



Santé bucco-dentaire :

Guide à l'usage des établissements
pour personnes âgées

en partenariat avec l'UFSBD - 2014





| Focus sur une expérience, une méthode, une étude



| Fiche technique repère

GLOSSAIRE

Les mots soulignés en violet sont explicités dans le glossaire



Sommaire

• Édito	P. 5	• Sensibiliser les résidents, leur famille et le personnel non soignant	P. 41	• Connaître la réglementation : Obligations et définition des rôles	P. 69
• Préface	P. 7	Outils et méthode		Le rôle des infirmiers	
• Le partenariat Agirc-Arrco - UFSBD	P. 9	Freins et leviers		Le rôle des aides-soignants	
Un programme complet de prévention bucco-dentaire		Bilan de la sensibilisation du programme Agirc-Arrco – UFSBD (synthèse)		Le rôle des aides médico-psychologiques	
• La santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement : un constat préoccupant	P. 17	• Favoriser le repérage et le dépistage	P. 45	L'intervention des libéraux	
Analyse de 358 dépistages (synthèse)		Outils et méthode		• Glossaire	P. 87
• Améliorer durablement la santé bucco-dentaire en établissement	P. 27	Freins et leviers		• Auteurs	P. 89
Recommandations		• Travailler avec un réseau de santé, trouver des référents	P. 49	• Remerciements	P. 90
REGIES 95		Un partenariat établissement / CHU (51)		• Bibliographie	P. 91
Le correspondant en santé orale		Le réseau SBDH (69)		• Annexes	P. 93
• Former les personnels soignants	P. 35	Le réseau Appolline (91)		Annexe 1 : le programme Agirc-Arrco – UFSBD : coûts indicatifs d'intervention	
Outils et méthode		Les réseaux de santé bucco-dentaire		Annexe 2 : le recours aux réseaux locaux dans le parc Agirc-Arrco	
Freins et leviers		Les référents ordinaires, l'Ordre des chirurgiens-dentistes		Annexe 3 : le bilan des 358 dépistages dans le parc Agirc-Arrco (intégral)	
Bilan des formations du programme Agirc-Arrco – UFSBD (synthèse)		Avantages et limites d'un bucco-bus		Annexe 4 : le bilan des formations du programme Agirc-Arrco – UFSBD (intégral)	
		• Adapter les gestes quotidiens	P. 61	Annexe 5 : le référentiel ARS Rhône-Alpes des métiers de niveau V (extrait)	
		Le recours à la méthode Gineste-Marescotti		Annexe 6 : charte de recommandations UFSBD	
		• S'équiper	P. 65		
		La mallette pour soins ambulatoires			
		Le matériel spécifique			

Édito

A lors que le vieillissement de la population française continue, de nombreux rapports ont, de 2008 à 2013, fait le constat de carences en France en matière d'urbanisme, d'équipements et de services adaptés à l'avancée en âge.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, malgré les indéniables progrès réalisés sur les dix dernières années, restent trop souvent des lieux que la réglementation, les normes produites, l'histoire conduisent à assimiler à de «petits hôpitaux» alors que ces lieux d'hébergement sont d'abord des lieux de vie.

Les questions qui se posent sont nombreuses : comment améliorer la qualité de vie en établissement ? Quel modèle souhaitons-nous impulser ? Quel choix de vie définissons-nous, pour nos aînés aujourd'hui, et pour nous-mêmes demain ? Ne faut-il pas commencer par apporter des réponses concrètes aux problématiques les plus fréquemment rencontrées ?

À ces différentes questions, en prise directe avec les enjeux de société, les partenaires sociaux gestionnaires de la retraite complémentaire Agirc et Arrco ont souhaité répondre de manière engagée. Depuis plusieurs années, ils ont décidé de déployer au sein des 67 établissements dont les régimes sont propriétaires, des pratiques reproductibles pour un meilleur confort et une meilleure qualité de vie des résidents. Ces actions s'inspirent d'expériences initiées au sein même des établissements ou à l'initiative d'experts du domaine.

La première expérience concrète a consisté à adapter les établissements médico-sociaux aux déficiences sensorielles. Après un audit des sites, des actions de formation des personnels et de référents ont été mises en œuvre. De nouvelles consignes ont été prises en compte dans les plans de travaux et des aménagements ont été apportés aux établissements. Témoin de cette action, un guide destiné aux professionnels du secteur a été édité, incitant à des actions concrètes d'accompagnement des déficiences sensorielles des résidents, mises en œuvre dans les établissements du parc Agirc-Arrco.

Fidèle à sa volonté d'innovation, l'action sociale des régimes Agirc et Arrco a souhaité rééditer l'action en publiant ce nouveau guide, le deuxième de la collection. Il ambitionne de partager l'expérience menée dans le cadre d'un programme de prévention de la santé bucco-dentaire des personnes âgées vivant en établissement. De l'état de santé bucco-dentaire vont en effet dépendre l'appétit, la présence ou non de douleurs, et l'envie de communiquer avec les autres : autant de facteurs pouvant contribuer positivement ou négativement à la qualité de vie des résidents. Il s'agit d'une démarche préventive, qui s'inscrit dans une limitation de recours aux soins et qui présente donc aussi un intérêt économique.

Ce type d'initiative ne peut se faire qu'avec des professionnels experts. C'est le sens du partenariat construit avec l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) à l'échelon national, complété de partenariats locaux.

Ce guide propose une photographie en 2013 de l'état de santé bucco-dentaire des résidents âgés du parc Agirc-Arrco (6 900 places), dont la moyenne d'âge est de 86 ans. Il relaye des recommandations propres à faire évoluer favorablement et durablement cet état de santé. Il s'agit donc d'un engagement réaliste et exemplaire pour l'évolution des établissements d'hébergement des personnes âgées, autonomes ou non.

Si l'impulsion donnée pourra, à terme, faire évoluer les pratiques, elle permet dès à présent d'attirer l'attention sur certains besoins et sur la nécessité de s'adapter et d'évoluer.

Créer les conditions d'une expérimentation et favoriser son développement direct ou indirect et son évaluation, pour mieux passer ensuite le relais dans le domaine public ou privé, telle est l'orientation prise par les régimes de retraite Agirc et Arrco au travers de leur action sociale. Parce qu'initier c'est bien mais partager, c'est mieux !

Jean-Claude Barboul président des Commissions sociales Agirc et Arrco

Denis Gindre vice-président des Commissions sociales Agirc et Arrco

Préface

L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est problématique. Parmi les résidents de ces établissements, 35 à 50 % souffrent de pathologies dentaires et bucco-dentaires. La majorité présente une hygiène buccale insuffisante et des besoins de soins.

Il existe un rapport étroit entre les problèmes dentaires et les autres pathologies. D'une part, certaines maladies systémiques comme le diabète ont des répercussions sur la sphère orale se manifestant par des complications buccales variées. D'autre part, un mauvais état de santé bucco-dentaire chez les personnes âgées peut avoir de multiples et importantes conséquences médicales et/ou psychologiques.

Certaines pathologies générales comme les pathologies cardiaques, les affections dermatologiques, les pneumopathies, les rhumatismes... peuvent être d'origine dentaire ou aggravées par des infections dentaires.

Une mauvaise santé bucco-dentaire augmente également le risque de dénutrition, d'ostéoporose et, indirectement, la perte d'autonomie. Enfin, et c'est un point majeur, souvent négligé, cette mauvaise santé bucco-dentaire a des retentissements importants sur la qualité de vie au quotidien des personnes âgées : mauvaise haleine, perte du goût, blessures des muqueuses, douleurs, baisse de l'estime de soi, repli social...

Or, les pathologies bucco-dentaires en Ehpad sont très souvent liées à un déficit d'hygiène. Les personnes âgées en perte d'autonomie ne sont plus toujours en capacité d'assumer seules leurs soins et les personnels soignants sont peu formés pour prendre en charge les pratiques d'hygiène bucco-dentaire, voire souvent découragés par l'attitude très « opposante » de certains patients.

Améliorer l'hygiène bucco-dentaire et ainsi la santé des personnes âgées en perte d'autonomie est donc un enjeu majeur de santé publique. Sensibilisation et formation des acteurs médico-sociaux sont désormais nécessaires.

Partageant les mêmes objectifs d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et des pratiques professionnelles au sein des établissements, l'Agirc, l'Arrco et l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) ont décidé de se rapprocher pour promouvoir la prévention bucco-dentaire au sein des Ehpad, en particulier via la formation des personnels soignants aux pratiques d'hygiène bucco-dentaire.

L'UFSBD, centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), conduit, depuis plus de 40 ans, une mission de santé publique de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire. Forte d'un réseau de 15 000 chirurgiens-dentistes, de partenaires locaux et de relais éducatifs, elle a pour objectif d'améliorer la santé bucco-dentaire et la santé globale de la population, notamment des personnes les plus vulnérables comme les personnes âgées en situation de dépendance.

L'UFSBD s'engage en effet auprès des personnes âgées depuis de nombreuses années et développe des programmes complets de prévention bucco-dentaire : formation du personnel soignant en Ehpad, dépistage des besoins de soins bucco-dentaires et orientation des patients pour leur prise en charge.

L'UFSBD promeut ses propositions de mesures et d'actions en faveur des personnes âgées, notamment en perte d'autonomie, et diffuse largement sa charte de « recommandations pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes ».

Avec l'appui de ses partenaires institutionnels, elle s'engage aux côtés des professionnels médico-sociaux pour faire de la prévention au quotidien un élément majeur de leur pratique professionnelle.

Dr Sophie Darteville présidente de l'UFSBD



Le partenariat Agirc-Arrco - UFSBD

Un programme complet de prévention bucco-dentaire

En établissement de retraite comme ailleurs, qu'on soit très âgé ou un peu moins, le bien-être quotidien s'ali-
mente de petits riens d'une apparence banalité.

Avoir une acuité visuelle correcte pour se mouvoir et se repérer en relative autonomie, disposer d'une capacité auditive suffisante pour ne souffrir ni d'un excès de bruit ni d'une perte de communication concourent déjà à une qualité de vie quotidienne. À défaut, vivre dans un bâti qui compense autant que faire se peut ces déficits sensoriels atténue au moins leur impact pénalisant. C'est la raison pour laquelle l'Agirc et l'Arrco, dans le cadre d'un plan pluri-annuel médico-social et sanitaire, ont investi ce champ, en partenariat avec la Mutualité française Anjou Mayenne, et publié en 2012 leur expérience reproductible dans un ouvrage à l'usage de tous les acteurs : « Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires »¹.

Le confort bucco-dentaire participe du même senti-
ment de bien-être quotidien : ne pas appréhender chaque prise de repas, ne pas être entravé dans sa relation à l'autre par des gênes, des douleurs - résultat d'une absence d'entretien ou de soins - est un objectif dont l'Agirc et l'Arrco se sont emparés.



Pour une amélioration du quotidien des résidents

Près de 7 000 personnes résident dans les établissements médico-sociaux ou fréquentent les établissements sani-
taires propriétés de l'Agirc et de l'Arrco, et près de 4 000 collaborateurs y travaillent².

L'un des axes stratégiques retenu est de favoriser la qualité de vie quotidienne des résidents. Qualité des bûts, adaptation des accompagnements, approche repensée en matière de prise en compte des déficiences sensorielles ou cognitives sont autant d'illustrations d'une intervention ciblée sur le mieux-être. En matière de santé bucco-dentaire, le constat, énoncé par plusieurs études, d'un déficit flagrant en confort quotidien et en soins était partagé par tous les responsables d'établisse-
ments, tout comme la volonté d'intervenir significative-
ment sur ce champ. Afin d'expérimenter le déploiement d'une intervention de santé bucco-dentaire, en maîtrisant l'impact financier pour le résident et l'établissement³, l'intégration de cet axe au titre du plan Agirc-Arrco a permis la prise en charge financière des actions sur les fonds d'action sociale des régimes de retraite complémentaire.



Un apport expert pour une mise en œuvre concrète

L'objectif du programme a été défini :

- agir concrètement sur l'état bucco-dentaire des rési-
dents pour favoriser un confort oral
- et, au travers, de ce bénéfice ressenti :
- rechercher l'adhésion des résidents et de leurs familles pour une vigilance permanente
- et favoriser la confiance des soignants⁴ dans leur pratique et leur légitimité d'intervention.

Un cahier des charges a précisé la prestation à déployer par des professionnels du secteur (chirurgiens-dentistes) dans chaque établissement autour de quatre axes formant un ensemble cohérent :

- sensibilisation des résidents, de leur famille et des personnels non soignants au bénéfice d'un confort oral,
- formation des personnels soignants aux gestes quoti-
diens et à la vigilance bucco-dentaire,
- dépistage des causes douloureuses,
- accès facilité aux soins de confort.

1. Guide téléchargeable sur <http://www.agircarrco-actionsociale.fr> Documentation > Accompagner le grand âge en perte d'autonomie > Guide.

2. 67 établissements au 31 décembre 2013 dont 63 pour personnes âgées (résidences-services, logements-foyers, domiciles collectifs, Ehpad, USLD, hôpitaux privés gériatriques) et 4 établissements pour personnes en situation de handicap.

3. Voir annexe 1 : Le programme Agirc-Arrco - UFSBD : coûts indicatifs d'intervention.

4. Le terme « soignants » utilisé dans ce guide désigne tout professionnel effectuant des actes directs de soins aux personnes.

Les quatre axes doivent être mis en œuvre dans les établissements de type Ehpad et sanitaires, une version allégée s'appliquant aux établissements de type Ehpa.

62 établissements du parc Agirc-Arrco accueillant des personnes âgées ont ensuite été invités à initier ou à renforcer des partenariats avec des réseaux locaux pour mettre en œuvre le cahier des charges défini. Il s'est avéré que seuls 11 établissements disposaient de réseaux locaux ou de partenariats suffisamment étoffés pour assurer la prestation⁵.

Afin qu'aucun établissement ne reste sans ressource pour initier cet axe, un partenariat a été conclu en 2011 entre l'Agirc, l'Arrco et l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) retenue pour son expérience en matière de programme de santé publique, notamment envers les publics fragilisés, et sa couverture d'intervention nationale *via* ses implantations locales.

Le cahier des charges précédemment cité a ainsi été précisé et enrichi au bénéfice de 51 établissements.

Le tableau ci-après synthétise les objectifs posés, quel que soit le prestataire retenu par l'établissement (réseau local ou UFSBD), et les modalités de déploiement.

Il distingue :

- la prestation attendue selon le type d'établissement :
 - type logement-foyer, résidence-services, domicile collectif
 - ou
 - type Ehpad et sanitaire,
- le socle obligatoire à mettre en œuvre et les prestations optionnelles recommandées.

La convention de partenariat signée avec l'UFSBD a intégré d'emblée la prestation maximale - options incluses - pour les 51 établissements bénéficiaires de son intervention. Le déploiement auprès des établissements a démarré mi-2012 pour s'achever mi-2014.

5. Voir annexe 2 : Le recours aux réseaux locaux dans le parc Agirc-Arrco.

Plan médico-social et sanitaire Agirc-Arrco 2008-2013 / Axe qualité

Santé bucco-dentaire en établissement de retraite ou de soins : contenu de la prestation à mettre en œuvre

Établissement de type logement-foyer, résidence-services, domicile collectif

Type d'action	Mise en œuvre obligatoire ou recommandée	Public	Objectif	Descriptif indicatif	Prestation UFSBD
Sensibilisation	obligatoire	Résidents et familles, Personnel <i>nb/ ouverture aux familles, levier indispensable à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes âgées</i>	Sensibilisation des résidents et des personnels à la santé bucco-dentaire	Réunions d'information, de démonstrations, de questions-réponses à assurer dans l'établissement	1 à 2 réunions (selon effectifs) assurées dans l'établissement Séances d'1h30 avec supports visuels, matériel de démonstration, etc. Si 2 séances nécessaires : elles sont organisées à la suite l'une de l'autre. Formation assurée par un chirurgien-dentiste formateur.
Supports pédagogiques	recommandée	Tout participant aux sessions de sensibilisation	Diffusion et appropriation de l'information	Remise de dépliants d'information et autres supports éventuels permettant l'appropriation des principes de santé bucco-dentaire	Remise de dépliants d'information personnalisés pour le parc Agirc-Arrco Remise aux participants d'un kit d'hygiène bucco-dentaire ou d'un kit d'hygiène <u>bucco-dento-prothétique</u>

Établissement de type Ehpad ou mixte (LF + Ehpad) ou sanitaire

Type d'action	Mise en œuvre obligatoire ou recommandée	Public	Objectif	Descriptif indicatif	Prestation UFSBD
Sensibilisation	obligatoire	Personnel non soignant, résidents et familles <i>nb/ ouverture aux familles, levier indispensable à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes âgées</i>	Sensibilisation des résidents et des personnels non soignants à la santé bucco-dentaire	Réunions d'information, de démonstrations, de questions-réponses à assurer dans l'établissement	1 à 2 réunions (selon effectifs) assurées dans l'établissement Séances d'1h30 avec supports visuels, matériel de démonstration, etc. Si 2 séances nécessaires : elles sont organisées à la suite l'une de l'autre. Formation assurée par un chirurgien-dentiste formateur
Supports pédagogiques	recommandée	Tout participant aux sessions de sensibilisation	Diffusion et appropriation de l'information	Remise de dépliants d'information et autres supports éventuels utiles à l'appropriation des principes de santé bucco-dentaire	Remise de dépliants d'information personnalisés pour le parc Agirc-Arrco Remise aux participants d'un kit d'hygiène bucco-dentaire ou d'un kit d'hygiène <u>bucco-dento-prothétique</u>
Formation	obligatoire	Personnel soignant	Formation des personnels soignants aux principes de l'hygiène bucco-dentaire, à la vigilance sur la santé orale des résidents et aux gestes de confort	Formation théorique et pratique avec mise en situation réelle	Formation théorique et mise en situation pratique lors de séances de 7 heures pour un groupe de 10 à 15 stagiaires max. Formation assurée par un chirurgien-dentiste formateur. Remise de 2 plaquettes pédagogiques de formation par établissement pour le personnel soignant <i>*La mise en situation pratique comporte des tours en chambres qui s'appuient sur la connaissance mutuelle des résidents et des soignants. Ceci conduit à ne pas préconiser de rapprochements d'établissements pour ces formations. Toutefois, pour des raisons organisationnelles, un regroupement entre deux établissements peut éventuellement être envisagé pour la demi-journée théorique.</i>

Type d'action	Mise en œuvre obligatoire ou recommandée	Public	Objectif	Descriptif indicatif	Prestation UFSBD
Dépistage	obligatoire	Résidents	Dépistage de problèmes bucco-dentaires entraînant ou susceptibles d'entraîner des troubles de type douleurs, pathologies, etc.	Sensibilisation des résidents et des familles pour un consentement au dépistage (seuil souhaitable : min. 30 %) Intervention d'un chirurgien-dentiste dans l'établissement avec matériel de dépistage Remise à chaque patient d'un bilan dentaire informatif avec préconisations	Travail sur le consentement des résidents et des familles Intervention d'un chirurgien-dentiste dans l'établissement avec matériel de dépistage Remise à chaque patient d'un bilan dentaire informatif avec préconisations (alerte, si besoin de soins) Création d'un dossier dentaire par résident, laissé à l'établissement dans le dossier de soins <i>L'établissement s'engage à mettre un local à disposition, à détacher un membre du personnel pendant toute la durée de la (ou des) séance(s) de dépistage et à assurer les transferts des résidents vers le praticien</i>
Soins bucco-dentaires de confort	obligatoire	Résidents dépistés désireux d'être traités	Rétablissement d'un confort oral notamment par la suppression ou l'atténuation des causes douloureuses	A minima, orientation des résidents vers des chirurgiens-dentistes sensibilisés aux publics âgés fragilisés, à tarif encadré, avec prise en charge logistique et financière des transferts	Soins assurés dans l'établissement : - lors de vacations de 6 heures - par un chirurgien-dentiste sensibilisé à la pratique auprès des publics âgés fragilisés et fournissant le matériel de soins - sans facturation au résident <i>L'établissement s'engage à mettre un local à disposition, à détacher un membre du personnel pendant toute la durée de la (ou des) séance(s) et à assurer les transferts des résidents vers le praticien</i>

Établissement de type Ehpad ou mixte (LF + Ehpad) ou sanitaire (suite)

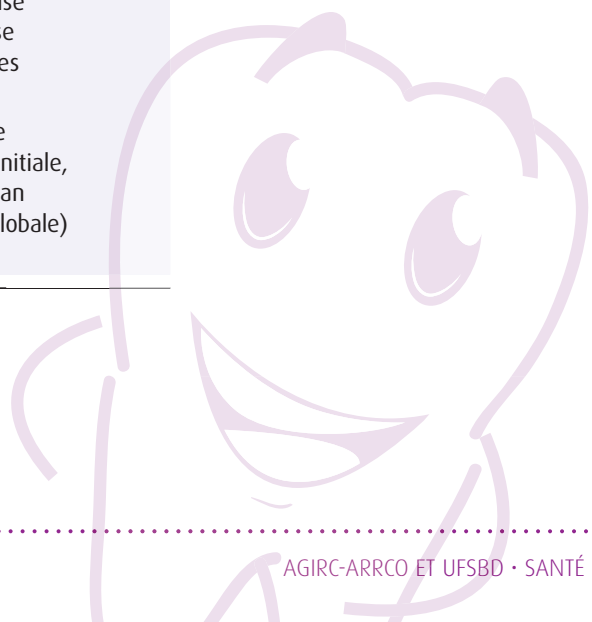
Type d'action	Mise en œuvre obligatoire ou recommandée	Public	Objectif	Descriptif indicatif	Prestation UFSBD
Mise en place de référent	obligatoire	Personnel soignant	Pérennisation des conditions de bonne santé orale des résidents	Désignation d'au moins un référent en santé et confort oral dans l'établissement pour instaurer ou maintenir une veille bucco-dentaire pérenne auprès des résidents Accompagnement de ce référent par le chirurgien-dentiste formateur : - communication des principes - fourniture et accompagnement sur les outils de veille	Accompagnement (principes et outils), par le chirurgien-dentiste formateur, du ou des référents mis en place dans l'établissement : - ouverture d'un dossier de suivi dentaire, - évaluation des pratiques professionnelles, - soutien dans le déploiement du projet d'établissement sur la santé bucco-dentaire des résidents. <i>Le(s) référent(s) seront désignés lors du contact préalable avec la direction ou identifié(s) pendant la formation.</i>
Évaluation	recommandée	Prestataire et commanditaire	Suivi de la santé bucco-dentaire des résidents Étude des conditions favorables au maintien d'un confort oral chez les personnes âgées en établissement	Étude des impacts de la formation : - analyse de l'acquisition des connaissances - analyse de la satisfaction du personnel Étude de la santé bucco-dentaire des résidents Analyse et évolution des pratiques	Évaluation « formation » : La prestation comprend la saisie et l'analyse des données. Chaque directeur d'établissement reçoit un bilan de la formation mise en œuvre. Un rapport de bilan par établissement, par département et global est remis au commanditaire. Évaluation « dépistage » : Bilan avec analyse statistique issue des données de la campagne de dépistage sur l'ensemble des établissements couverts, remis sous forme de rapport global sur l'état de santé orale des résidents dépistés (étude épidémiologique).

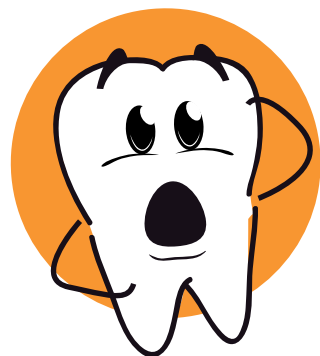
Évaluation des « pratiques » :

Le référent désigné sert de relais pour l'auto-évaluation initiale des pratiques avec les outils fournis par l'UFSBD (questionnaires).

Le chirurgien-dentiste accompagne la mise en place de l'évaluation initiale et la mise en place d'outils d'évaluations périodiques de la santé bucco-dentaire des résidents

La prestation prévoit la saisie et l'analyse des questionnaires de l'auto-évaluation initiale, ainsi que la rédaction d'un rapport de bilan (rapport par établissement et synthèse globale)





La santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement : un constat préoccupant

Auteurs : Dr Anne ABBÉ DENIZOT, Dr Françoise COTON-MONTEIL, Dr Benoît PERRIER, Danielle GRIZEAU-CLEMENS

Analyse de 358 dépistages dans les établissements Agirc-Arrco (synthèse)¹

Cette enquête a été initiée par l'UFSBD et l'Agirc-Arrco. Ses objectifs étaient d'une part de réaliser un bilan de la santé bucco-dentaire des personnes résidant dans les établissements Ehpad Agirc-Arrco, et d'autre part d'évaluer les besoins nécessaires pour le maintien de cette santé à un niveau compatible avec une qualité de vie et d'alimentation satisfaisantes pour les personnes concernées.

Lors de notre enquête, nous avons observé les habitudes d'hygiène des résidents et évalué les problèmes rencontrés. Il nous a ainsi été possible de constater les conséquences de ces difficultés dans le maintien d'une hygiène bucco-dentaire suffisante.

Nous avons noté plusieurs facteurs ayant une influence déterminante. Le niveau d'autonomie du patient, sa capacité masticatoire, qui conditionnent le groupe de soins auquel il va appartenir, et le type d'alimentation adopté sont les facteurs les plus importants dans l'évaluation du résident. Les données de l'enquête ne sont pas détaillées dans cette partie mais sont disponibles en annexe de cet ouvrage.



Méthodologie de l'étude

L'échantillon est composé des personnes âgées résidant dans les établissements Agirc-Arrco et ayant bénéficié, après consentement écrit, des actions de dépistage des besoins de soins bucco-dentaires par l'UFSBD. Trois cent cinquante-huit fiches de dépistages ont été recueillies sur un an, d'octobre 2012 à octobre 2013, dans 13 établissements. Elles constituent l'échantillon de l'enquête.



