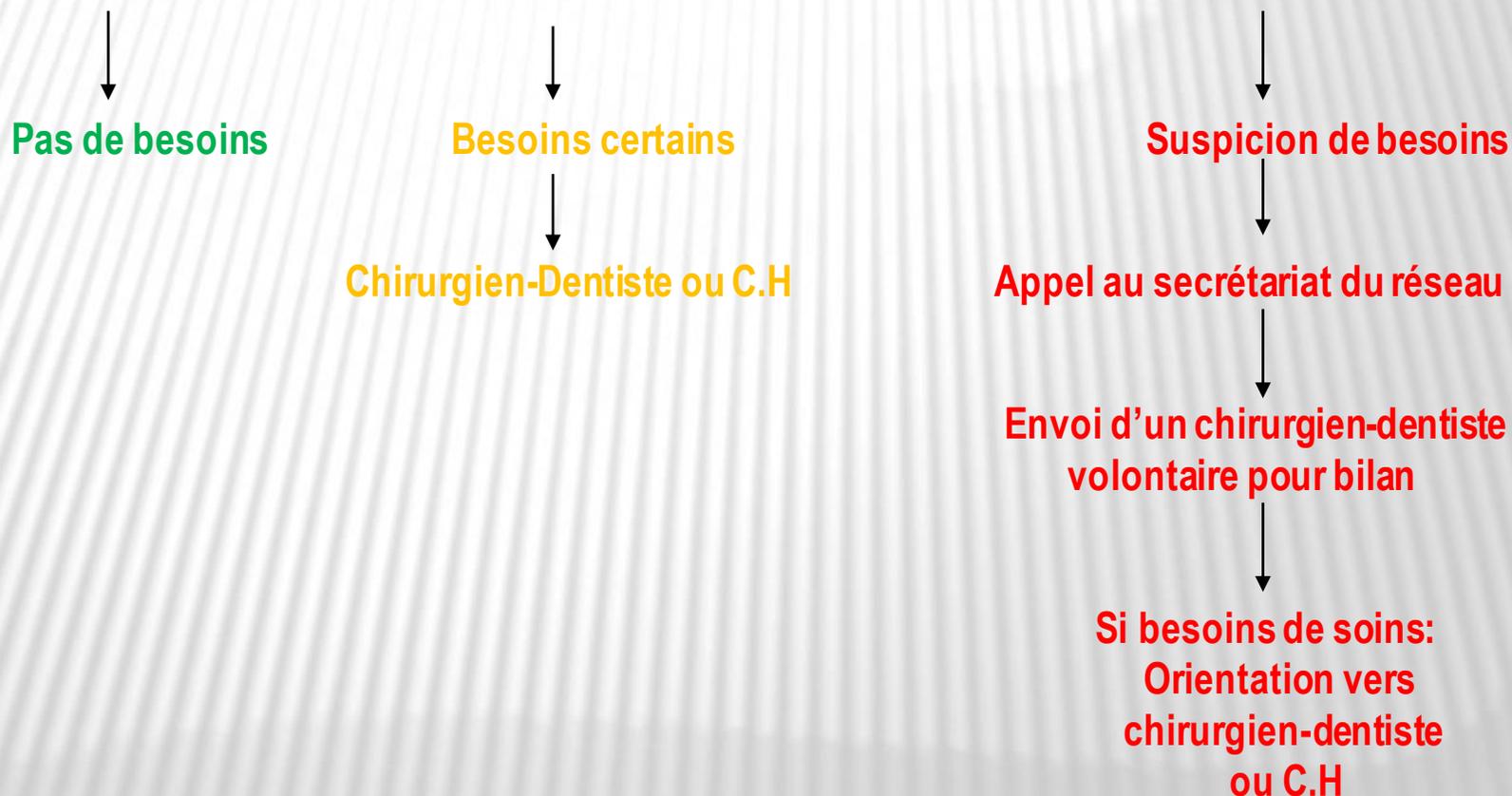
SE RÉFÉRER AU PROTOCOLE DÉTAILLÉ



EHPADENT vous accompagne pour les soins bucco dentaires.

FONCTIONNEMENT

Pré bilan bucco-dentaire du résident en EHPAD



MOYENS

- Secrétariat du Réseau EHPADENT:
31, rue Hoche 87000 LIMOGES
Tél: 05 55 34 11 79
reseauehpament@orange.fr
- Intervention du chirurgien-dentiste dans l'EHPAD pris en charge par le réseau financé par l'ARS
- Un comité de pilotage assure son fonctionnement

EN PRATIQUE:

- 1- Adhérer au réseau 
- 2- Désigner un « référent »
- 3- Evaluer les besoins 
- 4- Contacter le secrétariat du réseau

05 55 34 11 79

Merci pour votre attention