Choix des indicateurs

Pour dresser le bilan carieux, nous avons noté, dent par dent, chacune des composantes qui permettent de calculer l'indice CAO :

- C = dent cariée
- A = dent absente
- O = dent obturée

avec, en sous catégorie de composante C, l'indice R = dent à l'état de racine.

1. Voir annexe 3 : intégral du bilan dépistage.

Nous avons relevé le classement GIR (Groupe Iso Ressources) des personnes.

Nous avons ensuite réparti les personnes dans des groupes d'étude par **typologie de soins** comme suit :

- Les patients du **groupe d'étude 1** n'ont besoin que d'un suivi sans soin et d'une **maintenance**.
- Les patients du **groupe d'étude 2** ont besoin de soins bucco-dentaires et d'un suivi pouvant être assuré en milieu ordinaire (**cabinet de ville**).
- Les patients du **groupe d'étude 3** ont besoin de soins en **milieu spécialisé** (centre hospitalier...).
- Les patients du **groupe d'étude 4** sont ceux pour lesquels une **abstention thérapeutique** est appliquée. Ces patients ont besoin de soins mais on prendra la décision de ne pas les mettre en œuvre. C'est une décision prise en concertation avec la personne et tous les membres de l'équipe médicale. Cette décision peut être temporaire. Prenons l'exemple d'une racine résiduelle non infectée sur une personne âgée totalement grabataire et pour qui le déplacement en milieu hospitalier serait un risque majeur. On peut décider de laisser cette racine en place et de surveiller son évolution.



1. Description de l'échantillon observé

Trois cent cinquante-huit (358) personnes sont concernées par l'enquête. Le sex-ratio est de 0,35 (26 % d'hommes, 74 % de femmes). L'âge moyen est de 83 ans, les femmes (85 ans) étant en moyenne plus âgées que les hommes (75 ans)². Le GIR moyen est de 3,55.

Répartition de l'échantillon par classe d'âge (en %)

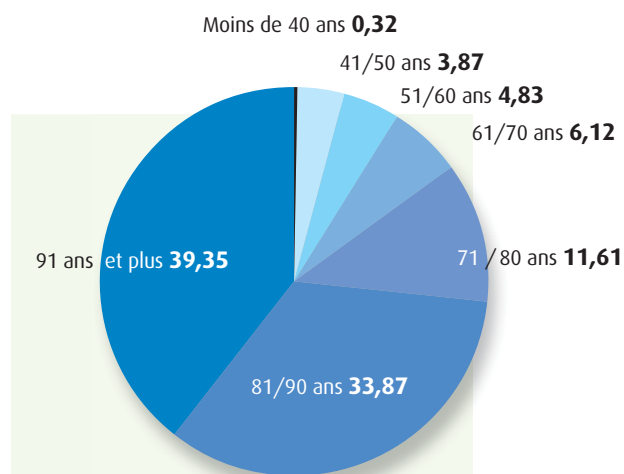


Figure 1
(Réf. Étude intégrale : tableau 1 « population »)

2. L'enquête intègre 9 % de résidents de moins de 60 ans. Ceci est dû à l'accueil, dans l'un des établissements, de personnes atteintes notamment de sclérose en plaque. Leur présence ne modifiant pas les résultats de l'étude de façon significative, les données les concernant ont été conservées.



2. Répartition des pathologies générales³

La répartition des pathologies appelle quelques commentaires relatifs à l'observation des règles d'hygiène bucco-dentaires et aux conséquences qu'elles peuvent avoir.

Les démences, dépressions, maladies d'Alzheimer et AVC cumulés, représentent 47 % des pathologies. Les patients concernés auront des difficultés à prendre seuls en charge leur hygiène. Ils devront souvent être accompagnés.

Répartition de l'échantillon par pathologie (en %)

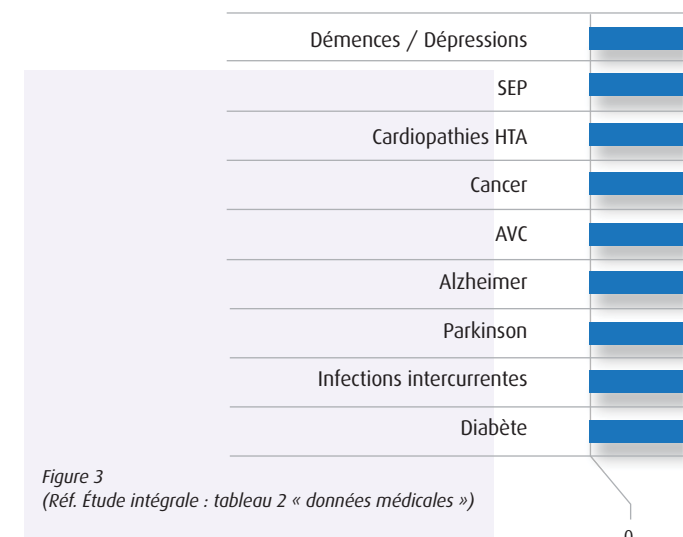


Figure 3
(Réf. Étude intégrale : tableau 2 « données médicales »)

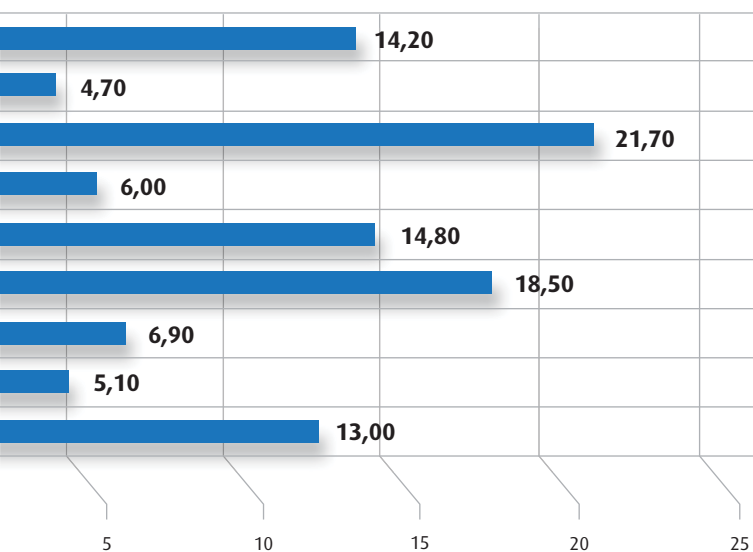
3. Nous retrouvons sensiblement les mêmes résultats que ceux relevés dans l'enquête de la Drees réalisée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 : Dossiers Solidarité et Santé n°22 - 2011.



3. Observations sur l'état d'hygiène

Les patients souffrant d'AVC ou de SEP sont significativement plus jeunes que l'ensemble des patients étudiés. Cela aura une influence sur leur capacité à maintenir leur hygiène bucco-dentaire de façon autonome en fonction du handicap moteur associé.

1 patient sur 5 souffre de maladie cardio-vasculaire et 13 % de diabète. Dans ces pathologies, le risque induit par une mauvaise hygiène est important, de même que pour les patients atteints d'infections intercurrentes.



En ce qui concerne l'hygiène, il est constaté la présence de plaque dentaire en grande quantité sur 19,5 % des résidents et de tartre en grande quantité sur 17 % d'entre eux. Pour 10,6 % des personnes, les appareils sont très mal nettoyés.

En ce qui concerne l'état parodontal, 52 % ont des problèmes de parodonte (dont 19 % sont importants) et 10 % présentent des mobilités dentaires.

72 % des patients s'occupent eux-mêmes de leur hygiène ; 14,5 % ont besoin d'aide. Pour 13 % d'entre eux, le brossage est entièrement pris en charge par les aidants. Les chiffres sont pratiquement les mêmes en ce qui concerne l'entretien des prothèses, sachant que près d'un tiers des résidents (32 %) ont une prothèse adjointe et un quart ont une prothèse totale (23,3 %).

Il faut souligner la meilleure qualité de l'hygiène des patients atteints de cardiopathies et d'HTA même si ces patients sont très âgés.

Protocole d'hygiène (en %)

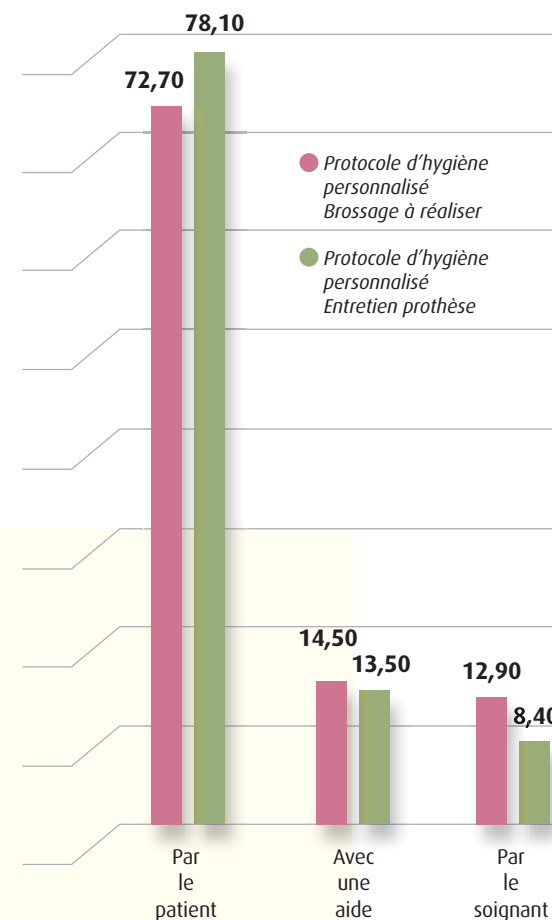


Figure 4
(Réf. Etude intégrale : tableau 8 « protocole d'hygiène »)



4. GIR, typologie de soin et hygiène bucco-dentaire

Parmi les personnes hébergées, la typologie des groupes d'étude concernant les soins se répartit comme suit :

- **Le groupe 1** (40,8 % des patients) : suivi sans soin et maintenance.
- **Le groupe 2** (46,4 % des patients) : soins bucco-dentaires et suivi pouvant être assurés en cabinet dentaire.
- **Le groupe 3** (10,4 % des patients) : soins en milieu hospitalier.
- **Le groupe 4** (2,4 % des patients) : abstention thérapeutique.

Typologie de l'échantillon
(en %)

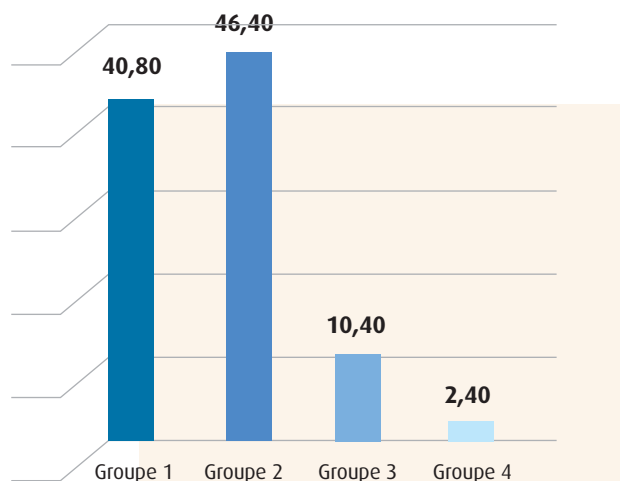


Figure 5
(Réf. Étude intégrale : tableau 7 « besoins de soins »)

Le Groupe Iso-Ressources (GIR) moyen, dans les groupes d'étude 3-4, est le plus bas à 2,38. Plus le patient est dépendant, plus le besoin en soins est difficile à prendre en charge. Dans les groupes d'étude 1 et 2, le GIR moyen se situe au-dessus de 4 : l'autonomie de ces résidents est un facteur favorable à un maintien de l'hygiène en autonomie.

Groupe Iso-Ressources moyen par typologie

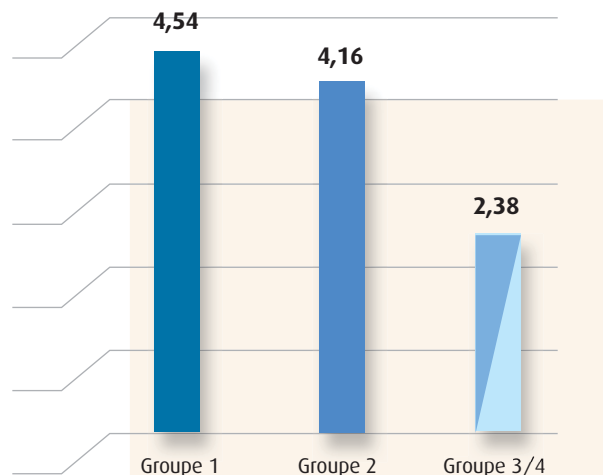


Figure 6
(Réf. Étude intégrale : tableau 9 « influence du GIR »)

Selon la typologie, 93 % des patients se brossent les dents seuls dans le groupe 1 alors qu'ils sont seulement 16,7 % à pouvoir le faire dans le groupe 3-4.

Typologie et autonomie
(en %)

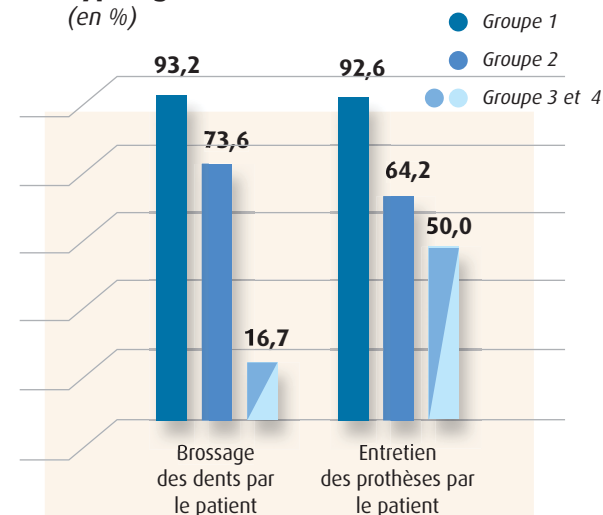


Figure 7
(Réf. Étude intégrale : tableau 15 « typologie et autonomie »)

Influence du Groupe Iso-Ressources

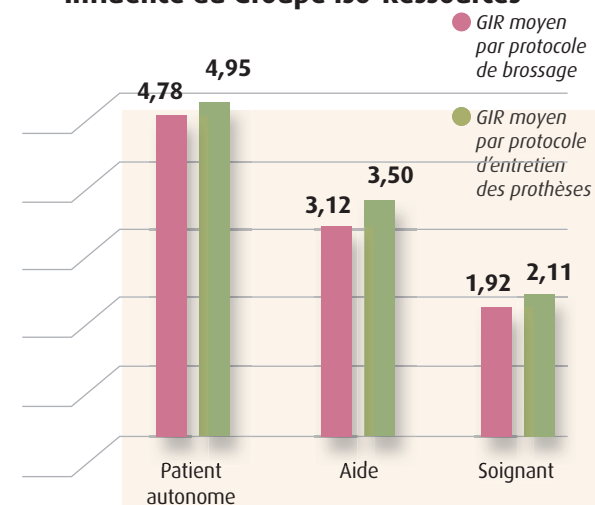


Figure 8
(Réf. Étude intégrale : tableau 9 « influence du GIR »)

Les résidents autonomes dans le domaine de l'hygiène dentaire ont un GIR moyen supérieur à 4,78. Les résidents aidés ont un GIR moyen à 3,12 et les résidents totalement assistés ont un GIR moyen de 1,92. Le constat est sensiblement le même pour l'entretien des prothèses.

De même, la qualité de l'hygiène interagit avec le besoin de soins et la typologie. Les résidents du groupe 1 ont une meilleure hygiène : 62 % n'ont pas de plaque dentaire, 72 % n'ont pas de tartre et 96 % ont une prothèse propre. Dans les groupes 3 et 4, seuls 17 % ne présentent pas de plaque dentaire, 14 % n'ont pas de tartre et les prothèses sont correctement nettoyées pour 77 % d'entre-eux.

Le classement GIR reflétant une perte d'autonomie, il est logique de constater la perte de capacité à maintenir une hygiène de qualité et la nécessité de mise en place d'une aide à l'hygiène par le personnel soignant lorsque le GIR diminue.

Typologie et hygiène (en %)

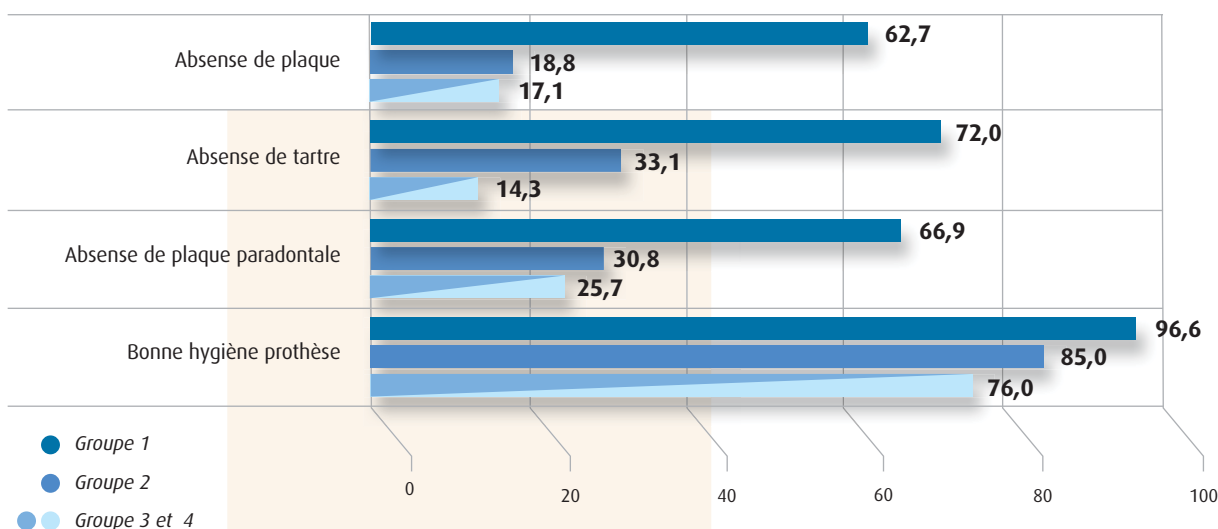


Figure 9
(Réf. Étude intégrale : tableau 12 « typologie et hygiène »)



5. Les besoins en soins

Parmi les personnes examinées, les besoins se répartissent de la manière suivante :

- **14,2 % : besoin de soins d'urgence** (pour douleur, blessure, infection ou mobilité),
- 39,6 % : besoin de détartrage,
- **37,6 % : besoin de soins de carie,**
- **26,6 % : besoin d'extractions,**
- 33,4 % : besoin de prothèse.

Besoins de soins (en %)

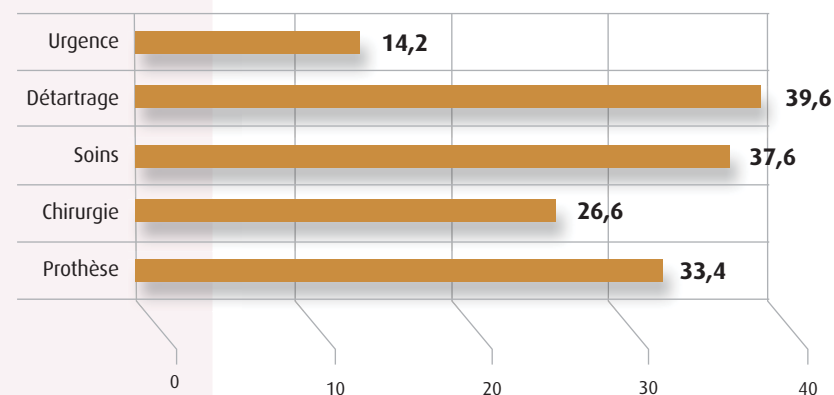


Figure 10
(Réf. Étude intégrale : tableau 7 « besoins de soins »)

5. Les besoins en soins (suite)

26,9 % des personnes déclarent avoir des problèmes bucco-dentaires (douleur ou gêne au niveau de la bouche). 57 % des résidents ont besoin de soins dentaires, sans pour autant qu'il y ait une plainte exprimée par le patient, d'où une nécessité de vigilance plus grande des personnels soignants.

Les urgences concernent essentiellement le groupe 2 et le groupe 3. Il en est de même pour le besoin en soins. Ces personnes nécessitent plus de surveillance.

Les urgences du groupe 1 sont liées à des pathologies des tissus mous ne nécessitant pas d'actes cliniques mais des prescriptions ciblées et des soins d'entretien.

Besoin de soins en urgence
(en %)

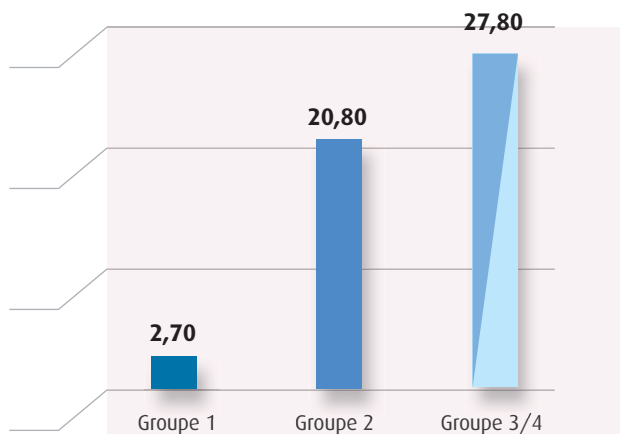


Figure 11
(Réf. Étude intégrale : tableau 14 « typologie et état des dents »)

On note beaucoup moins de douleurs ressenties dans le groupe 1. Les groupes 2 et 3 ont des résultats très proches avec 35,7 et 37,5 % de perceptions douloureuses.

Des pathologies buccales suspectées de type candidose, lichen, leucoplasie ou blessures ont été relevées pour 4 à 9 % des résidents. L'atteinte des muqueuses est la plus présente avec 9,1 % de personnes touchées.

Une absence de plainte du patient ne signifie pas une absence de besoin de soins. A contrario, quand la plainte existe, c'est un signe d'urgence dentaire dans 72 % des cas.

Perception de la douleur
(en %)

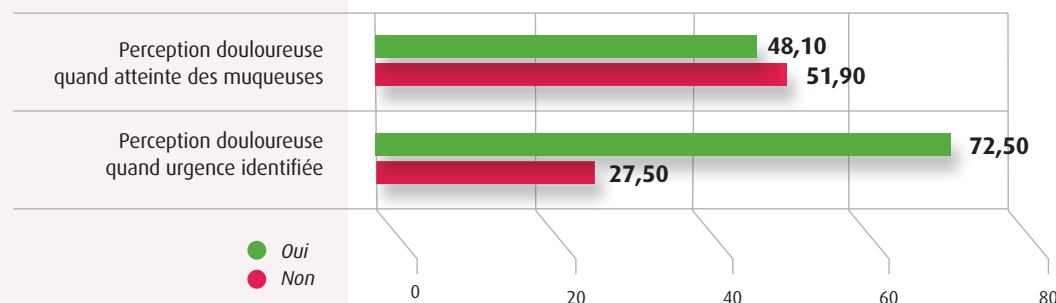


Figure 13
(Réf. Étude intégrale : tableau 10 « perception de la douleur »)

Perception douloureuse par typologie
(en %)

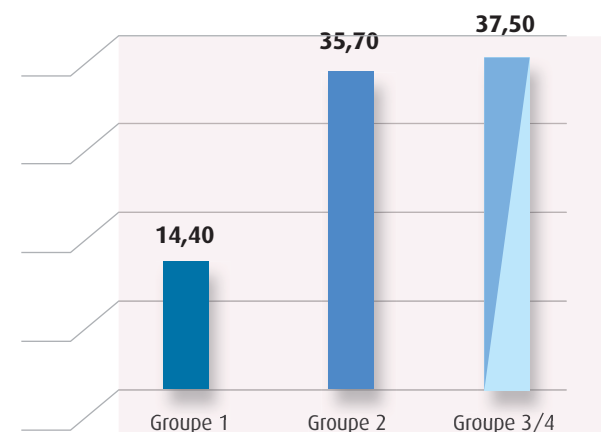


Figure 12
(Réf. Étude intégrale : tableau 10 « perception de la douleur »)



6. L'indice CAO et ses composantes

Ce sont les dents absentes qui représentent la majeure partie du CAO-R (CAO moins R) et du CAO. Le CAO-R est le CAO auquel on a retranché le nombre de racines encore présentes en bouche. Ces dents à l'état de racines sont inactives sur le plan masticatoire. Elles ne nécessitent pas forcément d'être extraites si aucun remplacement prothétique n'est envisagé.

32 % des résidents ont une prothèse adjointe et 23 % une prothèse totale.

Dents absentes non remplacées
= 9,32 ($\pm$ 8,85). Ce chiffre est élevé.

Caries non traitées
= 1,37 ($\pm$ 2,63).

Racines résiduelles
= 1,16 ($\pm$ 2,39).

Modalités	Moyenne	Écart-type
Saines	6,01	6,61
Cariées	1,37	2,63
Absentes	16,34	9,08
Obturées	1,41	2,21
Racines	1,16	2,39
CAO moins R	19,13	8,17
CAO	20,29	8,20
Dents personnelles	9,34	8,76
Dents personnelles + prothèse	18,71	9,38
Absentes non remplacées	9,32	8,85

Figure 14
(Réf. Étude intégrale : tableau 6 « indice CAO et ses composantes »)



7. Coefficient masticatoire et alimentation

Plus d'un résident sur cinq (22,8 %) a une alimentation mixée ou molle. Plus des trois quarts (77 %) des résidents conservent une alimentation normale.

Le type d'alimentation et la capacité masticatoire sont liés.

Alimentation et état bucco-dentaire

En moyenne, le besoin en soins est d'au moins une à deux dents cariées et une racine résiduelle.

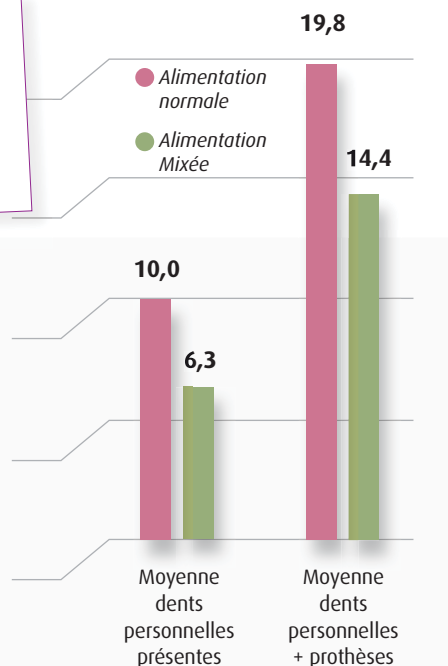


Figure 15
(Réf. Étude intégrale : tableau 14 « typologie et état des dents »)

CAO moyen et typologie

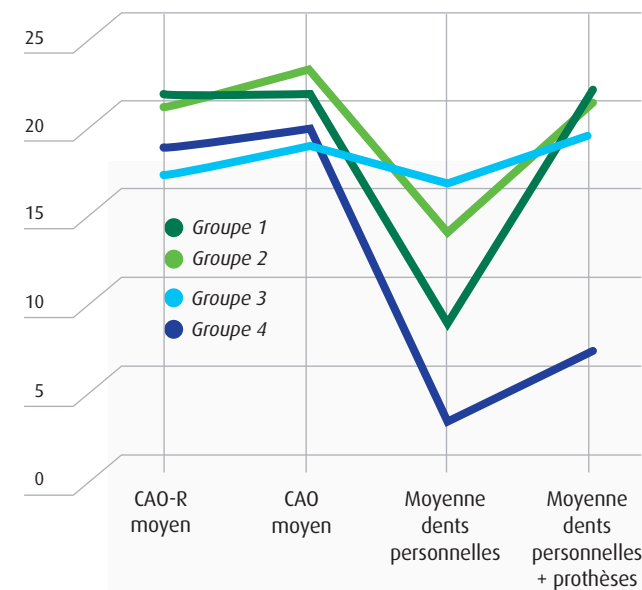


Figure 16
(Réf. Étude intégrale : tableau 14 « typologie et état des dents »)

Plus la perte de capacité masticatoire est grande, plus l'alimentation est mixée, plus le résident se situe dans un groupe au sein duquel la prise en charge des soins risque d'être difficile et plus son état général risque d'être altéré.

7. Coefficient masticatoire et alimentation (suite)

Dans le groupe 3-4, 57,6 % des patients ont une alimentation mixée. En moyenne, le nombre de dents personnelles + prothèses est inférieur à celui des résidents des autres groupes.

Tous ces facteurs vont fragiliser l'état dentaire et l'état général, et nécessiter une attention plus grande de la part des soignants.

Alimentation mixée
(en %)

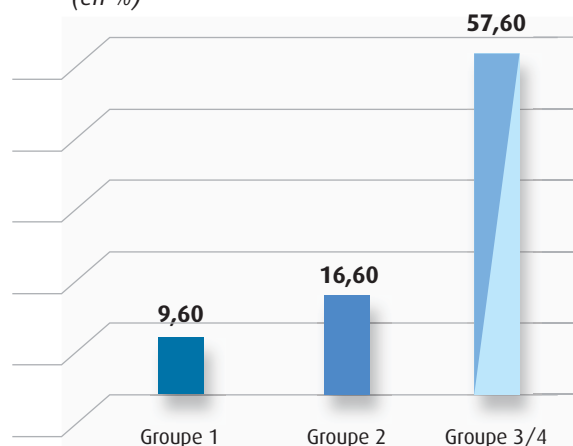


Figure 17
(Réf. Étude intégrale : tableau 11 « typologie et alimentation »)

L'alimentation mixée signifie une mastication diminuée, un auto nettoyage naturel moins performant et une stagnation des aliments avec des dépôts dentaires.



8. Discussion

Les objectifs de cette enquête ont été atteints :

- constat d'un état bucco-dentaire nécessitant une prise en charge thérapeutique pour 57 % des résidents, et en urgence pour 14 % d'entre eux ;
- dans 72 % des cas, une plainte signe une urgence ;
- constat d'une nécessité d'aide à l'hygiène partielle ou totale pour 27 % des résidents.

Cette enquête amène plusieurs constats.

Dans un Ehpad, les personnes âgées sont déjà en état de dépendance. Les équipes médicales et tout le personnel accompagnant ont pour objectif de maintenir au mieux l'état de santé des résidents grâce à une **bonne hygiène** et à une **surveillance adaptée** à chaque personne.

Plusieurs facteurs sont très influents dans cette problématique : l'état de santé de la personne, son type d'alimentation, sa dépendance caractérisée par le classement **GIR**, son groupe de prise en charge des soins bucco-dentaires, et sa capacité à prendre en charge son hygiène bucco-dentaire.

L'état de santé général et les pathologies vont avoir une influence. Le diabète, les infections et les cardiopathies sont des pathologies où le risque induit par un mauvais état dentaire est un facteur aggravant. La maladie d'Alzheimer, les **AVC**, la **SEP**, la maladie de Parkinson, les démences et les dépressions sont des pathologies pour lesquelles les facultés à maintenir l'hygiène diminuent avec l'avancée de la maladie et de l'âge.

Maintenir l'état bucco-dentaire permet de garder un coefficient masticatoire suffisant pour conserver un mode d'alimentation normale. **Le type d'alimentation va être un facteur influent.** Une alimentation normale

et équilibrée contribue à la bonne santé des personnes alors que la dénutrition est un facteur d'augmentation de la dépendance. Quand les dents non remplacées sont trop nombreuses et que le coefficient masticatoire est trop faible, la consistance de l'alimentation doit être modifiée, d'où une perte en qualité gustative et une augmentation du risque carieux. En effet, l'alimentation mixée stagne et crée des dépôts plus difficiles à nettoyer. Pratiquer les gestes quotidiens du brossage et du nettoyage des prothèses est encore plus important dans cette situation.

Les personnes classées en **GIR 1** et **2** sont dans un état de dépendance important. Dans ces groupes **GIR**, les patients sont plus nombreux à rencontrer des difficultés à réaliser les gestes d'hygiène bucco-dentaire de façon autonome. L'équipe devra être plus attentive et prendre part activement pour accompagner les personnes dans ce geste quotidien.

La **typologie de soin** est également un critère à prendre en compte. Les personnes du groupe d'étude 1 n'ont besoin que de maintenance et de surveillance. Les personnes du groupe d'étude 2 ont besoin de soins et peuvent y accéder en milieu ordinaire. Les personnes du groupe d'étude 3 ont besoin de soins en milieu spécialisé (Centre ressource ou milieu hospitalier). Les personnes du groupe d'étude 4 ont besoin de soins mais, pour elles, il a été décidé une abstention thérapeutique. Les personnes de **GIR** supérieur ou égal à 3 sont plus souvent classées dans les groupes d'étude 1 et 2. Pour les **GIR 1** et **2**, le nombre de personnes du groupe d'étude 3 et 4 est nettement plus important. Ce sont des groupes qui devront être particulièrement pris en charge de façon organisée.

L'hygiène bucco-dentaire est un acte quotidien qui, correctement réalisé, va permettre de diminuer le risque carieux. Les personnes pourront rester dans le groupe 1 (maintenance), et les personnes du groupe 2, après la réalisation des soins, pourront repasser en groupe 1. Cela concerne l'ensemble des résidents de l'Ehpad. Si la personne est autonome, pour autant, elle n'est pas toujours motivée. Son histoire, ses habitudes et l'attention que la personne porte à son apparence vont influencer sur son comportement. Par exemple, une personne déprimée sera capable de se brosser les dents mais n'en aura pas la volonté. C'est là que l'implication de l'équipe va jouer son rôle. L'accompagnement de cette personne par l'équipe soignante permettra de la motiver suffisamment pour que le brossage des dents soit fait régulièrement.

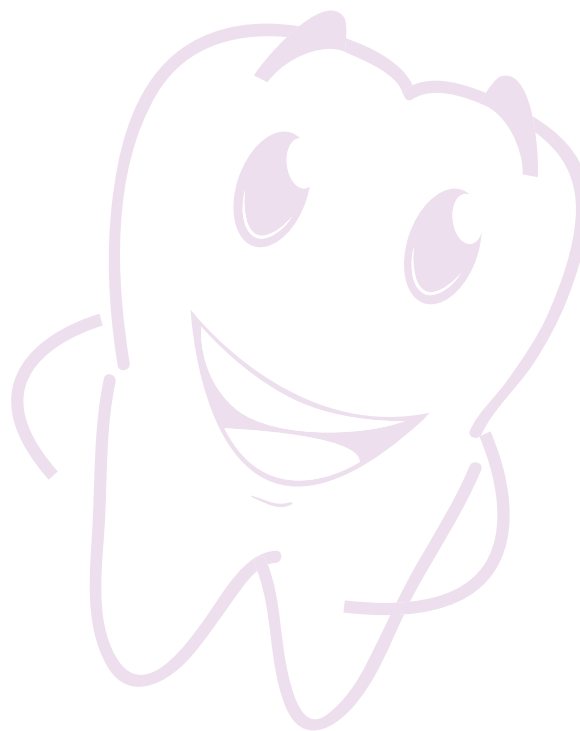
Évidemment, les personnes ayant des difficultés motrices seront elles aussi en difficulté pour effectuer le brossage et l'hygiène prothétique. Les équipes doivent être attentives pour repérer les personnes non autonomes et les accompagner.

L'amélioration de l'hygiène quotidienne est un levier important pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vivant en Ehpad. Les établissements doivent se donner les moyens en nommant un correspondant en santé orale (CSO). Cette personne apportera un suivi du projet de santé bucco-dentaire pour accompagner et encourager les équipes dans la surveillance, la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire et assurer aussi le suivi des résidents.

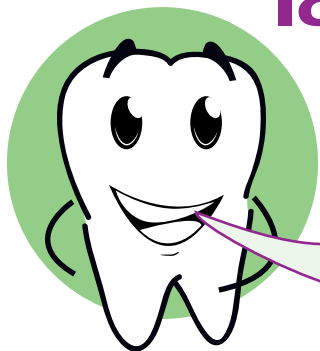
En complément, la formation des équipes et la mise en place de protocoles individualisés, rédigés en équipe, faciliteront le suivi de l'hygiène bucco-dentaire de ces

personnes. Des dépistages réguliers permettront de repérer les blessures, de suivre l'état bucco-dentaire et de réajuster les protocoles d'hygiène régulièrement.

Le maintien d'un bon état bucco-dentaire est une nécessité pour maintenir une bonne santé générale et une bonne qualité de vie.



Améliorer durablement la santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement



Recommandations

Le vieillissement inéluctable de la population a pour conséquence l'augmentation importante du nombre de personnes en situation de fragilité voire de perte d'autonomie. La mise en évidence du lien entre la moindre autonomie de ces personnes et leur mauvais état de santé bucco-dentaire invite à engager des actions de prévention et de soins auprès de ces publics particulièrement fragilisés.

En France, à côté du système de soins de ville, il n'existe ni structures spécialisées, ni personnel soignant spécifiquement formé pour les soins bucco-dentaires aux personnes âgées. Les services d'odontologie des facultés dentaires ne sont pas présents dans tous les hôpitaux et, lorsqu'ils existent, rares sont ceux qui peuvent consacrer une partie de leur activité au suivi longitudinal des personnes âgées.

Dans tous les cas, la problématique d'accès aux soins est clairement identifiée pour les personnes hébergées en Ehpad.

Le déficit d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées a d'importantes répercussions sur leur qualité de

vie : mauvaise haleine, perte du goût, blessures des muqueuses, douleurs, repli social.

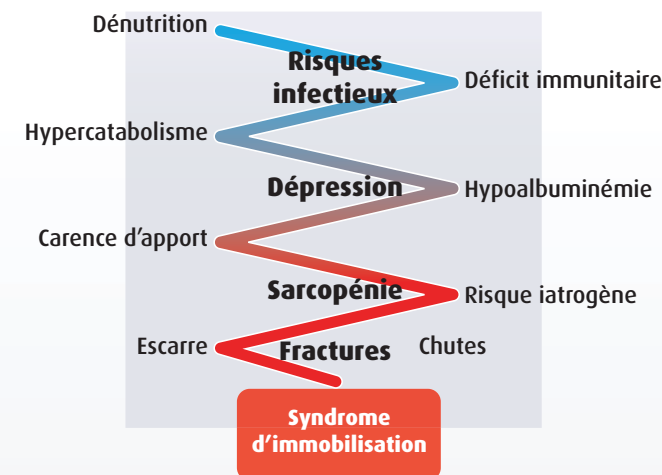
Même si la baisse des capacités physiques, liée à la dépendance, est le plus souvent responsable de cette mauvaise hygiène, le manque de formation des personnels encadrants, sur cette problématique, est souvent pointé du doigt dans les différentes enquêtes qui ont pu être réalisées.

Améliorer et conserver la santé bucco-dentaire des personnes âgées jusqu'au bout de la vie est donc un enjeu de santé publique capital. Les bénéfices médicaux, psychologiques et sociaux induits sont multiples :

- prévention du capital « dent » et du risque de surinfection,
- lutte contre la dénutrition,
- restauration de l'image corporelle et de l'estime de soi,
- restauration de la relation aux proches et aux professionnels,
- préservation de la dignité.

La Haute Autorité de santé a dressé, en 2010, un état des lieux des programmes de prévention bucco-dentaire en France, et proposé des stratégies de prévention adaptées aux différents publics ciblés¹.

La spirale de la dénutrition



De façon générale, il ressort que les acteurs de la prévention et les processus de mise en œuvre des stratégies de prévention de la carie sont multiples et nécessitent d'être coordonnés au sein d'une politique de prévention.

En Ehpad, une évaluation initiale du risque carieux des personnes âgées doit être réalisée, à l'entrée dans l'établissement, par un personnel soignant formé. Un bilan bucco-dentaire systématique, réalisé par un chirurgien-dentiste, est recommandé.

1. « Stratégies de prévention de la carie dentaire », argumentaire et recommandations en santé publique, Haute Autorité de santé, mars 2010.

Il apparaît également indispensable que les professionnels de santé et les personnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes dispensent des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire. La formation continue doit leur permettre d'acquérir les méthodes pour accompagner les personnes âgées dans les gestes d'hygiène bucco-dento-prothétique quotidiens.

Par ailleurs, le Programme national nutrition santé 2011-2015 est un plan de santé publique visant à améliorer la santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. L'axe 3 de ce programme prévoit d'organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient, afin de diminuer la prévalence de la dénutrition, notamment chez les personnes âgées.

Dans ce cadre, la sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé et des aidants, à la question de la dénutrition (personnes âgées, personnes souffrant de pathologies, y compris les enfants, populations précaires...), est un objectif prioritaire qui doit se traduire par le développement d'actions de promotion de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

En établissement, il faut privilégier la prévention, c'est-à-dire les solutions en amont qui permettront de limiter les besoins de soins en aval.

Il s'agit :

- d'une part d'amener le personnel d'encadrement à soutenir le personnel soignant des Ehpad pour assurer les gestes d'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie,
- d'autre part de développer des programmes complets de prévention bucco-dentaire, comprenant la sensibilisation et la formation du personnel aidant et soignant, le dépistage et l'orientation vers la structure correspondant au besoin.

Chaque Ehpad peut ainsi développer un projet d'établissement spécifique et adapté à son mode de fonctionnement interne.

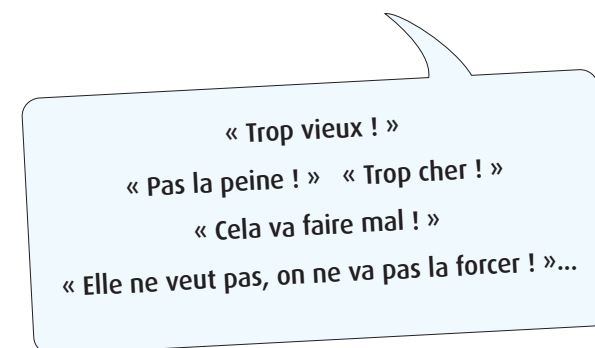
Il est indispensable qu'il puisse être partagé par tous les professionnels de santé s'occupant des résidents :

- toute l'équipe éducative et soignante, impliquée au quotidien pour l'apprentissage et la mise en place de gestes d'hygiène essentiels à la prévention des risques carieux,
- le médecin traitant,
- les chirurgiens-dentistes dépisteurs, garants de l'orientation des soins, suite au dépistage bucco-dentaire des patients,
- mais aussi les familles.

La réussite de cette démarche en Ehpad suppose, toutefois, le respect de quelques points clés essentiels :

- l'engagement de l'établissement : direction, cadres de santé et personnel encadrant ;
- la mise en place d'une personne ressource au sein de chaque équipe soignante ;
- une équipe formée et impliquée au sein de l'Ehpad ;
- le renouvellement régulier des formations pour faire face au *turnover* du personnel.

La direction et l'équipe soignante seront alors en mesure de lutter contre les idées reçues les plus courantes :





Améliorer la santé orale chez les résidents en Ehpad, par la formation

REGIES 95



En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la formation des soignants et la trans-professionnalité¹ sont la clef de voûte de toute action en faveur de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents. C'est ce que montrent les résultats d'une étude-action financée et soutenue par Réunica, lancée en 2007 au sein du Réseau gérontologique inter-établissements et services du Val-d'Oise (REGIES 95).

Un dispositif inédit

Une collaboration réunissant un réseau de 70 Ehpad, une équipe hospitalo-universitaire et libérale ainsi que des enseignants-chercheurs en sciences de l'éducation, a vu le jour en 2006. Cette collaboration a débouché, dans un premier temps, sur une large étude-action mesurant, à court et moyen termes, l'effet de la formation du personnel soignant sur l'état de santé orale des résidents. L'originalité de l'évaluation est qu'elle a pu porter sur la santé même des résidents : cet indicateur essentiel, rarement rencontré dans les études publiées, atteste du bien-fondé de la démarche menée au sein du réseau.

Dans un second temps, l'équipe pédagogique et le REGIES 95 ont pu mettre en place un plan de formation des référents-formateurs en santé et confort oral. Chargés de former à leur tour leurs collègues, les référents-formateurs ont également un rôle de coordinateur pour la santé orale des résidents, en lien avec le médecin coordonnateur, les chirurgiens-dentistes, le cadre de santé et le directeur de l'établissement².

Les principes didactiques et les valeurs de la formation

Préparée dès 2005, l'étude-action de formation destinée aux soignants s'est déroulée entre 2007 et 2008 avec une attention particulière portée au montage pédagogique.

Au plus proche du quotidien des résidents, les soignants ont été identifiés comme les acteurs centraux et stratégiques de toute action en faveur de la santé orale des résidents. L'intervention de chirurgiens-dentistes doit se faire en fonction des besoins de soins pour une guidance dans le dépistage et les soins infirmiers, sur la prophylaxie et la prise en charge des patients.

D'après des études internationales, la formation des soignants a le plus souvent des effets peu rémanents dans le temps, conséquences du *turnover* des équipes et de la difficulté *a priori* du sujet. Il était donc capital d'avoir un dispositif suffisamment efficient et bénéficiant d'un suivi dans le temps, pour promouvoir une authentique refondation des pratiques : l'instauration d'une vraie culture de santé orale.

En tant que formateurs, dotés de 8 ans d'expérience sur le terrain, nous pouvons témoigner que les difficultés que l'on nous objectait aux premières formations (tabou, manque de temps) ne sont plus mentionnées désormais. Au contraire, les soignants proposent et intègrent d'emblée des solutions.

Notre autre principe a été de penser réellement ces formations comme une rencontre entre experts (les chirurgiens-dentistes gérontologues d'un côté et les soignants de l'autre) et non comme un processus de transmission verticale. À l'opposé d'un processus normatif, cette démarche a fait l'objet d'une co-élaboration à partir des besoins du terrain et du *corpus* de l'odontologie. La finalité étant d'aboutir à un « juste soin » pour la préservation de la santé orale des résidents.

1. Conception relationnelle et interactive des professionnels de santé remplaçant l'Homme (le patient) au centre de l'action globale des équipes.
2. Le déroulement et les résultats de cet ambitieux dispositif de terrain ont fait l'objet d'une évaluation scientifique et d'une présentation au congrès de l'IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics) en 2009.



Améliorer la santé orale chez les résidents en Ehpad, par la formation

REGIES 95



Session de formation
à Saint-Ouen-l'Aumône

Le temps et le soin apportés à la formation pédagogique et odontologique, deux compétences distinctes et complémentaires, sont déterminants dans un tel programme.

Une étude-action mesurant l'effet de la formation directement sur la santé des résidents

Le dispositif de formation a été évalué à l'aide d'indicateurs standardisés : état de santé orale des seniors, qualité de vie, connaissances et pratiques de santé bucco-dentaire. Cette évaluation s'est déroulée avant et après intervention de la formation standardisée auprès des soignants ; un groupe témoin a servi aux comparaisons. Des actions pilotes ont été également menées parallèlement, d'abord auprès des résidents les plus autonomes sous la forme d'ateliers d'éducation thérapeutique, ensuite, en ville, auprès d'un service de soins à domicile.

Quatorze Ehpad ont été répartis aléatoirement en un groupe « intervention » recevant la formation des soignants et un groupe « témoin » : 333 résidents âgés de 65 ans et plus ont été examinés initialement, 304 à 6 mois et 297 à 1 an.

À 6 mois, le groupe « intervention » présentait les caractéristiques suivantes : moins de plaque dentaire et moins de tartre, moins de caries (indice C du CAO), une situation moins sévère, notamment au niveau parodontal, des prothèses nécessitant moins de soins, mieux adaptées, plus propres, avec une meilleure hygiène. À 1 an, l'hygiène des prothèses était jugée meilleure dans le groupe « intervention », mais sans différence déjà notable concernant la qualité de vie. Pour la maladie carieuse, l'indice CAO évoluait notablement moins vite. S'il augmentait d'environ 0,5 unité dans le groupe « intervention », son augmentation était d'environ 2 unités dans le groupe « témoin », soit une progression 4 fois plus rapide. Au vu des résultats positifs, et pour des raisons éthiques, le programme complet de formation a été mis en place, en fin d'étude, pour les établissements « témoins ».

Ces évaluations ont montré une amélioration globale de l'hygiène (des personnes et des prothèses). Les maladies parodontales ont semblé s'exprimer avec moins de gravité et la progression de la carie a été freinée (effet « parachute »). Ces résultats expérimentaux positifs ont encouragé le développement de cette action de formation dans l'ensemble des Ehpad du REGIES 95.

La formation des référents-formateurs en santé et confort oral et des médecins coordonnateurs

Le poste de référent-formateur en santé et confort oral a été créé pour pouvoir diffuser la formation sur le terrain et la renouveler en cas de *turnover* des équipes. Il s'agit d'une démarche de proche en proche, avec une évolution des pratiques par la création de « modèle de rôle³ » professionnel. Pour se préparer à leur fonction, les référents-formateurs suivent une formation complète, programmée sur 8 jours : un premier séminaire de 3 jours dédié aux connaissances en odontologie et des compétences en tant que soignant, un second séminaire de 3 jours pour recevoir une authentique formation de formateur. Processus original et véritable accompagnement, 2 ateliers d'une journée (à 1 ou 2 mois, puis à 4 ou 6 mois) viennent renforcer les pratiques, consolider les connaissances, apporter les réponses aux questions posées en retour par le terrain et valider les actions entreprises. Ces ateliers sont un élément clef du succès des formations.

Après la formation, le premier groupe de référents-formateurs a souhaité être soutenu par l'établissement et les médecins coordonnateurs. Ces derniers se sont au même moment tournés vers l'équipe pédagogique en exprimant un besoin de formation. Une journée spécifique leur est désormais consacrée autour des thématiques bucco-dentaires centrales du vieillissement.

3. Personne qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage.



Améliorer la santé orale chez les résidents en Ehpad, par la formation

REGIES 95

L'évaluation de la formation

Le dispositif de formation est évalué en trois temps. En fin de formation, les référents-formateurs répondent à un questionnaire qui permet de tester leurs connaissances (40 questions en vrai/faux). La note moyenne obtenue est de 16,9/20 (les notes vont de 14,75 à 19,25/20), c'est un excellent résultat.

Les soignants évaluent ensuite la formation reçue en la notant sur 20 au regard de 9 items : la note moyenne obtenue sur la satisfaction globale est de 16,5/20. Les composantes de la formation qui obtiennent les meilleures notes sont : l'utilité pour le métier (18,1/20), la qualité du contenu (17/20), le caractère pratique et commode du contenu pour une application sur le terrain (16,7/20), la qualité pédagogique de la formation sur 8 jours (16,6/20) ainsi que la pertinence des objectifs (16,6/20). Les éléments moins bien notés sont les effets positifs attendus réellement sur le terrain (15/20) ainsi que la qualité du soutien institutionnel dans l'établissement (14,7). On retient que la satisfaction des soignants est très élevée et qu'ils soulignent l'utilité comme la qualité de la formation.

L'évaluation à distance de l'action de formation des référents en santé orale montre que dans 94 % des établissements où un médecin et/ou un référent a été formé, des actions de sensibilisation ou de formation à proprement parler ont été mises en place. Une bonne partie des soignants a pu en bénéficier, malgré les difficultés inhérentes aux horaires de travail. Trois quarts des établissements ont mis en place des protocoles ou fiches de soin qui pour la moitié concernent l'évaluation de l'état de santé orale des résidents. Plus de 80 % des établissements sont en lien avec un chirurgien-dentiste de proximité.

À la fin du 1^{er} semestre 2014, 70 soignants ont été formés en tant que référent-formateur en santé et confort oral. Parallèlement, une cinquantaine de médecins coordonnateurs ont suivi la formation.

Le REGIES 95 a obtenu l'agrément DPC (Développement professionnel continu) pour cette action de formation et a reçu le label « droit des usagers ».

Conclusion

On connaît l'importance de la santé orale dans le processus du vieillissement. On sait aussi qu'avec peu de moyens, on peut faire beaucoup pour aider les personnes âgées à retrouver du confort dans ce domaine. Et pourtant, force est de constater que les soignants ont souvent été démunis, négligents ou résignés par absence de formation.

Après plus de 7 années de travail sur ces programmes, démonstration est faite qu'avec une intervention simple et efficace, l'amélioration de la santé orale en Ehpad est possible. Les clefs du succès ont résidé à la fois dans le parfait co-pilotage des différentes étapes du projet entre le REGIES 95 et les chirurgiens-dentistes, chercheurs et formateurs, et dans la reconnaissance de la place centrale des soignants. Ceux-ci occupent une place stratégique dans le processus, au carrefour à la fois complexe et enthousiasmant entre le soin et la prévention, entre les familles, le médecin et les chirurgiens-dentistes.

Notre hypothèse était que la formation des soignants et la trans-professionnalité sont la clef de voûte de toute action en faveur de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des résidents. L'expérimentation et le retour sur le terrain valident cette hypothèse. Sans cela, aucun « juste soin » n'est possible : les opérations de dépistage et de prévention ne pourraient être menées à bien, la filière de soin serait inadaptée et les thérapeutiques difficiles à mettre en œuvre.

Maintenant que cette expérience est validée à l'échelle d'un département francilien et largement identifiée et suivie par l'agence régionale de santé (ARS), se pose l'ambition de son développement à une échelle régionale alors qu'il n'existe pas de financement pérenne pour cet enjeu majeur de santé.

Dorénavant, soignants et médecins réclament un contact constant avec un chirurgien-dentiste spécialisé qui pourrait assurer plus que des soins ponctuels en coordonnant la filière et la prévention au sein des Ehpad. Ce chirurgien-dentiste « coordonnateur » est le dernier objectif du projet.



Le correspondant en santé orale

Le correspondant en santé orale est la personne chargée de la problématique de l'hygiène et du suivi bucco-dentaire dans l'établissement.

Un projet d'établissement porté par « une équipe »

Pour permettre au correspondant en santé orale (CSO) de travailler efficacement, il faut :

- inscrire la santé bucco-dentaire comme priorité de santé dans le projet d'établissement, en accompagnement de la dénutrition au quotidien,
- donner au correspondant en santé orale les moyens de travailler en équipe et de fédérer les différents intervenants autour du projet : aides-soignants, cadres infirmiers, médecins coordonnateurs, équipe de direction...
- veiller au transfert de connaissances entre les équipes et vers les nouveaux membres des équipes.

Le non-respect de ces conditions empêchera le bon déroulement du projet.

Un CSO bien identifié

Le CSO implique l'équipe dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire en faisant comprendre les enjeux de l'hygiène bucco-dentaire pour les résidents. Il fait le lien entre santé bucco-dentaire et bientraitance et veille - avec l'équipe - à actualiser les protocoles¹ si cela est nécessaire, et participe au repérage des pathologies orales.

1. Ceci permet d'accompagner efficacement les aides-soignants qui réalisent les soins, et de s'assurer que le soin est fait régulièrement.

Le correspondant en santé orale doit être identifié au sein de l'équipe et accepté comme tel pour avoir les moyens d'agir.

Les étapes à respecter par le CSO pour la mise en place du projet en Ehpad.

Dans l'objectif de :

- sensibiliser le personnel de l'établissement à l'hygiène bucco-dentaire, en mettant en œuvre :
 - un plan de lutte contre la dénutrition,
 - et un plan de formation du personnel à l'hygiène buccale,
 et de
- garantir le suivi bucco-dentaire des résidents :
 - par la mise en place d'un protocole individualisé pour l'hygiène buccale,
 - et le suivi au cabinet dentaire, en lien avec le médecin traitant,

les étapes sont les suivantes :

1. repositionner la santé orale et la nutrition dans le projet d'établissement : le CSO ne doit pas être seul à porter le projet en santé orale. Il s'agit d'un projet collectif qui engage la direction et le personnel soignant et aidant. Sans une participation d'ensemble, rien n'est possible ;
2. identifier les personnes ressources, c'est-à-dire toutes les personnes sensibles à la mise en place de ce projet, motivées et désireuses de s'impliquer : cadre de santé, infirmière, aide-soignant, kinésithérapeute, cuisinier, animateur...

De même, il faut identifier les personnes « frein ». Diverses raisons peuvent amener certains collaborateurs à être en retrait de ce mouvement. La surcharge de travail et les difficultés personnelles à aborder les soins de bouche sont les plus évidentes. L'aspect psychologique du geste « intrusif », porteur de santé mais aussi de gêne voire même de sentiment d'agression, est à prendre en compte ;

3. accompagner le personnel soignant au quotidien. Aider et conseiller le personnel pour les soins de bouche. Tenir compte des « peurs » de chaque soignant. Ne pas juger, accompagner les gestes pour progresser. Ne pas être dans le contrôle ;



Le correspondant en santé orale

4. identifier les freins éventuels à la prise en charge de la bouche pour chaque résident. La mise en place des protocoles individualisés, rédigés en équipe, est un préalable à toute action ;
5. déterminer les profils des résidents : autonome, dépendant, violent, agressif, coopérant, nécessitant ou non d'être aidé par une ou deux personnes... L'idée est de placer les soignants en capacité d'agir, avec des objectifs atteignables par tous. Certains soignants s'investiront davantage mais le protocole défini constitue une base de travail minimum ;
6. coordonner le soin oral dans le projet de santé individualisé de chaque résident. Faire un suivi de chaque patient sur sa santé bucco-dentaire ;
7. relayer les informations auprès des personnes compétentes.
8. relayer les informations auprès des familles.

Les missions du CSO

1. Évaluer les pratiques professionnelles

Le CSO doit commencer par évaluer les pratiques professionnelles du personnel de l'établissement, sans que cette évaluation constitue un jugement. À partir de ce constat, le CSO doit informer les membres de l'équipe sur les protocoles d'hygiène et sur la mise en place de protocoles individualisés, pour faire progresser les pratiques :

- hygiène quotidienne : observation,
- nutrition : observation,
- état bucco dentaire : dépistage.

2. Former et informer les membres de l'équipe, sans oublier les nouveaux arrivants lorsqu'ils prennent leur fonction.

- #### 3. Soutenir les soignants ; animer des ateliers relatifs à la santé orale ou à la nutrition, lors des réunions d'équipe :
- jeux de rôle,

- films d'observation,
- consensus autour de chaque patient,
- protocole simplifié affiché dans la salle de bain...

4. Coordonner les actions, au sein de l'Ehpad, avec les chirurgiens-dentistes traitants ou référents.

5. Assurer l'interface entre la famille et les résidents lorsque les soins bucco-dentaires sont nécessaires.

Lorsque le plan de soins de la personne âgée résidente est déterminé, le CSO assure l'interface avec la famille afin de mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, la prise de rendez-vous avec le chirurgien-dentiste soignant selon l'orientation préconisée. Si la famille ne peut se déplacer, l'équipe désignera une personne pour accompagner la personne âgée aux rendez-vous programmés.

6. Identifier les besoins de formation complémentaires :

- formation dédiée du personnel,
- réunion d'information avec les familles, par exemple.

7. Proposer un dépistage permettant un bilan sur place et une orientation vers les structures appropriées.

Le CSO doit identifier les différents acteurs de la prise en charge en santé orale

Ces acteurs peuvent être :

1. Le médecin traitant de la personne âgée

L'implication du médecin est nécessaire car la santé bucco-dentaire fait partie de la prise en charge globale de la santé du résident. Le médecin doit notamment indiquer s'il y a des précautions particulières à prendre par rapport à l'état de santé du patient : **risque oslérien** ou traitement en cours pouvant avoir des répercussions sur la santé bucco-dentaire (anticoagulant, perturbateur de la salivation...).



Le correspondant en santé orale

2. Le chirurgien-dentiste en cabinet de ville

Il faut identifier les correspondants habituels de l'établissement et/ou des patients qui peuvent toujours être suivis par leur dentiste traitant (le patient doit avoir le choix de son praticien). L'Ehpad peut informer les chirurgiens-dentistes que l'établissement met en place un interlocuteur de référence (le CSO) et leur demander de donner à chaque patient des recommandations pour l'hygiène quotidienne.

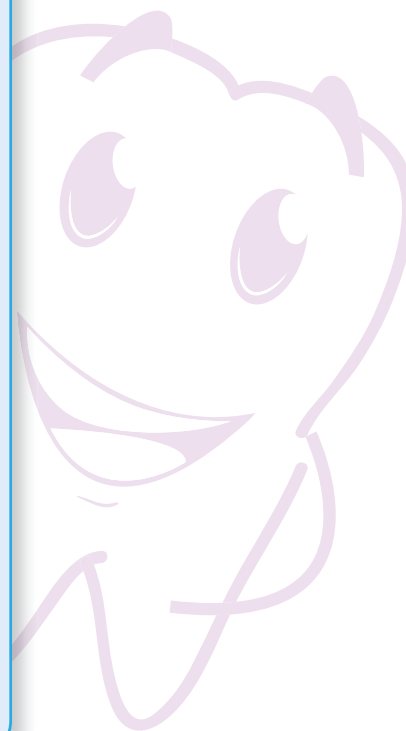
3. Les chirurgiens-dentistes « référents »

Dans chaque établissement, l'UFSBD propose la mise en place d'un chirurgien-dentiste référent. Cette personne ressource peut aider à revoir des notions qui n'auraient pas été bien comprises ou donner des conseils face à un problème.

L'UFSBD peut organiser des formations au sein de l'établissement pour soutenir et aider le CSO et initier une dynamique de groupe. Ces formations donnent des bases techniques et sont l'occasion d'un accompagnement pratique, auprès des résidents, par des chirurgiens-dentistes formateurs.

Quels freins/quels leviers au quotidien ?

Le CSO peut rencontrer des freins et le soutien de la direction sera alors déterminant. Ces freins peuvent provenir de certains patients, de leur famille (résistance aux soins, problème du financement du matériel d'hygiène) ou de certains membres de l'équipe soignante : il est classique de voir un ou deux membres en forte opposition sur ces questions (l'aspect très intime du soin dentaire peut faire écho à un vécu personnel). Il ne faut pas brusquer les choses et donner du temps à la personne qui se montre de prime abord réfractaire ; l'effet d'entraînement du groupe peut arriver à la motiver. Des temps de formation commun peuvent être utiles pour souder l'équipe soignante dans une même dynamique.





Former les personnels soignants

La formation des personnels soignants est un facteur clé dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées. Elle constitue aujourd'hui le principal frein au maintien et à la surveillance d'une bonne hygiène bucco-dentaire. C'est aussi le principal levier sur lequel il est possible d'agir à court terme et de manière durable. Ainsi, les formations favorisent la prise de conscience par le personnel soignant de l'importance de son rôle dans l'hygiène bucco-dentaire. Elles permettent d'améliorer ses connaissances et ses compétences (gestes, pratiques professionnelles) afin de garantir le maintien et la surveillance de l'état bucco-dentaire des personnes âgées.

La santé bucco-dentaire est alors réintégrée au cœur du soin et devient un enjeu partagé par tous.

Outils et méthode

La réussite, en Ehpad, d'une démarche en faveur de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes passe par l'engagement de l'ensemble des acteurs.

La réalisation des formations au sein de l'établissement est donc un facteur essentiel pour l'efficacité du projet. Chaque Ehpad a ses propres spécificités, tant logistiques qu'organisationnelles. Il convient donc d'adapter les techniques et recommandations à chaque établissement.

Les chirurgiens-dentistes formateurs de l'UFSBD sont des praticiens de proximité pour l'Ehpad ; ils assurent ainsi une relation de confiance facilitant des échanges réguliers en cas de besoin.

Les formations en Ehpad proposées par l'UFSBD répondent à plusieurs objectifs :

- développer les connaissances et le savoir-faire du personnel ;
- aider le personnel médico-éducatif dans le maintien de l'hygiène des personnes âgées ;
- améliorer l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées ;
- faciliter la venue du chirurgien-dentiste qui fera un bilan de l'état bucco-dentaire et orientera vers la structure de soin la plus adéquate, en fonction des besoins des résidents ;
- personnaliser la prise en charge de chaque résident en établissant un protocole d'hygiène individuel en équipe ;

- permettre aux personnels de s'exprimer sur leurs difficultés ;
- limiter le stress du patient, engendré par la venue du dentiste, en examinant la personne dans son milieu habituel.

D'une durée de 7 heures, chaque formation réunit 8 à 12 stagiaires. Un chirurgien-dentiste de l'UFSBD assure la formation au sein de l'établissement. Elle comprend :

- une demi-journée théorique autour des thèmes principaux liés à la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Ce volet est destiné à harmoniser les connaissances générales :
 - connaissances générales sur les dents,
 - particularités dues au vieillissement,
 - risques du délabrement dentaire et conséquences sur la personne âgée,
 - pathologies les plus fréquentes et conséquences sur les dents,
 - réflexion sur la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire dans l'établissement...
- une demi-journée pratique :
 - mise en œuvre de l'hygiène bucco-dentaire avec les résidents sur site. Les cas les plus délicats sont présentés au chirurgien-dentiste formateur. Le dentiste observe d'abord le geste effectué puis, si cela est nécessaire, il propose des améliorations,
 - mise en place de protocoles d'hygiène personnalisés. Le chirurgien-dentiste formateur accompagne l'équipe dans la rédaction des protocoles. Il met en avant

l'importance de les rédiger en équipe afin de fixer des objectifs réalistes et atteignables par l'ensemble des intervenants. Ces protocoles garantissent une continuité et un maintien dans le temps de pratiques favorables à la santé et à l'hygiène bucco-dentaires,

- partage d'expériences entre les personnes présentes. Les stagiaires ont eux-mêmes des « trucs et astuces » à partager. Ils ont la connaissance des personnes âgées. Le chirurgien-dentiste formateur a un regard extérieur. Faire ouvrir la bouche est au cœur de son métier. Il le fait souvent de façon automatique. Le fait de montrer sa pratique est un exercice visuel dont les stagiaires vont profiter. C'est ce travail collectif qui fera avancer l'équipe. Ce volet pratique, avec une visite de quelques résidents en chambre, permet aux stagiaires d'expérimenter les outils et les méthodes acquises, en les adaptant à leur pratique quotidienne.

Freins et leviers



Le choix du référent ou correspondant en santé orale (CSO)¹

Il doit être volontaire pour prendre en charge ce projet. Attention, le fait d'être très à l'aise pour pratiquer les gestes d'hygiène ne doit pas être le seul critère. Le CSO doit avoir des qualités fédératrices dans l'équipe et la capacité à se mettre au même niveau que les autres, y compris les moins à l'aise, dans l'accomplissement de ce geste complexe qui exige de l'implication des soignants.

Le CSO doit être clairement identifié par l'ensemble des soignants.

En outre, il doit disposer d'un temps dédié suffisant pour accompagner l'équipe dans la mise en place de l'hygiène mais aussi pour en assurer le suivi.



L'organisation des soins / le travail de groupe

Le travail de groupe est primordial et ce, dès la rédaction des protocoles. Les accompagnants doivent décider ensemble du protocole afin qu'il soit applicable par tous. Dans une équipe, il est fréquent d'observer un ou deux collaborateurs très motivés brossant les dents systématiquement et d'autres beaucoup plus en retrait sur ce soin. Il faut prendre garde à fixer un protocole atteignable par tous sous peine de décourager les aidants. Le référent pourra ensuite s'appuyer sur ce protocole collectivement défini.

1. Voir fiche technique « Le correspondant en santé orale » p. 32.

Une réévaluation régulière du protocole est nécessaire tous les 6 mois. Elle pourra se faire lors de séances de dépistage ou à la demande de l'équipe lors de changements de l'état de la personne âgée.



L'affichage du protocole

L'UFSBD expérimente l'affichage de pictogrammes dans la salle de bain. L'objectif de ce tableau, très visuel, est de permettre au personnel d'accéder de façon immédiate et très simple au protocole spécifiquement établi pour le résident.

Cet « aide-mémoire » est aussi précieux pour les personnels remplaçants ou les nouveaux arrivés, en attendant qu'ils consultent le protocole complet au dossier du résident.

Pour autant, cette initiative soulève des questions relatives à l'intimité de la personne qui peut être ainsi atteinte. Peut-on afficher ce protocole dans la salle de bain, sachant que les visiteurs y ont accès ? Le résident souhaite-t-il faire savoir à tous qu'il est porteur d'un ou deux appareils dentaires ? La question de l'affichage doit donc être réfléchie. Une solution avancée serait l'affichage sur la porte intérieure de l'armoire de toilette, par exemple, quand elle existe.



Le jeu de rôle

C'est une étape clé de la formation. Pas question de s'exercer sur les personnes âgées : on s'exerce entre collègues. C'est à ce moment là que l'on pourra travailler sur les freins intimes des accompagnants. Chacun a sa propre représentation du soin bucco-dentaire. La bouche est un carrefour de la communication. D'autres sensations y sont rattachées.

Chaque personne a sa propre histoire, ses peurs et ses doutes :

- « Vais-je faire mal ? »,
- « Vais-je oser ? »,
- « Cela me dégoûte ! »,
- « Je n'aimerais pas qu'on me le fasse, alors pourquoi j'insisterais ? ».

Le jeu de rôle doit permettre d'exprimer les réticences voire les peurs. Il doit aussi permettre aux stagiaires d'expérimenter les techniques préconisées et ainsi lever une bonne part des freins liés aux professionnels eux-mêmes.



La première des « idées reçues » : pas le temps !

La formation et le jeu de rôle permettent aussi de bousculer les idées reçues. Dès que l'on parle de bonnes pratiques en matière de brossage de dents des personnes âgées, les accompagnants pensent immédiatement : « On n'a pas le temps ! ». Or, effectuer un brossage en utilisant les préconisations ne prend pas plus de temps, parfois même moins, qu'un geste mal fait et inefficace. Le « savoir-faire » est une aide précieuse qui permet des adaptations sans perte de temps et avec un gain d'efficacité. Dans quelques cas, la nécessité de faire le brossage avec deux aidants sera préconisée. Cela prend évidemment plus de temps mais, une fois le protocole déterminé et fixé, le CSO organisera et répartira les tâches en tenant compte de ce besoin.



Le turnover du personnel

Le CSO devra gérer le renouvellement de personnel fréquemment observé dans les Ehpad (durée moyenne : environ 3 ans). Chaque nouveau collaborateur intégrant l'équipe devra s'approprier le protocole. Le référent aura un rôle d'accompagnement primordial. Les formations proposées régulièrement seront aussi l'un des moyens pour réduire les écarts et uniformiser les pratiques.



L'opposition / le refus de soin

En matière de formation, le jeu de rôle est l'un des meilleurs moyens pour aborder le refus du brossage exprimé par des personnes âgées. Il permet de donner des pistes pour que le soignant ait une attitude positive et mette en place un programme de soins avec un engagement progressif vers une amélioration des gestes minimum de brossage quotidien.

Dans le quotidien, en présence de refus, c'est le travail en équipe, piloté par le CSO, qui permettra de faire tomber les barrières. Le premier travail de l'équipe consistera à identifier les causes puis à déterminer les stratégies à mettre en œuvre.

**Un minimum de 30 %
du personnel formé
est indispensable à
la stabilisation et au maintien
du projet bucco-dentaire
de l'établissement.**



Bilan des formations du programme Agirc-Arrco-UFSBD (synthèse¹)

Auteurs : Dr Anne ABBÉ DENIZOT, Dr Benoît PERRIER, Hélène de VANSAY et Danielle GRIZEAU-CLEMENS

Le bilan, dont la synthèse est présentée ci-après, relate l'action de formation réalisée en 2012 et 2013 par l'UFSBD sur près de 50 établissements médico-sociaux et sanitaires du parc Agirc-Arrco.

Il a semblé utile, au préalable, de décrire la genèse de ce programme. En effet, face aux constats sur le mauvais état dentaire des personnes âgées en établissement et les fortes incidences sur leur état de santé, une réponse en termes de soins peut être privilégiée en première intention. Mais l'expérimentation et l'évaluation des actions démontrent la nécessité d'une formation qui, seule, permet d'initier une véritable dynamique d'établissement et de faire évoluer, à terme, l'état bucco-dentaire des résidents.

La prévention et la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées, un programme UFSBD construit sur l'expérimentation et l'évaluation

L'UFSBD a expérimenté, dès 2004, des programmes de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées résidant en Ehpad.

Le premier besoin exprimé par les établissements consistait à faciliter l'accès aux soins des personnes âgées accueillies. Dans ce but, l'UFSBD a mis en œuvre dès 2004 une action expérimentale, à Paris, afin d'améliorer la santé bucco-dentaire de plus de 600 personnes âgées dépendantes hébergées en Ehpad via une unité mobile de soins, appelée bucco-bus. Les soins les plus urgents ont ainsi pu être réalisés.

Cependant, une amélioration durable de l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées peut difficilement être atteinte grâce à cette seule action. La formation du personnel

soignant et encadrant est apparue indispensable pour mobiliser les équipes sur cette thématique et engager de réels projets d'établissement.

Cette action a donc été complétée par une formation théorique de 400 professionnels de santé (infirmières, aides-soignantes, médecins coordonnateurs).

Entre 2008 et 2010, les actions de formation théorique du personnel soignant des Ehpad, suivies de dépistages des résidents, ont été poursuivies dans de nombreux établissements.

Les connaissances et compétences des équipes soignantes se sont améliorées progressivement. Toutefois, un manque de mise en pratique a été mis en évidence lors des évaluations des formations.

C'est pourquoi, l'UFSBD a enrichi son programme de formation par une demi-journée de mise en pratique en chambre, auprès des personnes âgées : le chirurgien-dentiste formateur de l'UFSBD accompagne les soignants, afin d'observer les pratiques professionnelles mises en œuvre, et apporter, le cas échéant, les éléments d'amélioration. Un travail de groupe permet la mise en place, en équipe, d'un protocole individualisé pour chaque résident.

En complément, il est apparu nécessaire de désigner un référent dans chaque établissement pour maintenir les efforts des équipes dans le temps et assurer une coordination globale. Un programme de formation complémentaire a été développé pour donner à chaque référent les moyens d'assurer sa fonction.

Ces formations permettent d'initier une véritable dynamique d'établissement et un projet collectif fédérateur. La santé bucco-dentaire devient un véritable projet d'établissement, porté par tous, y compris par les familles.

¹. Voir en annexe les résultats complets de l'étude.



Bilan des formations du programme Agirc-Arrco-UFSBD (synthèse)

En 2012/2013, l'UFSBD a réalisé 46 sessions de formation dans 26 Ehpad du parc Agirc-Arrco en France, soit 46 journées de formation de 7 heures, théoriques et pratiques.

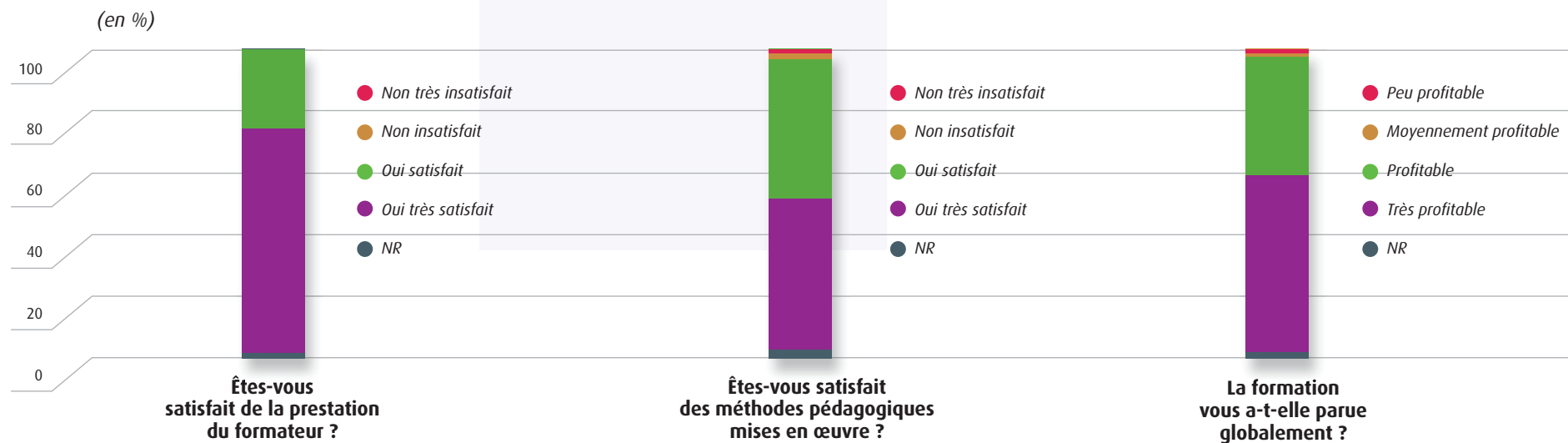
Ces 46 journées ont permis de former 369 personnes (aides-soignantes, infirmières, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie...).

354 questionnaires de satisfaction et 313 questionnaires d'évaluation des connaissances, anonymes, ont été collectés à l'issue des formations.

La différence entre le nombre de questionnaires collectés et le nombre de personnes formées s'explique par le fait que certains stagiaires ont souhaité conserver les questionnaires d'évaluation. Ce document leur a sans doute semblé être un bon outil pour travailler en équipe.

Analyse des questionnaires de satisfaction

Dans tous les établissements, les stagiaires déclarent être satisfaits, voire très satisfaits, de la formation sur les différents items : les conditions de la formation, les outils, les méthodes et les objectifs.



Bilan des formations du programme Agirc-Arrco-UFSBD (synthèse)

À la question « après cette formation, vous sentez-vous capable d'utiliser ces enseignements dans votre pratique professionnelle ? », la majorité des participants répondent positivement (92 %). Les réserves exprimées portent sur le manque de temps et la répartition des tâches.

Les principaux enseignements tirés par les stagiaires sont :

- l'importance de veiller à maintenir une bonne hygiène et une bonne santé bucco-dentaire des résidents, pour favoriser un meilleur bien-être ;
- les méthodes pour y parvenir (méthodes de brossage, entretien des prothèses, protocoles individualisés).

Ces éléments rejoignent les objectifs fixés pour ces formations.

À la lecture de ces résultats, il paraît d'autant plus important :

- de présenter cette formation comme un projet d'établissement partagé par tous et porté par la direction (lequel projet peut avoir un impact sur les procédures internes) ;
- d'associer à la formation le cadre de santé / l'infirmier diplômé d'État coordinateur (Idéc) ou un membre de la direction (soit avec les stagiaires, soit en parallèle de leur formation) ;

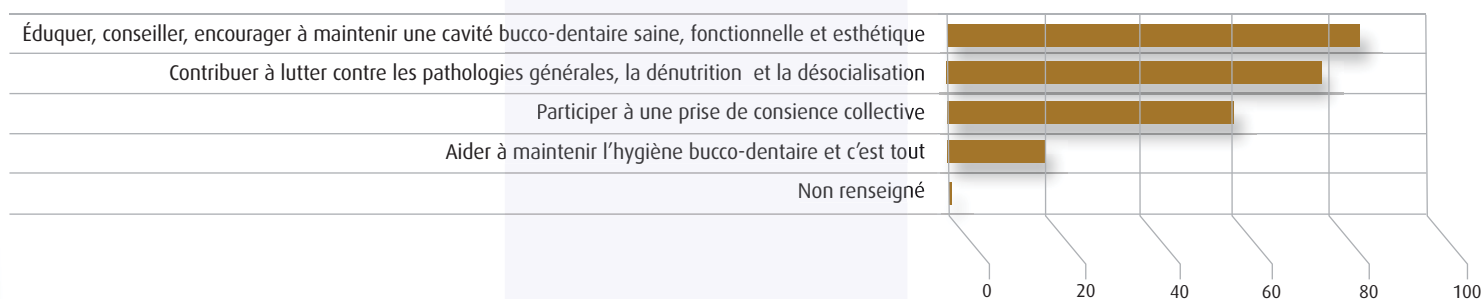
- de présenter la partie « pratique » de la formation (tours en chambres, approche du résident, gestuelle pour la prise en charge de l'hygiène, astuces...) comme un moyen de « gagner du temps » sur les soins et non pas comme des tâches supplémentaires à ajouter dans le planning.

Analyse des questionnaires d'évaluation des connaissances

D'une manière générale, la mémorisation et l'acquisition des connaissances sont bonnes. Les stagiaires ne commettent que très peu d'erreurs et la grande majorité des informations « clés » sont assimilées, notamment les informations relatives aux conséquences du vieillissement sur la cavité buccale, aux règles de prévention et au protocole d'hygiène des prothèses.

Le rôle du soignant, perçu par les personnes formées, semble bien identifié pour ce qui concerne l'accompagnement des personnes âgées dans les gestes d'hygiène bucco-dentaire, mais reste encore assez limité à ces gestes. La notion de prévention globale, incluant la lutte contre la dénutrition, n'est pas complètement partagée (85 % des personnes).

Quel est le rôle du soignant ? (en %)



Les programmes de prévention UFSBD sont régulièrement évalués dans les établissements, en associant les chirurgiens-dentistes qui participent à ces actions et les équipes en place. L'observation des résultats permet de faire des propositions concrètes qui, expérimentées sur le terrain, peuvent ensuite être généralisées.

Sensibiliser les résidents, leur famille et le personnel non soignant



Pour les personnes âgées encore autonomes dans les gestes de la vie courante, il est essentiel de favoriser l'acquisition ou le maintien de comportements favorables à leur santé bucco-dentaire et de sensibiliser l'ensemble des familles à l'importance de la santé bucco-dentaire pour leurs proches.

Il s'agit de transmettre les conseils d'hygiène bucco-dentaire aux résidents qui conservent une autonomie, et de les sensibiliser à l'impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie globale. Leur motivation est une source d'amélioration de leur santé bucco-dentaire.

Le projet d'établissement en faveur de la santé bucco-dentaire des résidents n'est pas restreint à l'enceinte de l'établissement mais s'étend à l'environnement familial de chaque personne. Les familles se trouvent impliquées et investies dans ce projet et, le cas échéant, dans le suivi des soins nécessaires.

Sensibilisation des résidents à la santé bucco-dentaire - Résidence Jean-André Lauprêtre, Chalon-sur-Saône.



Outils et méthode

Chaque séance de sensibilisation des résidents et de leur famille, d'une durée d'1h30 environ, réunit une trentaine de personnes âgées et/ou leur famille. Différentes problématiques peuvent être abordées, relatives aux spécificités de la santé bucco-dentaire des personnes âgées :

- le projet de l'Ehpad à travers cette démarche,
- l'importance de l'hygiène bucco-dentaire sur les pathologies bucco-dentaires,
- les conséquences du vieillissement sur la santé bucco-dentaire,
- l'impact de la santé bucco-dentaire sur le lien social, le sourire, la parole, l'estime de soi...

- des conseils d'hygiène bucco-dentaire : Pourquoi se brosser les dents ? Comment ? À quelle fréquence ? Avec quoi ?...
- des conseils d'hygiène bucco-dento-prothétique,
- des conseils d'hygiène alimentaire portant notamment sur la limitation du grignotage entre les repas, la consommation d'eau pure à table, de fruits, de légumes et de produits laitiers,
- des recommandations pour un suivi régulier au cabinet dentaire.

Pour les résidents, le chirurgien-dentiste peut organiser des ateliers sur le brossage adapté à leur motricité :

- participation en fonction des moyens de la personne,
- implication des encadrants.

Un dépliant d'information reprenant les messages clés transmis lors de la séance peut être remis à chaque participant. Un kit d'hygiène bucco-dentaire ou bucco-dento-prothétique peut également être remis (selon les besoins).

Freins et leviers



La qualité de vie passe aussi par une bonne santé bucco-dentaire

Quel que soit l'âge, une bouche et des dents en bonne santé sont indispensables, parce que cela aura des répercussions essentielles sur le relationnel, la nutrition et l'état de santé général. Quelle perte de qualité de vie, si on n'y prend pas garde !

- **L'esthétique** est importante. Le visage et le sourire constituent la première image qu'on offre aux autres. La bouche et le sourire participent à la communication, qu'elle soit sociale ou affective. Avoir honte de sa bouche altère l'image de soi et peut conduire au repli social et à la dépression.
- **La mauvaise haleine** est souvent due à une mastication moins efficace avec l'âge. L'hygiène est négligée, les aliments restent entre les dents et dans les vestibules, à l'intérieur des joues. De là provient la mauvaise haleine. En premier lieu, c'est une impression désagréable pour le malade. Mais, en plus, cette situation va accentuer l'isolement et aggraver l'état de santé bucco-dentaire. En établissement, le personnel est plus réticent à s'occuper d'une personne ayant une mauvaise haleine.

- **L'élocution** est problématique lorsque trop de dents ne sont pas remplacées ou lorsque les appareils ne sont pas portés. Cela aussi contribue à l'isolement de la personne âgée.



Une bataille contre les idées reçues

- « *Perdre ses dents quand on est vieux c'est normal* » : **faux.**

À l'heure actuelle, on peut vieillir avec des dents. C'est d'ailleurs une évolution de notre société. Nos « vieux » ont des dents et des appareils. À nous de veiller à ce que ces dents restent en bon état. L'efficacité de la denture et le confort de mastication sont des données importantes du maintien en bonne santé. Un mauvais état bucco-dentaire n'est pas une fatalité.

- « *Les soins dentaires coûtent chers* » : **faux.**

Il ne s'agit, la plupart du temps, que des soins dits de maintenance et de confort, pris en charge par l'assurance maladie. Il est important de faire les soins au fur et à mesure, pour éviter des soins prothétiques plus onéreux. Pas question d'imposer à une personne âgée en Ehpad une nouvelle prothèse, quand on sait que le moindre changement d'habitude peut la perturber. On préférera réajuster une prothèse existante. Le coût des réparations est abordable.

- « *S'occuper des dents, ce n'est pas important dans la prise en charge des soins* » : **faux.**

Un mauvais état bucco-dentaire va avoir des conséquences physiques, psychiques et sociales très importantes. Il va

entraîner un délabrement de la dentition. Celui-ci entraînera ensuite la dénutrition et, de fait, l'affaiblissement de la personne âgée. De même, son élocution sera diminuée, on ne la comprendra plus. Négliger les dents, c'est négliger le confort et la qualité de vie et risquer des pathologies bien plus graves.

- « *On ne garde pas la prothèse la nuit, il faut la mettre à tremper* » : **faux.**

Si la prothèse est confortable, il vaut mieux la laisser le plus possible en bouche, la nuit aussi. Quand vous l'avez retirée pour la nettoyer, il faut bien la brosser et la repositionner en bouche, immédiatement. Si le malade souhaite la retirer pour dormir, laissez-la, propre et au sec, dans une boîte à prothèse adaptée. Il suffit de la ré-humidifier pour la remettre en bouche.

- « *Les personnes âgées ont mauvaise haleine* » : **faux.**

Pour éviter ce phénomène, il suffit de faire un brossage régulier. *A minima*, le fait d'enlever les dépôts alimentaires avec une compresse imbibée de bain de bouche, réduira les mauvaises odeurs et facilitera le relationnel de la personne âgée.



Bilan des séances de sensibilisation 2012 – 2013 du programme Agirc-Arrco - UFSBD (synthèse)

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc et arrco

ufsbd
UNION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS DENTAIRES
www.ufsbd.fr

CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS
pour le développement de nouveaux concepts
d'éducation et de Pratiques Bucco-Dentaires

Auteurs : Dr Anne ABBÉ DENIZOT, Dr Benoît PERRIER, Hélène de VANSAY et Danielle GRIZEAU-CLEMENS

En 2012/2013, l'UFSBD a réalisé 48 séances de sensibilisation dans 31 Ehpad du parc Agirc-Arrco, en France.

Chaque séance de sensibilisation a pour objectif de transmettre les informations essentielles en matière de santé et d'hygiène bucco-dentaire. Des conseils personnalisés peuvent être transmis aux participants. Les axes prioritaires traités sont les suivants :

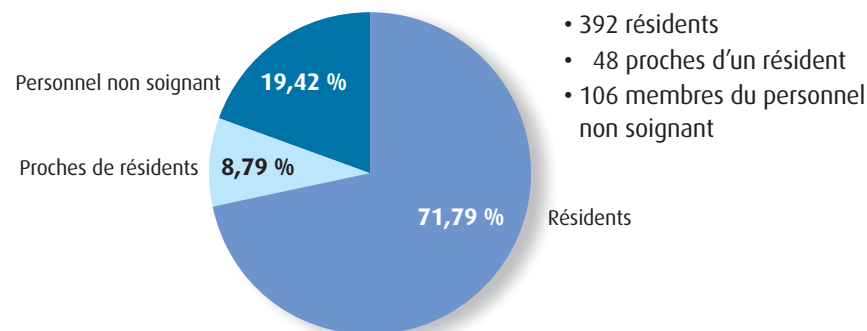
- l'importance de l'hygiène bucco-dentaire ;
- les pathologies bucco-dentaires, et leurs conséquences sur la santé générale ;
- les conséquences du vieillissement sur la santé bucco-dentaire ;
- l'impact de la santé bucco-dentaire sur le lien social, le sourire, la parole...
- des conseils d'hygiène bucco-dentaire et bucco-dento-prothétique ;
- des conseils d'hygiène alimentaire ;
- des recommandations pour un suivi régulier au cabinet dentaire.

Ces 48 séances ont permis de sensibiliser 546 personnes. Lors de chaque session, un questionnaire d'évaluation est proposé aux participants : résidents, proches ou membres du personnel non soignant.

Au total, seules 333 personnes (soit 60,9 %) ont remis le questionnaire rempli à l'intervenant, à l'issue de la réunion. Le niveau de dépendance plus ou moins élevé des personnes âgées présentes n'a pas permis à certaines de remplir le questionnaire. Par ailleurs, certains membres du personnel n'ont pas eu le temps de compléter le document avant de reprendre leurs activités.

Profils des personnes sensibilisées

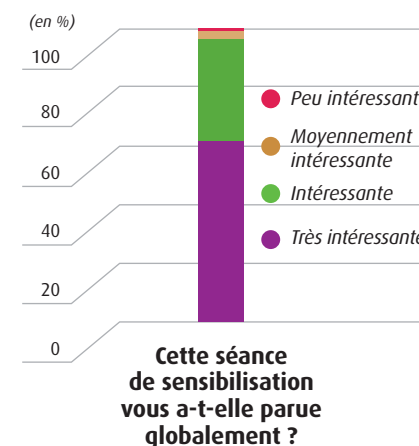
Les sessions de sensibilisation ont permis d'informer 546 personnes :



- 392 résidents
- 48 proches d'un résident
- 106 membres du personnel non soignant

Analyse des questionnaires de satisfaction

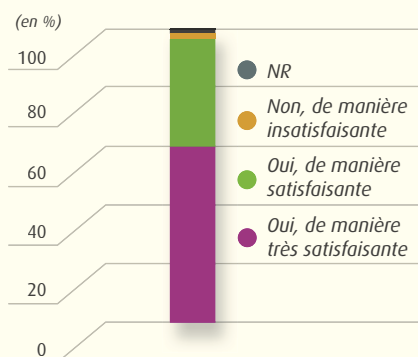
Dans l'ensemble des établissements, les personnes sensibilisées se sont montrées très satisfaites de la séance et de la prestation du chirurgien-dentiste intervenant : niveau de satisfaction total pour les familles et les membres du personnel, et légèrement plus faible (96 %) pour les personnes âgées elles-mêmes.





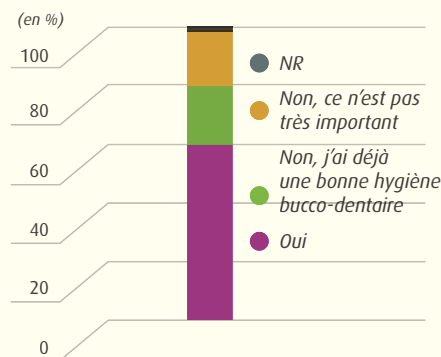
Bilan des séances de sensibilisation 2012 – 2013 du programme Agirc-Arrco - UFSBD (synthèse)

**Vous semble-t-il
que toutes les problématiques
de l'hygiène bucco-dentaire aient
été abordées ?**



Il semble que toutes les problématiques intéressantes pour les participants aient été abordées lors des interventions. Les chirurgiens-dentistes intervenants ont donc su répondre aux attentes des participants et aux besoins spécifiques de chacun : personne âgée, famille ou membre du personnel.

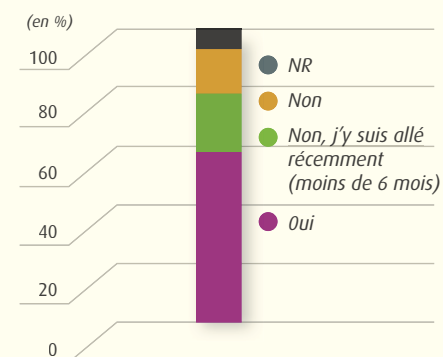
**Après cette séance
pensez-vous adapter vos habitudes
pour améliorer votre hygiène bucco-
dentaire selon les conseils transmis
aujourd'hui ?**



Toute intention exprimée, au sortir d'une session, de modifier ses comportements en matière d'hygiène bucco-dentaire permet d'évaluer l'impact des messages transmis. Le bilan est positif : la majorité des personnes sensibilisées souhaitent adapter leurs habitudes aux conseils transmis par le chirurgien-dentiste intervenant.

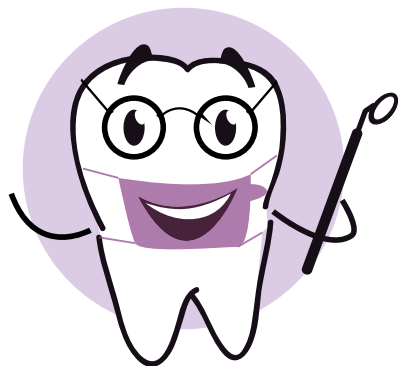
Toutefois, 16 % d'entre elles considèrent avoir déjà une bonne hygiène bucco-dentaire et ne pas avoir besoin de modifier leurs comportements. Ce taux est légèrement plus élevé (20 %) pour les familles.

**En tant que résident,
pensez-vous prendre rendez-vous
prochainement chez un chirurgien-
dentiste en cabinet ?**



Dernier indicateur de la pertinence de ces séances de sensibilisation : à l'issue des réunions, la majorité des personnes âgées disent vouloir prendre rendez-vous avec un chirurgien-dentiste dans un futur proche pour une visite de contrôle. 18 % d'entre elles déclarent avoir consulté récemment un chirurgien-dentiste. Une prise de conscience semble s'opérer.

Favoriser le repérage et le dépistage



Des consultations de dépistage peuvent être réalisées par des chirurgiens-dentistes de l'UFSBD, expérimentés, auprès des personnes âgées dépendantes. Cela doit s'organiser dans le respect des règles déontologiques. L'ensemble des chirurgiens-dentistes environnants devront notamment être invités à y participer.

Les dépistages bucco-dentaires permettent, dans un premier temps, de dresser un bilan de l'état bucco-dentaire des résidents en Ehpad. Cet état des lieux permet ainsi aux équipes soignantes et à la direction de connaître la situation de l'établissement et les réels besoins des personnes âgées. Les soins urgents pourront être organisés et réalisés, et les douleurs évitées.

Ce bilan est indispensable pour pouvoir maintenir un état bucco-dentaire satisfaisant et, ainsi, permettre une alimentation satisfaisante au quotidien.

Outils et méthode

Une demande de consentement officielle est préalablement envoyée aux résidents, à leur famille ou à leur tuteur. Ne sont vus en dépistage que les résidents pour lesquels l'établissement aura reçu un consentement signé.

Les dépistages sont réalisés dans la chambre du patient, dans les conditions optimales de confort pour le résident. Chaque dépistage dure en moyenne de 10 à 15 minutes (selon le degré de coopération du patient et l'état bucco-dentaire).

Pour chaque patient, un dossier dentaire (également appelé fiche de dépistage) est créé, dans lequel figure son état de santé général (dossier de liaison entre les différents intervenants).

Une copie de ce dossier est conservée par l'UFSBD. Les données sont anonymisées. Une évaluation complète est réalisée sur cette base.

Une évaluation du risque carieux est effectuée pour chaque personne, avec mise en place d'une stratégie d'hygiène locale, alimentaire ou de suivi adapté (suivi à l'infirmerie ou dans les équipes).

Le dépistage permet d'orienter le patient, en fonction de son niveau de dépendance et du besoin en soins bucco-dentaires :

- simple maintenance et suivi au sein de l'établissement,
- soins simples en cabinet dentaire de ville,
- soins plus complexes adressés à une structure intermédiaire, avec un plateau technique approprié,
- soins sous anesthésie générale à l'hôpital ou en clinique.

À l'issue de chaque journée de dépistage, un bilan est réalisé avec l'infirmière coordinatrice afin de répertorier les besoins de soins et d'orienter les patients auprès de praticiens de ville ou de services hospitaliers. Les urgences sont naturellement traitées en priorité. Aucun soin ni radiographie ne sont réalisés pendant les dépistages.

Le correspondant en santé orale (CSO)¹, avisé du plan de soins de la personne âgée résidente, met en œuvre dans les meilleurs délais la prise de rendez-vous avec le chirurgien-dentiste soignant, selon l'orientation ou les orientations préconisées.

L'équipe médicale cherchera la solution la plus pertinente pour suivre les orientations préconisées : les moyens de transports les plus adaptés à la situation ou l'intervention d'un plateau technique mobile, avec le financement approprié, pour que la personne âgée puisse être prise en charge.

L'équipe médicale désignera une personne pour accompagner la personne âgée au rendez-vous programmé, si la famille ne peut se déplacer. En cas de refus des soins de la part de la personne âgée (ou de sa famille), le CSO informe la coordination et l'Ehpad.

Si les motifs du refus sont financiers, l'Ehpad doit rechercher auprès des services sociaux (assistante sociale de secteur, CCAS, Clic...) une aide qui permettrait le bon déroulement des soins

¹. Voir fiche technique « Le CSO » p. 32



Quelle place / quel rôle pour le directeur d'établissement ?

L'organisation d'une vigilance permanente dans l'établissement

Elle repose sur :

- le bilan bucco-dentaire d'entrée,
- la création d'un volet dentaire dans les dossiers des résidents,
- la mise en place de protocoles d'hygiène,
- l'application éventuelle de pictogrammes dans les salles de bains des résidents.

La facilitation de l'accès aux soins

Il est important de travailler de manière transversale avec l'équipe médicale qui s'occupe de la personne âgée au sein, et en dehors, de l'établissement. Quatre axes principaux sont à mettre en œuvre :

1. Créer une cellule de coordination et d'orientation (répartition)

Sous la responsabilité du chirurgien-dentiste référent, cette cellule permettra d'assurer le suivi du dispositif et l'organisation rationnelle des soins.

2. Favoriser la prise en charge en libéral

Il est nécessaire d'identifier des chirurgiens-dentistes correspondants, capables de prendre en charge les soins, la prophylaxie et la maintenance de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Un protocole d'accompagnement doit être mis en place pour faciliter la prise en charge en cabinet libéral :

- liaison avec le chirurgien dentiste,
- transmission des données médicales,
- accompagnement du patient au cabinet.

3. Identifier les structures intermédiaires (fixes ou mobiles)

Des locaux et des équipements appropriés à la prise en charge des personnes âgées doivent être mis à disposition.

Ces structures possèdent pour leur fonctionnement un personnel permanent mis à la disposition des chirurgiens-dentistes. L'accessibilité du cabinet et/ou du plateau technique permettant l'accueil de l'ensemble des personnes âgées traitables en soins ambulatoires ou qui nécessitent une simple sédation consciente doit être garantie.

4. Permettre les soins de proximité, lorsque c'est possible

L'utilisation d'une mallette de soins portative permet la permanence et la continuité des soins. C'est un moyen qui apparaît efficient, mais assez complexe au quotidien, pour respecter de bonnes conditions de prises en charge, notamment d'hygiène et d'asepsie. Une mallette ne permet pas la réalisation de tous les actes. Elle est utilisable au chevet de la personne âgée, uniquement lorsque la personne n'est pas mobilisable, pour des soins de première nécessité (urgence) ou de confort. Les soins réalisés seront plutôt qualifiés de réponse palliative.

Freins et leviers



Avantages des dépistages sur place :

Il est important d'intégrer le chirurgien-dentiste dans l'équipe de soins. Les décisions d'orientation doivent se prendre en équipe : médecin, référents, chirurgien-dentiste, etc.

Ils permettent une orientation rapide et efficace des patients (vers la structure de soins adéquate). Les pathologies les moins évoluées sont plus faciles à prendre en charge. Un dépistage de 40 patients évite 40 allers-retours en VSL chez le praticien traitant ainsi que des déplacements inutiles car on va aller directement vers la structure adaptée.

Durant les dépistages, le chirurgien-dentiste consultera le protocole d'hygiène mis en place et veillera à sa réévaluation, si nécessaire, pour les différents résidents (toilette buccale, nettoyage des dents, des prothèses, soins des muqueuses...).

Le chirurgien-dentiste UFSBD se déplacera dans l'établissement ; il sera aidé par le cadre de santé référent.

Après prise de connaissance du dossier médical et vérification de l'absence d'autres besoins de soins ou de traitements prioritaires, on pourra décider de la prise en charge du besoin purement dentaire.

Cet examen suivra un protocole standard et renseignera le dossier dentaire (voir annexe 2).

Dans ce même dossier dentaire, auront été complétés, pour chaque patient :

- le projet thérapeutique,
- le protocole d'hygiène personnalisé,
- la typologie d'accès aux soins telle que décrite précédemment.

Le dossier dentaire comportera également un volet pour le suivi afin de faciliter l'information entre les différents acteurs.

En fonction du comportement de chaque patient, l'examen peut se dérouler dans des conditions plus ou moins favorables. Pour mieux cerner la difficulté, l'examen sera caractérisé par les données suivantes : facile, moyennement difficile, difficile, très difficile.

Bien que le remplissage de la fiche de dépistage (schéma dentaire) prenne du temps, il permet un diagnostic précis et une orientation vers une prise en charge adaptée.

L'établissement doit se fixer des objectifs atteignables et réalistes.

Dans un établissement pour personnes âgées, on est bien dans le « maintien » de l'état bucco-dentaire.

Le choix du correspondant en santé orale (CSO)

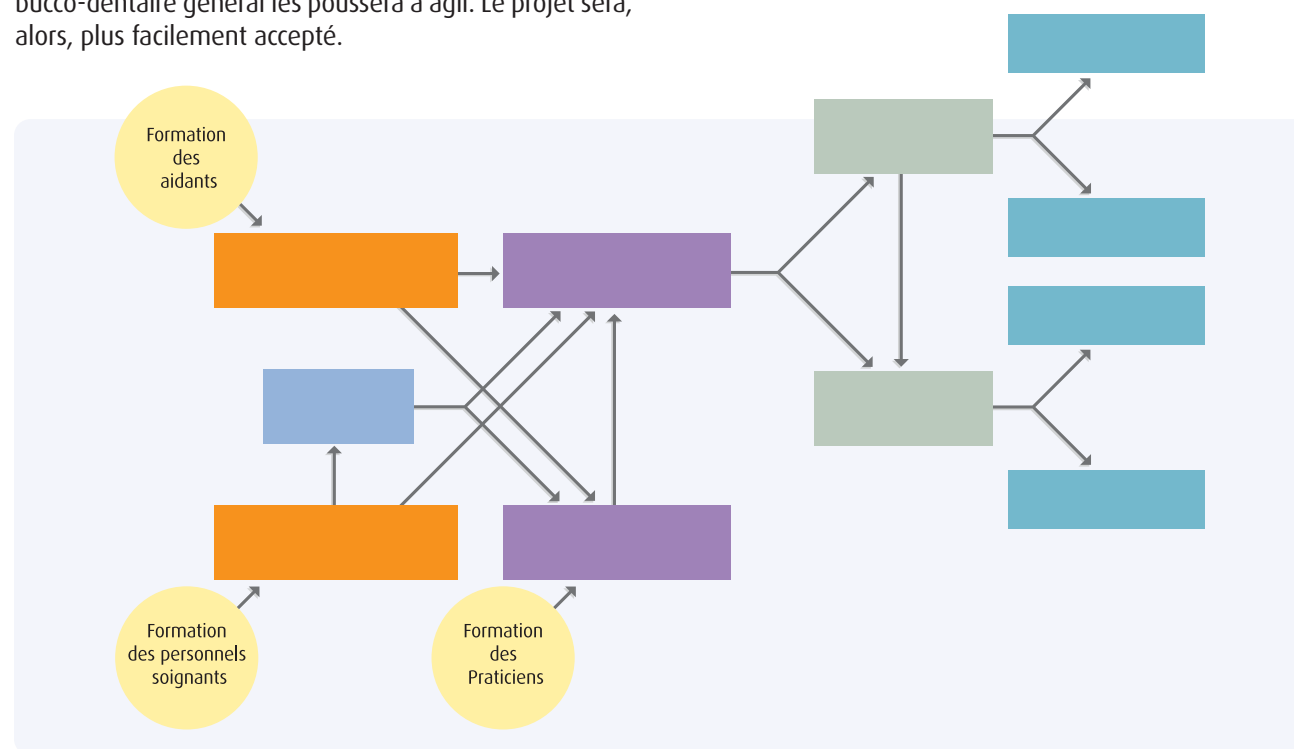
Le CSO doit être à l'écoute des autres et savoir fédérer les équipes, sans stigmatiser les personnes qui ont plus de mal que les autres à effectuer les bons gestes. Il doit chercher à comprendre pourquoi un aidant est en difficulté, s'il veut lever les freins. Une équipe réfractaire ne progressera pas.

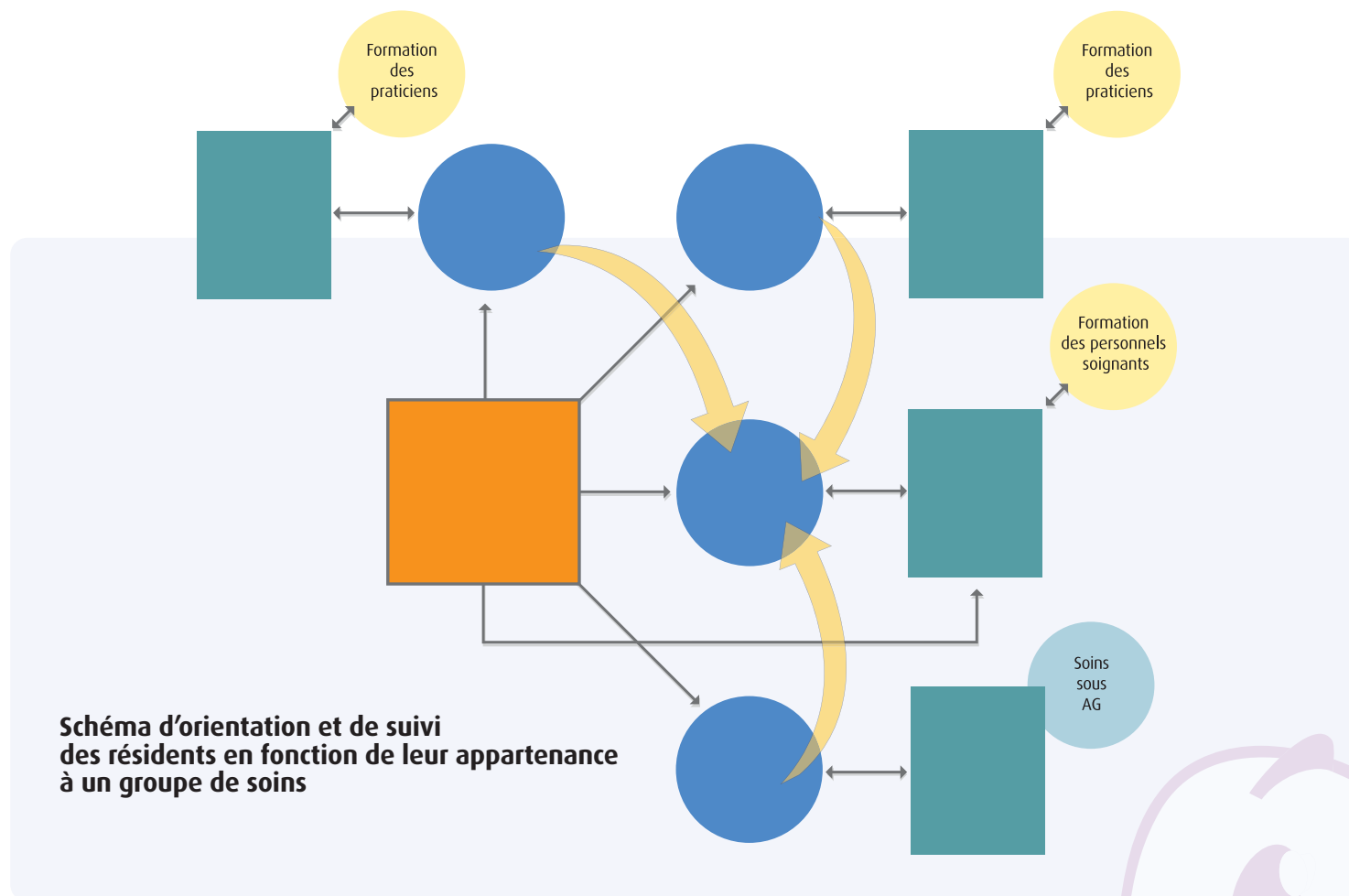
Il est important de reconnaître la charge du CSO, de lui conférer une vraie place et de lui accorder un temps dédié à ses fonctions.

Travailler avec une équipe en accord avec le projet

Si le projet est imposé par la direction et non accepté par le personnel, il ne pourra pas aboutir. Le personnel doit d'abord prendre conscience de l'importance de cette prise en charge.

Soit le personnel est conscient des enjeux, et le projet pourra avancer, soit le personnel est réfractaire. Dans ce cas, il faudra travailler sur la motivation des équipes pour les inciter à s'engager dans la démarche. Un dépistage des résidents et une communication sur leur état dentaire peuvent être de bons moyens pour changer la donne. Le personnel se sent, le plus souvent, très concerné par le bien-être des résidents. Le constat d'un mauvais état bucco-dentaire général les poussera à agir. Le projet sera, alors, plus facilement accepté.







Travailler avec un réseau de santé, trouver des référents

Lorsque l'on parle de maintien de la qualité de vie et de santé bucco-dentaire, la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire est la première étape.

Le **dépistage** sur place et la prise en charge des **soins** sont les autres étapes nécessaires. Elles ne sont pas les plus aisées à mettre en œuvre mais peuvent se réaliser de plusieurs façons :

- le dépistage dans l'établissement,
- les soins auprès des professionnels libéraux : chirurgien-dentiste de proximité, stomatologue,
- les soins sur place,
- les réseaux de soins spécifiques,
- la prise en charge sous anesthésie générale (AG).



Le dépistage dans l'établissement

Un dépistage¹ dans l'établissement peut faciliter la surveillance et l'organisation des soins. L'établissement fera appel soit à un réseau de soins quand il existe localement, soit à des praticiens libéraux en lien avec l'UFSBD et l'Ordre des chirurgiens-dentistes car l'exercice des chirurgiens-dentistes en établissement est très réglementé².



Le recours aux chirurgiens-dentistes de proximité et au stomatologue

Un certain nombre de résidents non autonomes nécessitent des soins « ordinaires » réalisables en cabinet de ville avec une qualité optimale à condition d'être correctement suivis. La confiance établie entre le chirurgien-dentiste et l'établissement est primordiale. Si le praticien sait qu'il peut compter sur un accompagnement dès que nécessaire, il sera plus enclin à accepter ces patients à risques, poly-pathologiques et souvent désorientés. De même, l'établissement aura plus de facilité à solliciter le praticien en cas d'urgence. Lorsque la densité médicale le permet, il est intéressant pour un établissement de s'adresser à plusieurs praticiens afin de répartir la charge sur les chirurgiens-dentistes.

Pour le premier contact avec le praticien, le résident doit toujours être accompagné : soit par la famille, soit par un membre de l'équipe. Cela permet tout d'abord de rassurer la personne. De plus, l'accompagnant informe le praticien des difficultés de la personne lui permettant ainsi d'adapter son approche à la problématique particulière du patient. La mise en place d'un plan de soins, avec un dossier médical à jour, complété des autorisations adéquates si la personne est sous tutelle, en sera aussi facilitée. Pour les rendez-vous ultérieurs, si la famille ne peut être présente, l'équipe décidera en accord avec le praticien soit un accompagnement systématique du patient soit un accompagnement de type « taxi ».

Le recours au stomatologue est plus simple car généralement le patient est adressé pour des actes chirurgicaux préconisés par le chirurgien-dentiste. Attention : les stomatologues font rarement des soins. On leur adresse les patients pour des extractions ou des avis médicaux sur des pathologies particulières (suspicion de lésions cancéreuses, par exemple). Ils réalisent ces actes au cabinet ou sous anesthésie générale en bloc opératoire.

1. Voir chapitre « Favoriser le repérage et le dépistage » p. 45.

2. Voir chapitre réglementation « Intervention des libéraux » p. 83.



Les soins sur place

Les soins sur place³ ne sont pas à privilégier car ils ne peuvent être de même qualité qu'en cabinet. Seuls certains actes sont réalisables. Ils peuvent se faire avec des malles de soins⁴.

Dans certains départements, il existe des « bucco-bus »⁵ qui viennent aux portes de l'établissement.



Les réseaux de soins

Lorsque la personne a besoin d'une prise en charge plus spécialisée, soit parce qu'elle est désorientée, soit parce que sa prise en charge est complexe du fait de sa pathologie et/ou de son handicap, on parle de « soins spécifiques ». Ce type de soins est plus complexe (approche comportementale, Meopa, prise en charge du risque hémorragique, etc ...). Il nécessite une prise en charge hospitalière ou hospitalo-universitaire dans le cadre d'un réseau. L'établissement, avec le concours du praticien ou de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, peut avoir connaissance de ces réseaux et être adressé vers les personnes qualifiées. Le conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a d'ailleurs nommé des référents qui peuvent renseigner et orienter le personnel des établissements⁶.



La prise en charge sous anesthésie générale

Certains résidents nécessitent une prise en charge des soins sous anesthésie générale. Ces soins sont réalisés par des chirurgiens-dentistes ou stomatologues, en bloc opératoire. Généralement, ces praticiens, peu nombreux, interviennent dans les centres hospitaliers publics ou privés. Il y a souvent des listes d'attentes importantes. Ces praticiens ne sont pas toujours intégrés aux réseaux.

3. Voir chapitre « S'équiper » p. 65.

4. Voir fiche technique « La mallette pour soins ambulatoires » p. 66

5. Voir fiche technique « Avantages et limites d'un bucco-bus » p. 59.

6. Voir fiche technique « Les référents ordinaires, l'Ordre des chirurgiens-dentistes » p. 58.



Partenariat de la résidence Jean d'Orbais avec le CHU de Reims (51)

La résidence Jean d'Orbais de Reims¹ a mis en place, en 2012, un groupe de travail avec pour objectif de déceler les pathologies nuisant à une bonne alimentation et donc à une bonne santé. Depuis, un bilan bucco-dentaire est établi à chaque nouvelle entrée dans l'établissement.

En février 2013, une convention a été signée avec le CHU de Reims permettant aux résidents d'être examinés sur place dès leur entrée en établissement. Le Dr Jean-Louis Coeuriot, maître de conférence des universités - praticien hospitalier, responsable de l'enseignement de la gériatrie intervient dans l'établissement avec l'aide du Dr Stéphanie Grenier, assistant hospitalier universitaire, et des étudiants en approfondissement clinique gériatrie, deux vendredis par mois. Ils examinent plusieurs patients à chaque visite :

- un dossier dentaire est alors complété et joint au dossier médical,
- les anciens résidents bénéficient également de cette mesure,
- les soins urgents sont alors programmés en priorité.

Les résidents sont accompagnés par deux aides-soignantes depuis leur chambre. Dans le cas de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, la présence d'un parent est demandée pour rassurer la personne âgée. « Nous examinons l'état bucco-dentaire mais ne pratiquons aucun soin sur place », précise le Dr Jean-Louis Coeuriot. « Il faudrait pour cela disposer d'un équipement lourd pour la stérilisation. Nous rappelons les conseils d'hygiène dentaire et établissons un inventaire des soins à réaliser. » 70 % des résidents ont besoin de soins bucco-dentaires : dents cariées, fissurées, ajustement ou réparation de prothèse, détartrage, sont régulièrement relevés.

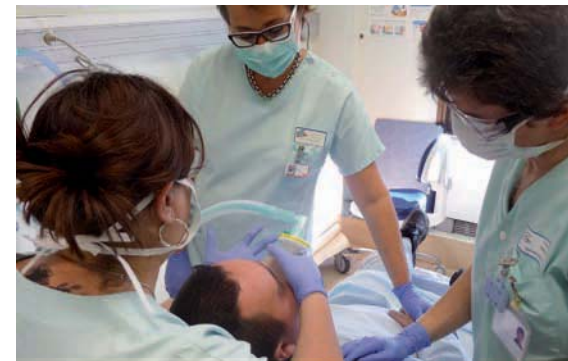
La prise en charge se fait lors de rendez-vous organisés par la suite chez le chirurgien-dentiste libéral du patient ou, à défaut, au CHU. Avec cette organisation, une visite annuelle sera proposée à chaque résident pour maintenir la surveillance.

Ce service proposé permet d'améliorer la qualité de la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents et, pour nombre d'entre eux, de retrouver le sourire.

1. La résidence Jean d'Orbais est un établissement Agirc-Arrco piloté par BTP RMS. Elle accueille 100 résidents en secteur Ehpad et 30 patients en secteur sanitaire (SSR)



Développer un réseau de santé bucco-dentaire à destination des personnes handicapées et âgées dépendantes en Rhône-Alpes



Prise en charge sous Meopa au CH Le Vinatier

Un besoin de santé publique encore peu visible

En 2013, et malgré de fortes disparités, la plupart des Français peuvent accéder aux soins en général et aux soins bucco-dentaires en particulier. L'étude Esopad¹, menée auprès de personnes âgées en institution entre 2009 et 2011, a montré que 29,8 % de ces personnes bénéficiaient de moins de 1 brossage de dents par jour et 66,8 % d'entre elles présentaient une gingivite. On relevait l'existence d'au moins une carie chez 73,5 % des résidents ayant encore au moins une dent. Ces résultats donnent à réfléchir...

Pourquoi cette situation ? Parce que tout contribue à ce que cette population particulièrement vulnérable ne puisse bénéficier de cette prise en charge :

- difficulté pour le résident âgé et/ou handicapé à exprimer et localiser la douleur,
- traitements associés ayant souvent une incidence sur l'état bucco-dentaire du résident,
- troubles du comportement,
- accès quasi inexistant aux discours de prévention en institution,
- difficulté de mise en œuvre des pratiques d'hygiène en établissement,
- accessibilité difficile des lieux de soins,
- problème de formation et de rémunération des professionnels,
- démographie de la profession dentaire,
- spécificité des techniques de soins,
- représentations du handicap et de la perte d'autonomie...

Nous recevons encore aujourd'hui plusieurs sollicitations par jour du type : « *Ma mère est en maison de retraite avec une maladie d'Alzheimer, elle a mal aux dents, la douleur l'empêche de dormir, elle ne mange presque plus. Nous avons essayé de consulter notre chirurgien-dentiste de famille mais elle ne s'assoit pas sur le fauteuil malgré sa bonne mobilité, elle n'ouvre pas la bouche, elle se frappe, elle crie. Que faire ?* »

Un réseau, une réponse graduée, adaptée aux besoins

Face à cette situation, un programme global de santé orale a pu être mis en place par l'équipe du service d'odontologie du Centre hospitalier Le Vinatier, basé sur la prévention (dont le dépistage), la formation des professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux, l'accompagnement aux soins et les soins.

Si le premier recours doit rester le cabinet du chirurgien-dentiste libéral, plusieurs espaces complémentaires ont pu être créés : des centres de santé orale en milieu hospitalier pour réaliser des soins avec approche comportementale seule, sous sédation consciente (prémédication, Meopa) ou sous anesthésie générale. Par ailleurs, une unité mobile dentaire intervient également au sein de 50 établissements médico-sociaux pour personnes handicapées ou âgées dépendantes pour réaliser des soins qui ne peuvent être réalisés en ville.

L'implication des chirurgiens-dentistes libéraux est un élément central du dispositif car ces derniers représentent la grande majorité de l'effectif soignant disponible et peuvent intervenir dans tous ces lieux de soins. Il faut donc réunir, dans ces lieux, les conditions d'un exercice facilité pour ces professionnels confrontés aux besoins spécifiques des patients (assistantes dentaires formées et en nombre suffisant, accès au Meopa, aide au secrétariat et à la logistique, formation des praticiens, rémunération forfaitaire...). Il s'agit pour eux de rompre l'isolement face aux difficultés de prise en charge de ce public, de bénéficier d'un espace de soutien et d'échange de pratiques, de faire évoluer les représentations du handicap et de l'exercice professionnel.

1. Koivogui A., Michelet A., NDiaye G., Modoiu L., Barro S., Laurendon C., Lambert A., Iwaz J., Passerat-Boulade C., Bory E.-N., « État bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes », La Revue de Gériatrie, Tome 38, No 1, janvier 2013.



Développer un réseau de santé bucco-dentaire à destination des personnes handicapées et âgées dépendantes en Rhône-Alpes



Prise en charge sous AG au CH de Givors

Aujourd'hui, une centaine de praticiens libéraux sont adhérents à l'association gestionnaire du réseau (sur 3 696 praticiens inscrits au tableau de l'Ordre en région Rhône-Alpes) mais seulement une vingtaine est impliquée dans les soins. Il faudra donc poursuivre cet effort pour convaincre le plus grand nombre et répartir ainsi la charge de travail.

Des acteurs engagés dans une réponse complexe

Le réseau de santé apparaît comme un outil facilitant, permettant la transversalité et la communication, l'expression des besoins et, *in fine*, la construction de réponses innovantes. Comme dans toute démarche de santé publique, l'ensemble des acteurs concernés doit y avoir sa place : État (l'ARS²), professionnels de santé - libéraux ou hospitaliers -, établissements sanitaires et médico-sociaux, parents et familles, patients eux-mêmes.

C'est donc une démarche complexe qu'il faut mettre en œuvre. Le cœur de métier du réseau doit rester la coordination et la mise en place d'articulations conventionnées entre les acteurs.

Aujourd'hui, le développement du maillage territorial

Cette expérience, initiée en 2001 et très aboutie, a montré le besoin de santé publique et la faisabilité de la prise en charge de cette population handicapée et âgée en perte d'autonomie.

Elle doit maintenant être généralisée sur l'ensemble du territoire de la région Rhône-Alpes. Pour cela, le partenariat, notamment avec les chirurgiens-dentistes libéraux, doit être renforcé et la question de leur rémunération posée, la formation développée, de nouveaux lieux de prise en charge ouverts... Il y a donc du travail. Nous en reparlerons dans dix ans, c'est le temps nécessaire pour l'atteinte de ces objectifs.

2. Agence régionale de santé.



Le réseau de santé bucco-dentaire Appolline



Le réseau Appolline se caractérise par le fort partenariat qu'il entretient entre l'hôpital privé gériatrique des Magnolias (HPGM), le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de l'Essonne¹, et le maillage serré des établissements médico-sociaux en relais sur ce thème. Le réseau est d'ailleurs cité par l'ARS Île-de-France comme exemple reproductible.

Opérationnel depuis 2009, le réseau œuvre sur le territoire de l'Essonne en direction des personnes âgées et/ou handicapées. Ses actions sont tournées essentiellement vers la prévention qu'elle soit primaire (sensibilisation), secondaire (formation des aidants) ou tertiaire (éducation thérapeutique).

Appolline s'attache à former tous les aidants entourant les personnes vulnérables, qu'elles résident en établissement ou à domicile. Parallèlement, des bilans bucco-dentaires sont organisés pour ces publics spécifiques, quel que soit leur lieu d'hébergement, et suivant la demande, aux fins d'une orientation des personnes vers les lieux de soin les plus appropriés à leur dépendance : cabinets libéraux de proximité ou centres hospitaliers et notamment l'HPGM².

Un cabinet dentaire ouvert sur l'extérieur



Le partenariat HPGM-Appolline

Soutenu par les fonds sociaux Agirc-Arrco, l'HPGM a investi en 2004 dans la création d'un cabinet dentaire afin de prodiguer des soins aux patients hospitalisés. Avec la création du réseau Appolline, l'HPGM a souhaité inscrire son action dans un partenariat ville-hôpital. L'idée était que les soins bucco-dentaires prodigués lors de l'hospitalisation du patient à l'HPGM soient suivis lors du retour à domicile de la personne ou de son entrée en établissement de retraite.

Depuis, l'HPGM est devenu pour le réseau Appolline un centre de ressources à travers sa renommée, les locaux mis à disposition, les compétences médicales et soignantes. Un véritable partenariat s'est tissé depuis sa création, au travers notamment des bilans bucco-dentaires effectués à l'hôpital de jour ou encore des soins effectués dans le cabinet dentaire pour des patients adressés par le réseau. Ce partenariat permet une véritable synergie des actions. Les échanges sont en outre facilités par l'implantation des locaux du réseau au sein de l'hôpital des Magnolias, à côté du cabinet dentaire.

Les actions phare du partenariat sont :

- la consultation permettant aux chirurgiens-dentistes libéraux d'exercer dans le cabinet dentaire pour leur patient âgé en perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive, avec mise à disposition des locaux et du personnel soignant,
- les bilans bucco-dentaires des personnes hébergées à l'unité Europa (accueillant l'Ehpad et l'USLD),
- la mise en œuvre de la méthode Humanitude®³ de Gineste-Marescotti, montée avec la participation des soignants dans l'UHR.

1. Qui font partie, à ce titre, du conseil d'administration de l'association portant le réseau.

2. En 2012, 545 bilans réalisés par un chirurgien-dentiste coordinateur du réseau dont plus de 70 à domicile.

3. Philosophie de l'Humanitude® et méthodologie de soin Gineste-Marescotti® : voir le focus « Le recours à la méthode Gineste-Marescotti » p. 62.



Le réseau de santé bucco-dentaire Appolline

D'autres actions sont en cours de développement ou en projet :

- la consultation sous sédation consciente au Meopa par la formation d'une IDE (infirmière diplômée d'État) à ce protocole ;
- le bilan bucco-dentaire systématique, après consentement, lors de toute entrée en établissement à l'HPGM et hôpital de jour, avec bilan panoramique ;
- la consultation gérodentologique (gériatrie de l'art dentaire) *via* le renforcement d'une équipe de chirurgiens-dentistes avec une coordination d'Appolline pour les patients entrants et le développement des protocoles hygiène/matériel de soins par une hygiéniste spécialisée dans ce domaine ;
- la formation de référents bucco-dentaires dans l'hôpital et dans les autres établissements avec la mise en commun des formations développées par REGIES 95⁴ ;
- le **futur service d'odontologie concrétisant le partenariat HPGM-Appolline**

L'ARS recherche des lieux disposant de plateaux techniques de qualité pour faciliter les soins bucco-dentaires des populations vulnérables et spécifiques : personnes âgées, personnes handicapées...

Déployer un service d'odontologie de grande envergure prend tout son sens à l'hôpital gériatrique des Magnolias qui dispose, outre le partenariat Appolline, d'une consultation odontologique externe et d'une infrastructure hospitalière. L'ouverture d'un service d'odontologie comme centre de référence pour les malades atteints de troubles cognitifs peut être reconnu si les moyens humains et les équipements nécessaires sont organisés. De plus, la qualité d'un plateau technique permettant d'assurer les soins bucco-dentaires peut s'ouvrir aux praticiens libéraux adhérant au réseau Appolline lorsqu'ils n'ont pas l'accessibilité à leur cabinet dentaire pour recevoir leur patient handicapé, ni le personnel formé à leur assistance ;

- **l'évolution de la consultation odontologique de l'HPGM**

L'HPGM dispose d'une consultation externe en odontologie gériatrique assurée par un chirurgien-dentiste formé à cette discipline. L'amplitude horaire de la consultation est répartie sur deux jours hebdomadaires, à raison d'une dizaine de patients par jour. En effet,

la plupart des patients soignés ne peuvent être traités en cabinet « traditionnel » et justifient d'un accompagnement hospitalier. La faculté d'établir des diagnostics et des plans de traitement réside dans l'évaluation globale des problèmes médicaux et dentaires. Il serait possible de faire évoluer cette consultation par une meilleure investigation radiologique, sans laquelle les bilans bucco-dentaires ne peuvent être complets, et l'installation d'un équipement permettant l'orthopantomographie (OPG). La consultation peut, en outre, se développer en s'axant sur les soins prophylactiques. La consultation d'odontologie devra répondre à certaines missions prévues dans le schéma d'organisation sanitaire et médico-sociale de l'Agence régionale de la santé (ARS) d'Île-de-France.

- **L'association Appolline** a été créée par le Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Essonne, le Clic La Harpe et l'hôpital gériatrique les Magnolias.
- **Le réseau** opérationnel depuis 2009 est doté de deux infirmières, chargées de la coordination des structures et du suivi, et de deux chirurgiens-dentistes coordinateurs, à temps partiel qui forment les professionnels ou effectuent des bilans bucco-dentaires des résidents ou patients âgés ou personnes handicapées.
- **50 établissements** médico-sociaux ont adhéré à la démarche de santé publique bucco-dentaire auprès de leurs bénéficiaires. Ainsi, plusieurs chirurgiens-dentistes du réseau peuvent aller soit en établissement soit à domicile, avec du matériel portable. Une assistante sociale retraitée va venir renforcer l'équipe et étudiera les demandes de financements ponctuels lorsqu'il y aura un renoncement aux soins pour des raisons financières.

4. Voir le focus « REGIES 95 » p. 29.



Les réseaux de santé bucco-dentaire

Définition

D'après l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD), un réseau de soins est « un dispositif de collaboration sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux. Le patient est au cœur du dispositif. L'objectif d'un réseau est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de population précis ».

Les réseaux de soins ont été initiés par les ordonnances du 24 avril 1996 (dites ordonnances Juppé). Le texte de l'article L.6321-1 du Code de la santé publique, inséré par la loi du 4 mars 2002, détermine :

- l'objet et les missions du réseau ;
- les personnes pouvant participer au réseau ;
- les modalités de financement du réseau.

L'article L.6321-2 du Code de la santé publique précise quant à lui les formes sous lesquelles le réseau peut être constitué.

Objet et missions des réseaux

- Favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.
- Assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.
- Participer à des actions de santé publique.

Les réseaux peuvent être organisés entre :

- les professionnels de santé libéraux ;
- les médecins du travail ;
- des établissements de santé ;
- des groupements de coopération sanitaire ;
- des centres de santé ;
- des institutions sociales ou médico-sociales ;
- des organisations à vocation sanitaire ou sociale ;
- des représentants des usagers.

Les membres du réseau seront bien évidemment fonction de la pathologie, de l'activité sanitaire ou de la population visée par le réseau.

Les réseaux de soins dentaires

Faut-il pérenniser et généraliser les réseaux de soins dentaires spécifiques pour les personnes vulnérables ?

À ce jour, les réseaux existants apportent des réponses locales ponctuelles aux besoins des personnes mais leur mode de financement n'est pas toujours pérennisé. Les bailleurs de fonds se désengagent parfois au gré des politiques régionales de santé.

Certains praticiens intervenant dans les réseaux ne sont pas toujours rémunérés et interviennent bénévolement. Cette situation n'est tout simplement « pas acceptable » selon le Dr Christian Couzinou président de l'ONCD¹. Les praticiens doivent être rémunérés pour des actes de haute technicité parce que les personnes vulnérables

1. Rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire », Dr P. Hescot, Dr A. Moutarde, 7 juillet 2010.



Les réseaux de santé bucco-dentaire

doivent avoir accès aux mêmes « prestations » (compétences et plateau technique) que n'importe quel autre patient.

La plupart des réseaux bucco-dentaires sont des réseaux de soins qui se sont constitués pour pallier le manque. À terme, et dans l'idéal, ils devraient être remplacés par des « centres de recours » locaux (*a minima* au niveau régional) qui s'inscriront en complément et en soutien des chirurgiens-dentistes de ville, en proposant un plateau technique plus complet (permettant des anesthésies générales pour les cas les plus difficiles, en cas d'échec de la prise en charge traditionnelle). Ainsi, les praticiens libéraux n'auraient plus à rentrer « dans un réseau », mais travailleraient naturellement « en réseau », autrement dit « en lien » avec d'autres professionnels et structures de santé. Bien évidemment, cette ambition ne remet pas en cause l'existence des réseaux mais elle ouvre le concept même de réseau à l'ensemble de la profession dentaire et conserve les centres de recours si besoin.

92 % de la profession dentaire exerce en libéral. Les soins pour les personnes en situation de fragilité doivent être assurés et coordonnés par le secteur libéral. Il s'agit non pas de « créer des réseaux » mais de « mettre en réseau » des structures de santé accessibles à tous parmi lesquelles certaines permettent de compenser les difficultés liées à la dépendance.

Pour plus d'informations sur les réseaux bucco-dentaires existants, consulter le site Internet <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/> -> Grand Public -> Réseaux de soins.



Les référents ordinaires dépendance L'Ordre des chirurgiens-dentistes

Le rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire » remis par le Dr P. Hescot et le Dr A. Moutarde le 7 juillet 2010 à Nadine Morano, alors secrétaire d'État chargée de la Famille et de la Solidarité, préconisait l'identification de praticiens-ressources, référents ordinaires sur l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées.

Le débat national sur la dépendance a fait évoluer les questionnements. Les référents sont donc maintenant des référents « dépendance », incluant les personnes handicapées et les personnes âgées.

Leur mission est de permettre d'améliorer l'accès à l'information des personnes vulnérables et de leurs « aidants » professionnels ou familiaux.

En pratique, les chirurgiens-dentistes référents seront chargés de flécher le parcours de soins de ces personnes en fonction de la nature des handicaps et de l'offre de soins la mieux adaptée. Les patients dépendants sont encore trop souvent orientés, en urgence, vers des plateaux techniques lourds et soignés sous anesthésie générale. Ceci devrait pourtant constituer une exception, et les cabinets de ville doivent ouvrir leurs portes aux patients dépendants pour les soins « usuels ».

Pour plus d'informations <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>



Avantages et limites d'un bucco-bus

Un bucco-bus est conçu comme une unité mobile de soins. Cette unité, qui répond à des problèmes concrets de prise en charge, présente de nombreux intérêts, et notamment celui de la proximité du lieu de soins. Sa présence constitue un confort pour la personne âgée qui ne sera pas mobilisée longuement et dans un environnement qu'elle ne connaît pas, l'unité mobile pouvant être installée dans la cour de l'Ehpad pour la journée. De plus, le chirurgien-dentiste pourra échanger avec le personnel de l'Ehpad (médecin coordonnateur, infirmières, aides-soignantes) et éventuellement les aidants naturels si des explications sont nécessaires dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée. Le patient, parce qu'il restera en contact avec les personnes qui lui sont familières, bénéficiera des meilleures conditions médicales, mais aussi psychologiques, de soins dentaires.

Pour être le plus efficient possible, le bucco-bus doit s'inscrire dans un plan d'action global en trois étapes :

1. Élaboration et mise en œuvre de modules de formation et de sensibilisation des acteurs évoluant autour de la personne âgée hébergée en Ehpad :
 - le personnel soignant,
 - les aidants : la famille, les bénévoles, le personnel de restauration, accompagnés par un chirurgien-dentiste de proximité.
2. Examens au chevet des résidents. Ces examens aboutissent à la constitution de trois sous-groupes correspondant, pour chacun d'entre eux, à un niveau de perte d'autonomie et à un besoin spécifique en soins bucco-dentaires.
3. Prise en charge adaptée à chacun des sous-groupes :
 - Le 1^{er} groupe comprend des personnes âgées ne nécessitant pas de soins mais pour qui des procédures de suivi doivent être mises en œuvre : hygiène, entretien des prothèses...
 - Le 2^e groupe se compose des personnes nécessitant des soins bucco-dentaires et dont l'état permet des soins au fauteuil. Des soins et un suivi sans hospitalisation

seront mis en œuvre sur place ou à proximité de leur lieu de séjour (bucco-bus). Grâce à la plate-forme technique du bucco-bus, des soins de confort sont possibles.

- Le 3^e groupe comporte les personnes dont l'état ne permet pas des soins au fauteuil. Un suivi avec soins spécifiques sera mis en œuvre (soins de confort ou en milieu hospitalier).

Quelle pérennité ? Quelles limites ?

Conscients que cette action est réalisée en direction de personnes fragiles à l'espérance de vie diminuée (polypathologies, perte d'autonomie), elle se fera dans le plus strict respect de l'intégrité et de la dignité de la personne, sans proposer à cette population des réhabilitations bucco-dentaires longues et onéreuses au bénéfice médical réduit.

Le but d'un tel programme est de réduire les souffrances physiques et morales consécutives au mauvais état bucco-dentaire. L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes reste la priorité.

Au-delà de la problématique de l'équipement dentaire de la plate-forme technique, le financement d'un bucco-bus est une limite majeure au déploiement large de cet outil.

Le coût de conception mais aussi d'entretien, tant mécanique que dentaire, est considérable. Un éventuel financeur peut estimer insuffisant le bénéfice par rapport au coût, malgré un fonctionnement optimal.

Avant de s'engager dans un tel programme de prévention, il convient donc d'évaluer les réels besoins de l'établissement, la disponibilité des financements et leur pérennité, en prenant bien en compte la possibilité de recrutement de chirurgiens-dentistes vacataires.

Adapter les gestes quotidiens



Assurer, en établissement, l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie est un geste quotidien qui doit certes être efficace mais sans jamais être source de déplaisir - voire pire - ni pour le résident ni pour le soignant.

Le bon geste résultera de la compréhension du bénéfice du soin d'hygiène pour le patient, des savoir-faire acquis par la formation et de l'adaptation permanente du protocole spécifique à chaque personne. Quelques astuces permettent d'éviter des situations d'opposition, toujours mal vécues, et peuvent faire de ce temps de soin un moment agréable.



Mettre en place un rituel pour les soins d'hygiène dentaire

Un soignant attentif pourra, ponctuellement, différer son intervention si l'état du résident le nécessite. Mais, de façon générale, la mise en place d'un rituel quotidien pour les soins d'hygiène dentaire sera de nature à rassurer le résident :

- toujours vers la même heure (après le petit-déjeuner et avant le coucher),
- sur le même fauteuil,

- avec une musique de fond (dont on s'assurera, dans toute la mesure du possible, qu'elle est du goût du soigné et pas uniquement du soignant !),
- et, au besoin, avec un sablier ou un objet fétiche dans les mains.



Rechercher la bonne position

- Pendant l'installation et le brossage, maintenir le plus possible un contact visuel et tactile avec la personne : une attitude souvent bien acceptée consiste à placer en douceur la tête de la personne assise dans le pli du coude du soignant et à soutenir, de sa main, son menton. Dans cette position, relativement maternante, la tête est calée, le contact de la main sous le visage rassure et les mouvements de la brosse sont moins agressifs pour le malade,
- Parler doucement de ce que l'on est en train de faire.



S'aider de quelques techniques

- Si le brossage manuel est devenu trop compliqué (la personne n'ouvre pas correctement la bouche, s'agite, repousse la brosse avec la langue...), on peut utiliser une brosse à dents électrique. Le brossage électrique garantit un brossage efficace avec des mouvements en bouche plus souples et moins stressants pour le malade ;
- si le patient a du mal à maintenir la bouche ouverte ou s'il ne l'ouvre pas, on peut glisser doucement une cale¹ d'un côté et brosser tranquillement le côté libre puis on change de côté ;
- si le malade ne sait plus cracher et si l'on ne peut pas lui rincer la bouche, il convient de ne pas abandonner pour autant le dentifrice (avec du fluor) mais d'utiliser une dose moins importante (l'équivalent d'un petit pois). Ce n'est pas grave s'il l'ingère ;
- si le brossage des dents n'est pas possible, utiliser une compresse imbibée de dentifrice dilué, enroulée autour du doigt. La passer sur les dents, les gencives et à l'intérieur des joues pour enlever au maximum les dépôts accessibles.

¹. Voir fiche technique « Le matériel spécifique » p. 67



La méthode Gineste-Marescotti adaptée à la santé bucco-dentaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer *portée par le réseau Appolline selon la méthode Humanitude¹*

En partenariat avec l'hôpital privé gériatrique les Magnolias (HPGM)

Le réseau de santé bucco-dentaire Appolline œuvre en direction des personnes âgées et/ou handicapées et s'attache à former les aidants entourant les personnes vulnérables, qu'elles résident en établissement ou à domicile.

L'hôpital privé gériatrique les Magnolias (HPGM), en est l'élément constitutif incontournable, à la fois centre de ressources et d'expérimentation pour le réseau².

Parmi les actions développées, l'unité spécifique Alzheimer de l'HPGM a été terrain d'études pour l'adaptation de la méthode Gineste-Marescotti à l'hygiène bucco-dentaire des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Formé à cette méthodologie depuis 2004, le personnel soignant de l'HPGM prend en considération la personne et son degré d'autonomie, afin de maintenir ses capacités, notamment lorsqu'il s'agit de réaliser la toilette corporelle. Mais le personnel « rechigne » à réaliser la toilette bucco-dentaire dans la crainte de déclencher des comportements d'agitation pathologique. Dans ce cadre, l'expérience avec les chirurgiens-dentistes du réseau Appolline a eu pour objectif de construire des outils adaptés à l'hygiène bucco-dentaire en intégrant l'approche Humanitude.

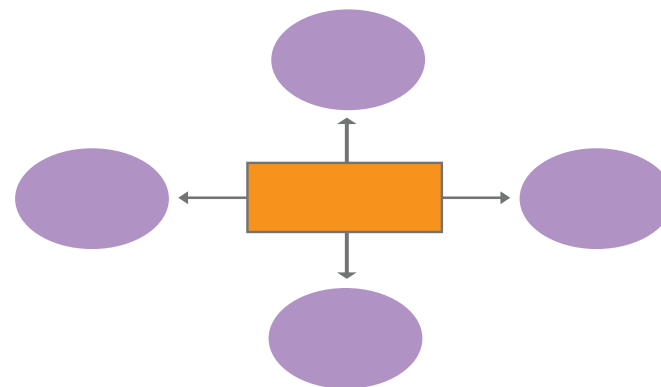
En préliminaire, la réalisation de bilans bucco-dentaires a mis en évidence que l'hygiène bucco-dentaire n'était réalisée que chez 20 % des résidents. Le personnel, utilisant différentes stratégies pour pallier les refus, reconnaît se sentir parfois impuissant ; leur insistance conduit fréquemment à des situations conflictuelles ou des abandons de soins. L'intrusion dans la cavité buccale est fréquemment perçue comme une atteinte à l'intimité. Cela explique notamment le fait que les aides-soignant(e)s préfèrent réaliser les soins de bouche à la fin de la toilette corporelle. Elles admettent également n'avoir que peu de temps le matin à consacrer à la toilette buccale, en raison de l'organisation du service.

La méthode Gineste-Marescotti

La méthode a été mise en place pour valoriser l'approche de la personne âgée dans une nouvelle relation, bousculant les pratiques du personnel soignant afin qu'il prenne en compte l'ensemble de la personne dans son humanité. Ainsi, la personne âgée est placée au cœur du dispositif des soins.

Quatre vecteurs seront au centre de cette démarche :

- **la verticalité** : faire que la personne puisse se tenir debout, comme pendant sa toilette par exemple.
- **Le regard horizontal**, axial et empreint de tendresse : se mettre à sa portée pour que les regards se croisent.
- **La parole** : le ton doit être mélodieux, doux et accompagné de mots tendres, même et surtout dans le cadre d'une toilette, il est important d'annoncer le soin pour le décrire ensuite.
- **Le toucher** : quand la communication ne passe plus que par les gestes et les comportements. Comme un « toucher tendresse ».



1. Philosophie de l'Humanitude © et méthodologie de soin Gineste-Marescotti®. 2. Voir le focus « Le réseau Appolline » p. 54.



La méthode Gineste-Marescotti adaptée à la santé bucco-dentaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

En adoptant cette méthode, le personnel soignant a moins d'appréhension à effectuer la toilette et la prise en charge des personnes s'en trouve nettement améliorée³.

Devant les résultats prometteurs de cette approche et les difficultés rencontrées par le personnel soignant pour effectuer des toilettes buccales auprès de certains patients, le réseau Appolline et l'hôpital privé gériatrique les Magnolias ont choisi de se positionner sur ces mêmes principes afin d'améliorer l'hygiène buccale de ces personnes.

En 2012, lors du colloque international et annuel Humanitude, le réseau Appolline est intervenu sur l'adaptation de cette méthode au profit de la toilette buccale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en tenant compte des problématiques matérielles et organisationnelles pouvant être rencontrées dans tout service.

Parmi les préconisations :

- première recommandation : **trouver le moment le plus opportun** pour réaliser la toilette buccale. Il est d'usage de la proposer à la suite de la toilette corporelle du matin, ce qui ne convient pourtant pas à tout le monde. La réflexion menée au sein de l'unité Alzheimer a permis de constater que le refus des malades résultait principalement :
 - de la fatigue engendrée par la toilette corporelle,
 - du sentiment qu'un soin est terminé après que la personne soit habillée, ce qui engendre une incompréhension puis un refus devant l'amorce d'un nouveau soin.

En cas d'échec du brossage dentaire : s'adapter au résident et effectuer une nouvelle tentative, à distance de la toilette corporelle, dans la matinée ou l'après-midi. Cette exigence peut certes paraître difficilement réalisable au premier abord.

- deuxième recommandation : **trouver la position la plus adaptée** tant pour le résident que pour le soignant, afin que la toilette buccale soit réalisée dans de bonnes conditions. Classiquement, le résident est installé devant le lavabo et le soignant à son côté. Le soignant n'a ainsi que peu de possibilités d'apporter une aide efficace et optimale dans la pratique du brossage. De plus, le résident et le soignant sont souvent positionnés dans

un espace restreint, ce qui peut être un élément déclencheur d'oppression et de refus. Il est proposé de faire asseoir le résident, par exemple sur le siège de la douche, ce qui lui permet de se détendre plus facilement. Le soignant peut alors se mouvoir plus aisément, s'accroupir et ainsi se retrouver face à la personne, à sa hauteur avec un regard horizontal et axial.

- Troisième recommandation : **pas d'introduction immédiate de la brosse à dents en bouche** sous peine de provoquer un mouvement de recul chez la personne. Si le patient est en situation de refus, ce geste sera source de stress et d'agressivité. Il est donc préconisé de réaliser une préparation au brossage, afin de mettre le résident en confiance. Dans la mesure où celui-ci est bien installé, l'aide-soignant peut débiter le soin d'hygiène par une caresse des joues et du menton. Les mains doivent être grandes ouvertes et le geste doux.

Conclusions

• Le déroulé de la formation à l'hygiène

L'application de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti à l'hygiène bucco-dentaire chez des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, semble être une solution pour vaincre la réticence des soignants et réaliser cet acte de soin dans la dignité de la personne. Néanmoins, il est nécessaire que cette démarche s'inscrive dans un projet de service afin que l'ensemble du personnel se sente impliqué et investi dans cette problématique.

Le réseau Appolline se base sur l'enseignement dispensé aux soignants de l'hôpital gériatrique les Magnolias afin que les chirurgiens-dentistes coordinateurs, formés en même temps à la démarche de la toilette corporelle, se l'approprient pour la toilette buccale et visualisent les temps nécessaires pour la mise en confiance.

3. « Évaluation de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti, dite « Humanitude », lors de formations in situ ». La revue Gériatrique, Tome 33, Supplément A au n°6 – Juin 2008.



La méthode Gineste-Marescotti adaptée à la santé bucco-dentaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Le chirurgien-dentiste coordonnateur en charge de la formation tiendra compte des exigences médicales d'une bonne hygiène buccale, pour les transposer aux difficultés rencontrées par les aides-soignant(e)s lors de cette toilette. Un protocole traduira précisément cette adaptation.

• La formation des praticiens libéraux

Les principes de cette méthode adaptée à la toilette buccale sont enseignés aux chirurgiens-dentistes libéraux, à leurs assistant(e)s, ainsi qu'aux médecins traitants ou coordinateurs ayant constaté une dénutrition sévère et durable de leur patient atteint de la maladie d'Alzheimer.

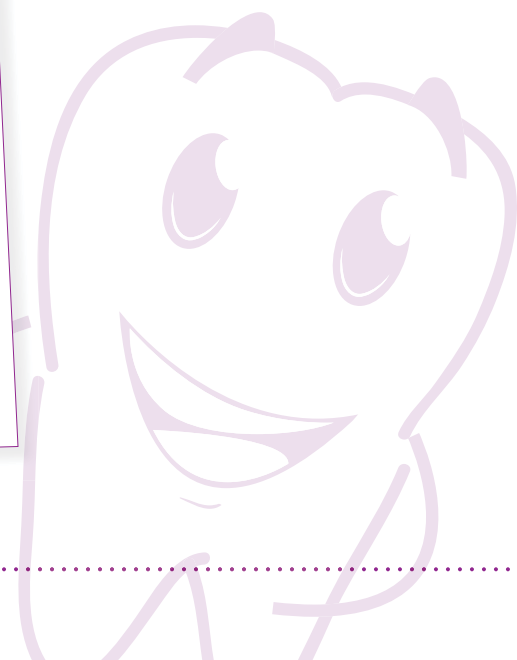
Une soirée de formation sera conçue pour que les praticiens de santé rencontrent la possibilité d'instaurer des soins de confort tout en se servant de cette approche spécifique pour prodiguer leurs soins à leur malade.

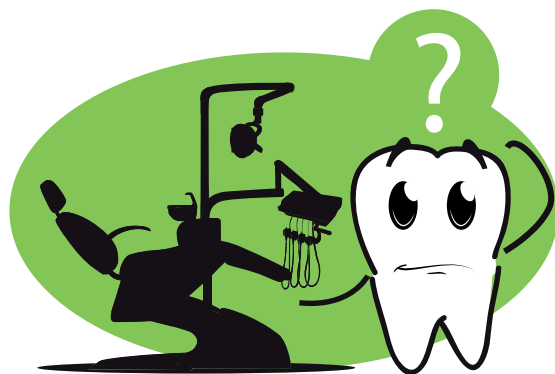
Une étroite collaboration entre les différents intervenants est essentielle. Autant il est primordial que le chirurgien-dentiste soit sensibilisé aux pratiques de cette approche et s'imprègne de ses concepts fondateurs, autant les soignants et les praticiens coordinateurs et hospitaliers devront comprendre les enjeux d'une bonne hygiène buccale, tant sur le plan de la santé bucco-dentaire que sur le bien-être apporté au patient.

Le réseau Appolline cherche par cette méthode à instaurer une prévention secondaire et tertiaire des maladies buccales (éviter l'aggravation de celles-ci provoquant une dénutrition durable).

Cette méthode reconnue va bien au-delà des patients atteints de maladie d'Alzheimer. Le réseau Appolline compte la diffuser auprès des familles et des éducateurs entourant les personnes handicapées mentales.

Au moment du diagnostic de la maladie d'Alzheimer, coupler systématiquement le bilan bucco-dentaire avec la consultation de médecine générale ou le bilan à l'hôpital de jour permettrait de prendre les problèmes bucco-dentaires bien en amont. Car c'est au début de la maladie que peuvent s'exécuter les soins bucco-dentaires d'envergure nécessaires.





S'équiper

La réalisation des soins présentant de nombreuses difficultés, un chef d'établissement peut légitimement se poser la question : « dois-je installer un **cabinet dentaire** dans mon établissement ? »

Un cabinet sur place évitera, certes, la difficulté du déplacement, engendrant moins de stress pour les résidents qui se sentiront « chez eux »... Mais, il faut considérer l'investissement initial puis les conditions d'utilisation et d'entretien.

L'investissement :

L'investissement en **matériel neuf** est conséquent : à titre indicatif, il faut compter un minimum de 200 000 euros.

Le recours au **matériel d'occasion** présente des risques car le soin aux personnes âgées requiert un matériel moderne et robuste.

Le fonctionnement :

Un **fauteuil dentaire** doit fonctionner régulièrement pour rester performant. S'il ne fonctionne qu'une demi-journée par semaine, il nécessitera davantage d'interventions techniques.

Les soins dentaires sont des actes qui nécessitent des conditions d'hygiène spécifiques. Outre le prix des produits à considérer, un corollaire de mesures justifiant de la traçabilité des actes de stérilisation va être chronophage.

Une personne qualifiée devra être mobilisée pour effectuer ce travail de stérilisation. Ceci signifie une formation spécifique d'un soignant de l'équipe puis un temps de stérilisation presque identique au temps de chaque intervention du praticien.

On peut envisager l'externalisation de la stérilisation. Cela représente un coût supplémentaire non négligeable et entraîne davantage d'usure des instruments rotatifs, notamment.

Le matériel répond à de nombreuses obligations réglementaires liées à l'installation de la radio : la radio-compétence, la radio-protection, la surveillance du personnel en contact avec les rayons, le contrôle de l'installation électrique, la surveillance du matériel technique (vérification de sécurité des compresseurs, du stérilisateur,...), la gestion des risques pour le personnel, etc.

Par ailleurs, il sera nécessaire de prévoir du personnel médico-social :

- toujours vers la même heure (après le petit-déjeuner et avant le coucher),
- mais aussi pour accompagner les patients lors des vacances et rester présents auprès d'eux.

Une étude rigoureuse doit donc être faite avant d'envisager le lancement d'un tel projet.

L'idée de **mutualiser cet investissement** avec des résidences voisines est possible, à condition d'être en ville avec une grande proximité. On perdra sinon les avantages, en se retrouvant dans la même situation qu'un cabinet de ville.

Trouver un praticien qui vienne exercer sur place n'est pas forcément aisé compte tenu de la démographie actuelle. Il faudra décider par ailleurs s'il sera salarié, vacataire ou libéral.

Mettre à disposition des locaux pour que des médecins, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, libéraux installent leur cabinet, ouvert à tous, à proximité de l'établissement, est possible. Mais l'établissement ne pourra pas « exiger » la prise en charge de ses résidents si le praticien veut limiter son activité.

Lorsqu'un **réseau de soins**¹ dispose d'un **bucco-bus**², les conditions sont différentes. C'est un cabinet dentaire autonome avec un chirurgien-dentiste et une assistante, géré par le réseau. Les obligations réglementaires sont également assurées par le réseau.

Le **matériel portatif de type mallette**³ permet de réaliser les soins les plus urgents pour des résidents qui ne peuvent pas du tout être déplacés. Mais seuls seront assurés des soins de confort ou palliatifs.

1. Voir fiche technique « Les réseaux de santé bucco-dentaire » p. 56.

2. Voir fiche technique « Avantages et limites d'un bucco-bus » p. 59.

3. Voir fiche technique « La mallette pour soins ambulatoires » p. 66.



La mallette pour soins ambulatoires

<http://www.medicalexpo.fr>



<http://french.alibaba.com>

Suite au dépistage dans l'établissement, les résidents sont répartis par groupe en fonction des besoins et de leur capacité à être soignés. L'objectif est de faire exécuter les soins dans les meilleures conditions possibles. À ce titre, le recours aux soins de ville doit être privilégié car la qualité sera toujours meilleure.

Cependant, pour certains patients difficiles à déplacer, présentant des besoins de soins palliatifs ou de confort, on pourra proposer de faire venir un chirurgien-dentiste avec un matériel de soins portatif. Il pourra alors réaliser quelques soins en ambulatoire. Les actes engagés restent limités à des soins d'urgence et/ou de confort.

La priorité réside dans le traitement de l'urgence par le soulagement de la douleur, la prise en charge des infections et des traumatismes bucco-dentaires. Les bonnes conditions ne seront pas suffisantes pour un plan de traitement complet et élaboré.

Les soins sont difficiles à réaliser seul. Il faut donc prévoir une aide sur place, désignée parmi le personnel de l'établissement et formée (le CSO de préférence) ou prévoir deux praticiens par intervention (attention au coût engagé).

Le matériel est constitué d'un « Kart » de chirurgien-dentiste transportable avec ses instruments rotatifs et son aspiration. Il faut y ajouter tout le petit matériel nécessaire aux soins. On donnera la préférence au jetable, si il n'y a pas de structure spécialisée pour assurer le suivi de l'asepsie et de la stérilisation.

L'entretien et la stérilisation sont des points importants

Il faut effectuer une décontamination entre chaque patient : lingettes et sprays.

Les inserts de détartrage sont changés après chaque patient. La stérilisation des inserts,



<http://www.athenadental.fr>

Un contact avec l'UFSBD, l'Ordre départemental des chirurgiens-dentistes et la CPAM locale est fortement recommandé afin de présenter le projet et la démarche, puisque l'exercice de la chirurgie dentaire en dehors du cabinet n'est pas autorisé en France, sauf conditions particulières.

des instruments rotatifs, des fraises, etc., est assurée :

- soit par une structure (hôpital, clinique, structure intermédiaire) avec possibilité de contrat,
- soit par le praticien qui réalise la vacation, et qui stérilisera les instruments dans son cabinet.

Limites de la démarche

Il est évident que le soin ambulatoire et le public cible (personnes âgées dépendantes) rendent compliquées certaines démarches. Il faut être attentif et disposer des autorisations de soins.

Les difficultés liées à la prémédication de certains patients seront identiques à celles rencontrées en cabinet. Les pathologies des patients peuvent entraîner des risques non contrôlables en dehors du cabinet, faute de contrôle radiologique ou de matériel adéquat car tout n'est pas transportable. Il faut donc limiter ces actions aux soins minimum, d'urgence ou de confort.



Le matériel spécifique

LE MATÉRIEL DIFFÈRE SELON LE SOIN

1. Le brossage des dents : une brosse à dents, un verre, une serviette, une cuvette.
2. Le soin de bouche : abaisse langue, compresses, gants, haricot, verre, serviette.
3. L'entretien des prothèses dentaires : une brosse à prothèse, une boîte à prothèse.
4. Gants, masque, lunettes de protection (pour les patients agités).

Recommandations de l'Arlin Pays-de-Loire (Agence régionale de lutte contre les infections nosocomiales) :

- Des gants de soins doivent être utilisés comme pour toute autre procédure de soin sur les patients, notamment en raison d'un contact avec un liquide biologique (salive).
- Dans les procédures usuelles, le masque est aussi recommandé.
- Pour tous les patients et surtout pour les patients agités, il faut prévenir aussi les projections oculaires en utilisant pour le soignant des lunettes de protection.

Attention : Les bâtonnets pré-imprégnés sont à proscrire au vu de leur teneur en acide citrique qui produit une déminéralisation (identique au processus carieux). Des bâtonnets non imprégnés peuvent être utilisés avec des solutions pour bain de bouche.

LES OUTILS

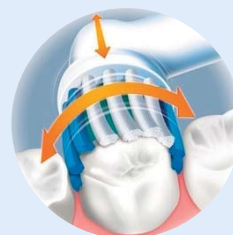
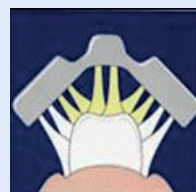
Les différentes brosses à dents



Source UFSBD

La brosse à dents manuelle

Elle doit être souple car les personnes âgées ont peu de salive et des gencives fragilisées. La tête doit être petite pour passer partout même avec une faible ouverture. Quand les poils sont trop divergents, il faut la changer.



Le manche ergonomique (Inava)

Il peut être intéressant pour les patients gardant une certaine autonomie mais ayant des problèmes de préhension.

Inava System est constitué d'une brosse à dents Inava 20/100 montée sur un manche en mousse léger et ergonomique afin de faciliter la prise en main de la brosse. En effet, pour certaines personnes, le brossage peut devenir un vrai parcours du combattant, notamment quand les mains sont douloureuses ou perdent en dextérité ; la simple manipulation peut alors devenir difficile.

<http://www.inava.fr/brosses-dhygiene-quotidienne inava-system>

La brosse à dents trifaces

C'est une brosse avec une forme ergonomique qui brosse la face occlusale et les faces latérales en même temps. On la trouve sur Internet ou bien on peut la commander en pharmacie. Elle peut convenir aux personnes âgées et aux personnels accompagnants. C'est une alternative à la brosse à dents électrique.



La brosse à dents électrique

Lorsque les patients ont des difficultés articulaires ou motrices, et qu'ils souhaitent garder leur autonomie, la brosse à dents électrique peut les aider à rester efficaces. Le personnel accompagnant peut trouver un avantage à utiliser cette brosse avec



Le matériel spécifique



les patients peu coopératifs. Avec la brosse électrique, le brossage est simplifié car le mouvement se fait seul. Il faut juste la passer dent par dent, à cheval entre la gencive et la dent, sur tous les cotés et à l'intérieur. L'accompagnant a moins à se concentrer sur le geste : il doit juste diriger la brosse.

Les cale-bouches

Ces cales peuvent aider au maintien de l'ouverture buccale, en douceur. Leur matériau en silicone souple permet un bon amortissement et un nettoyage facile. On peut les introduire sur un côté, pour pouvoir brosser le côté opposé, sans risque de blessure.



Illustrations à titre
purement indicatif :
plusieurs modèles existent
sur le marché.



Les compléments du brossage

- **Le fil dentaire** : il permet le nettoyage des zones inter-dentaires, dents très serrées ou se chevauchant (demander au chirurgien-dentiste de montrer son utilisation).
- **Les brossettes inter-dentaires** : à recommander pour appareils fixes, éléments de bridge, espaces inter-dentaires.
- **Le révélateur de plaque** : Il s'agit de comprimés ou d'une solution colorante. Il permet le contrôle du brossage en colorant la plaque dentaire et en mettant en évidence les zones mal brossées. Fortement indiqué pour motiver au brossage, chaque fois que l'hygiène doit être rigoureuse.

Pour l'entretien des prothèses dentaires :

Les brosses à prothèse

Leur forme adaptée facilite le brossage de l'intrados des prothèses. Puis, on entrepose la prothèse préalablement nettoyée dans une boîte dédiée.



Connaître la réglementation : obligations et définition des rôles¹

Législation et réglementation actuelle



Il n'existe pas de texte officiel réglementaire qui développe de façon spécifique les thèmes de l'hygiène bucco-dentaire et la prise en charge des soins.

On trouve, en revanche, plusieurs recommandations d'organisations nationales ou départementales.

Les plus importantes sont compilées dans un document qui a été réalisé pour le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des sports en 2007, par la direction générale de la Santé (DGS), la direction générale de l'Action sociale (DGAS) et la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG). *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad²* sont des recommandations qui décrivent les mesures à mettre en œuvre. L'hygiène bucco-dentaire est abordée en soulignant son importance dans le maintien de la santé de la personne âgée.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) met en avant de façon plus générale le besoin d'évaluation de l'état de santé de la personne, avant son entrée en établissement, et la nécessité de mettre en place un projet de suivi des soins du résident.

En 2009, un groupe d'experts publie un document très complet sur la prévention des infections en Ehpad³. Les recommandations sur l'hygiène bucco-dentaire y figurent également.

Plusieurs membres du réseau des Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) ont publié des fiches pratiques sur l'hygiène bucco-dentaire.



Le rôle de la direction de l'établissement

La direction veille à ce que la personne âgée entre dans l'établissement avec un bilan bucco-dentaire. Elle organise la prise en charge de l'hygiène et des soins en mettant les moyens nécessaires et le personnel soignant adéquat à la disposition des résidents.



Les soignants

Les soignants doivent établir un programme de soins en accord avec la personne âgée et en adéquation avec ses capacités physiques et mentales. Les différents professionnels interviennent en étroite collaboration pour optimiser la prise en charge. Ainsi, **CSO**, **AS** et **AMP** veillent à une hygiène bucco-dentaire de qualité. Leur vigilance

ainsi que l'intervention de dépistage régulier permettent une surveillance adaptée et, le cas échéant, la prise en charge des soins.



Les familles

Les familles doivent être associées à cette prise en charge. Elles doivent être informées du suivi de soins et doivent être associées aux décisions. L'établissement doit favoriser l'accompagnement des résidents par leur famille pour assurer les soins à l'extérieur dans la mesure de leur possibilité. En cas de difficulté, l'établissement devra se substituer aux proches accompagnants tout en préservant les liens familiaux.

Les fiches techniques jointes permettent d'énoncer le champ d'intervention des différents professionnels en Ehpad et de préciser ainsi « qui est autorisé à faire quoi ».

1. Document rédigé par le service juridique du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

2. Les bonnes pratiques de soins en Ehpad : Quelques recommandations, DGS/DGAS/SFGG octobre 2007, p 62-63.

3. Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Consensus formalisé d'experts, Juin 2009 - HYGIENES Revue officielle de la Société française d'hygiène hospitalière - volume XVIII - n°1, février 2010, p 55.



Rôle des infirmiers dans la sphère bucco-dentaire¹

Selon l'article L. 4311-1 du Code de la santé publique :

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ».

La profession d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) est classée par le Code de la santé publique dans la catégorie des auxiliaires médicaux. Ainsi, contrairement aux médecins qui ont capacité à effectuer tout acte de soins portant sur l'intégralité du corps humain, les infirmiers n'ont capacité à réaliser que les actes dont la liste est fixée par décret. La réalisation d'un acte non visé par décret fait encourir à l'infirmier des poursuites pour exercice illégal de la médecine.

Ce principe vaut pour les actes effectués dans la sphère bucco-dentaire. Sont du monopole du chirurgien-dentiste les actes de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants (article L. 4141-1 du Code de la santé publique). Par exception à ce monopole, l'infirmier ne peut réaliser dans cette zone anatomique que les actes visés par décret.

Le décret relatif aux actes professionnels des infirmiers étant une exception au monopole des professions médicales, il est d'interprétation stricte. La liste de ces actes a été codifiée aux articles R. 4311-1 et suivants du Code de la santé publique.

1. Document rédigé par le service juridique du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

Ces textes distinguent les actes relevant du rôle propre de l'infirmier, qu'il peut accomplir sans prescription médicale ou protocole médical, et les actes délégués, accomplis dans le cadre d'une prescription médicale ou d'un protocole médical.

L'article R. 4311-5 traite du rôle propre de l'infirmier et dispose notamment que :

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
 (...) ».

19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
 (...) ».

28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
 (...) ».

L'article R. 4311-5 traite du rôle propre de l'infirmier et dispose notamment que :

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée



Rôle des infirmiers dans la sphère bucco-dentaire

et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

(...)

« 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;

(...) ».

Il résulte de ces dispositions que le rôle de l'infirmier dans la sphère bucco-dentaire peut être circonscrit de la manière suivante :

- éducation à l'hygiène bucco-dentaire,
- réalisation de l'hygiène bucco-dentaire,
- recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé,
- soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux.

1. Éducation à l'hygiène bucco-dentaire

De nombreux textes attribuent un rôle à l'infirmier en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Ainsi, l'article L. 4311-1 précité indique que « l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé ».

De même, l'article R. 4311-1 précise que l'exercice de la profession d'infirmier comporte « la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ».

Et les deux premiers alinéas de l'article R. 4311-2 disposent quant à eux que :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ; (...). ».

Le rappel des consignes d'hygiène bucco-dentaire fait indéniablement partie de l'éducation à la santé.

Les infirmiers en général sont donc habilités à intervenir auprès des patients pour effectuer ce rappel.

2. Réalisation de l'hygiène bucco-dentaire

Le 1° de l'article R. 4311-5 du Code de la santé publique habilite l'infirmier à effectuer des soins et utiliser des procédés visant à assurer l'hygiène de la personne.

Le brossage des dents est considéré comme un élément de l'hygiène bucco-dentaire (voir le rapport de la Haute Autorité de santé intitulé « Stratégies de prévention de la carie dentaire », mars 2010).

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est donc habilité à effectuer un brossage des dents à un patient.



Rôle des infirmiers dans la sphère bucco-dentaire

3. Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est habilité à « recueillir des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne » (article R. 4311-5 du Code de la santé publique).

Pour déterminer ce que contient ce rôle de recueil des observations, il faut également se référer à l'article R. 4311-1 :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ».

Et à l'article R. 4311-2 :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle

- (...)

- De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions (...).

De même, le référentiel de compétences pour la profession d'infirmier prévoit que celui-ci « évalue une situation clinique et établit un diagnostic dans le domaine infirmier » (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009).

En application de ces dispositions, le rôle d'observation de l'infirmier peut conduire à deux situations distinctes :

- un rôle d'observation et d'évaluation d'une situation clinique qui conduit l'infirmier à établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
- un rôle d'observation et de recueil des informations utiles aux autres professionnels de santé, et notamment aux professions médicales pour poser leur propre diagnostic.

Dès lors, il paraît primordial de savoir ce qu'englobe le diagnostic infirmier et de connaître son articulation avec le diagnostic médical.

La littérature définit le diagnostic infirmier de la manière suivante :

« Un diagnostic infirmier est un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie, d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable² ».

Ces documents précisent que le diagnostic infirmier est complémentaire du diagnostic médical et ne s'y substitue pas, qu'il est centré sur les besoins de la personne et non directement sur sa pathologie.

Le diagnostic infirmier est la détermination d'un soin dont l'infirmier a l'entière responsabilité : il intervient **dans le seul domaine des soins dont l'infirmier a la responsabilité**.

L'exemple de diagnostic infirmier suivant peut être donné :

Un patient alité, qui bouge peu, présente des rougeurs au niveau des talons et du coccyx.

2. Approuvé lors de la 9^e conférence internationale de l'Association nord-américaine pour les diagnostics infirmiers (Anadi), en 1990.



Rôle des infirmiers dans la sphère bucco-dentaire

L'infirmier pose donc comme diagnostic : altération de l'état cutané lié à un alitement prolongé. Il met alors en place un changement de position du patient régulièrement et des massages trophiques des talons et du bas du dos. Il surveille l'évolution et si besoin en avise le médecin pour prescrire un traitement.

Le diagnostic infirmier peut être posé car la prévention et les soins d'escarres font expressément partie du rôle propre de l'infirmier (article R. 4311-5, 22°, du Code de la santé publique).

A contrario, dans le domaine bucco-dentaire, traiter une carie ne figure pas parmi la liste des soins dont l'infirmier peut être responsable (article R. 4311-5 du Code de la santé publique).

Ainsi, un infirmier n'est pas habilité à diagnostiquer une carie.

Ces actes relèvent du seul chirurgien-dentiste (article L. 4141-1 du Code de la santé publique).

Il reste que l'infirmier a un rôle d'observation et de recueil des informations qui doit notamment permettre aux professionnels médicaux de poser leur diagnostic.

Aucun élément juridique ne permet d'exclure la sphère bucco-dentaire du rôle d'observation de l'infirmier.

Au contraire, l'article R. 4311-5 du Code de la santé publique a un libellé très large puisqu'il autorise l'infirmier à recueillir des observations « de toute nature » qui sont « susceptibles » de concourir à la connaissance de « l'état de santé de la personne ». De même, l'article R. 4311-2 du Code de la santé publique l'autorise à recueillir les « informations utiles » au diagnostic des professionnels médicaux.

La question est donc de savoir jusqu'où peut aller l'infirmier dans ce rôle d'observation.

Il ressort de la littérature que pour recueillir ces observations, l'infirmier est habilité à mener un examen clinique, comportant un entretien avec le patient et un examen physique.

L'examen clinique physique est habituellement défini comme un examen direct du patient à l'aide de la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher et par le biais de certains appareils courants comme le stéthoscope ou le tensiomètre.

Dans le cadre de cet examen physique, l'infirmier serait habilité recourir à quatre techniques :

- l'inspection qui est une observation minutieuse du patient ;
- la palpation qui peut être légère (comme une palpation du pouls) ou profonde (comme l'évaluation du volume d'un organe). La palpation permet par exemple d'évaluer la température, la texture, la turgescence, la présence d'œdèmes ou la sensibilité ;
- la percussion ;
- et l'auscultation.

En tout état de cause, le rôle d'observation de l'infirmier exclut les actes invasifs, c'est-à-dire les actes qui conduisent à transpercer la peau ou les dents.

Plus précisément, dans le domaine bucco-dentaire, comment pourrait s'exercer ce rôle d'observation de l'infirmier ?

- Dans le cadre de l'**entretien clinique**, l'infirmier paraît habilité à questionner le patient sur l'existence d'éventuelles douleurs dentaires, par exemple.
- Dans le cadre de l'**inspection**, l'infirmier paraît habilité à observer à l'œil nu l'état de la bouche et de la denture du patient. Dans ce cadre, il peut relever et noter d'éventuelles altérations ou anomalies.

Pour réaliser cette inspection, l'infirmier peut-il utiliser des instruments ? Dans le cadre de son rôle d'observation, il est admis que l'infirmier utilise des appareils « courants » et, en tout état de cause, non invasifs.

Le miroir dentaire qui permet d'accroître l'efficacité de l'inspection semble répondre à cette définition (courant et non invasif).



Rôle des infirmiers dans la sphère bucco-dentaire

Par contre, l'utilisation d'une sonde exploratrice dentaire, potentiellement invasive voire dangereuse pour la dent, semble exclue.

- Si, dans le cadre de son rôle d'observation, l'infirmier peut relever d'éventuelles altérations ou anomalies, l'infirmier ne peut pas aller jusqu'à poser le diagnostic d'une pathologie comme la carie.

Ce diagnostic ne fait pas partie du diagnostic infirmier : c'est un diagnostic médical qui relève de la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste.

Après avoir constaté une altération dentaire, il appartient alors à l'infirmier de renvoyer le patient vers un chirurgien-dentiste.

L'infirmier est alors dans son rôle de recueil d'informations utiles aux professionnels médicaux.

De même, aucune disposition n'autorise, de façon générale, les infirmiers qui participent à des actions de dépistage à s'affranchir de leur décret d'actes professionnels.

4. Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé

Le 28° de l'article R. 4311-5 et le 25° de l'article R. 4311-7 habilite l'infirmier à effectuer des soins de la bouche, c'est-à-dire de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux. Ces dispositions réglementaires visent des soins de bouche et non des soins dentaires.

Plus précisément, les soins de bouche sont définis par la littérature scientifique comme les soins permettant de maintenir une hygiène buccale adéquate chez un patient, afin d'assurer son confort, de maintenir les caractéristiques physiologiques de sa cavité buccale, de prévenir toutes complications ou lésions à ce niveau et de rétablir l'intégrité de la muqueuse.

Le rôle de l'infirmier dans les soins de bouche s'inscrit dans le cadre suivant :

Indications	Actes infirmiers
Bouche sèche ou bouche sale	Rôle propre de l'infirmier : Hydrater avec boissons diverses, favoriser le nettoyage avec boissons pétillantes, stimuler la salivation avec boisson, bonbons, application de gel humectant ou d'un corps gras (produits non médicamenteux). Rôle délégué : Utilisation du bicarbonate de sodium.
Bouche malodorante	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : Utilisation d'antiseptique.
Bouche mycosique	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : Utilisation du bicarbonate de sodium + solution ou gel ou gélule spécifiques.
Bouche hémorragique	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène, utilisation de sérum physiologique, de glaçons. Rôle délégué : bains de bouche spécifique, eau oxygénée.
Aphtes	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : Utilisation du bicarbonate de sodium + bains de bouches spécifiques + traitements antalgiques.
Ulcérations mucitiques	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : Utilisation du bicarbonate de sodium + bains de bouches spécifiques + traitements antalgiques.
Herpès	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : crème dermique ou médicament par voie orale + traitements antalgiques.



Rôle des infirmiers dans la sphère bucco-dentaire

À titre d'exemple, le détartrage, qui porte sur les dents, ne saurait s'analyser comme un soin de la bouche, c'est-à-dire de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux. Le détartrage ne saurait s'analyser non plus en un simple soin « visant à assurer l'hygiène ». C'est un acte invasif qui relève de la seule capacité du chirurgien-dentiste, telle qu'elle est définie par l'article L. 4141-1 du Code de la santé publique. Il ne peut pas être effectué par un infirmier.

Conclusion - Synthèse

L'étude des différents textes applicables aux infirmiers pourrait permettre de circonscrire le rôle de l'infirmier dans la sphère bucco-dentaire de la façon suivante :

Actes	Réalisation par un infirmier
Rappel des consignes d'hygiène bucco-dentaire	OUI (rôle propre)
Brossage des dents	OUI (rôle propre)
Entretien avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires	OUI (rôle propre)
Inspection à l'œil nu de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic)	OUI (rôle propre et complémentaire du rôle du chirurgien-dentiste)
Inspection avec miroir de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic)	OUI (rôle propre et complémentaire du rôle du chirurgien-dentiste)

Actes	Réalisation par un infirmier
Inspection avec utilisation d'une sonde exploratrice dentaire	NON (capacité du chirurgien-dentiste)
Diagnostic de caries dentaires	NON (capacité du chirurgien-dentiste)
Traitement de caries dentaires	NON (capacité du chirurgien-dentiste)
Soins de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux	OUI (rôle propre et rôle délégué)
Détartrage	NON (capacité du chirurgien-dentiste)



Rôle des aides-soignants dans la sphère bucco-dentaire¹

L'accès à la profession d'aide-soignant est réglementé aux articles L. 4391-1 et suivants et D. 4391-1 et suivants du Code de la santé publique.

Le rôle de l'aide-soignant est déterminé à l'article R. 4311-4 du Code de la santé publique qui dispose que :

« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3 ».

Ainsi, dans le cadre d'un établissement ou d'un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci.

Il convient en effet de rappeler que l'infirmier a un rôle propre qu'il exerce de façon autonome, c'est-à-dire en dehors de toute prescription médicale - contrairement à son rôle délégué qu'il ne peut accomplir qu'en application d'une prescription médicale ou d'un protocole établi par un médecin.

L'aide-soignant ne peut intervenir que dans le cadre du rôle propre de l'infirmier² et non dans le cadre de son rôle délégué. L'aide-soignant agit sous la responsabilité de l'infirmier.

L'annexe I de l'arrêté du 2 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant porte référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant

et précise à cet égard (article 1) que :

« dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.

Travaillant le plus souvent dans une équipe pluriprofessionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité ».

Plus précisément, dans la sphère bucco-dentaire, il convient de rappeler que l'infirmier est habilité à effectuer les actes suivants en application de son rôle propre (article R. 4311-5 du Code de la santé publique) :

- rappel des consignes d'hygiène bucco-dentaire ;
- brossage des dents ;
- entretien avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires ;
- inspection à l'œil nu de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic) ;
- inspection avec miroir de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic) ;
- et soins de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux.

Dès lors, il résulte de l'annexe I de l'arrêté du 2 octobre 2005 précité que l'aide-soignant est habilité à effectuer sous la responsabilité de l'infirmier et en collaboration avec lui les actes suivants :

1. Document rédigé par le service juridique du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

2. Voir fiche technique « Rôle des infirmiers dans la sphère bucco-dentaire » p. 70.



Rôle des aides-soignants dans la sphère bucco-dentaire

Lien utile <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

Voir annexe 5 Référentiel des métiers de niveau V ARS Rhône-Alpes nov. 2013

1. L'hygiène dentaire

L'hygiène dentaire est expressément citée par l'arrêté comme pouvant être effectuée par l'aide-soignant, sous la responsabilité de l'infirmier.

2. L'observation de l'état clinique de la personne

Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, l'aide-soignant est notamment capable :

- d'identifier les signes de détresse et de douleur ;
- d'observer la personne et d'apprécier les changements de son état clinique.

Ces capacités de l'aide-soignant sont rédigées en des termes généraux. Elles s'exercent notamment sur les organes des sens et sur le système digestif.

Ainsi, dans la sphère bucco-dentaire, le rôle d'observation de l'aide-soignant devrait être calqué sur celui de l'infirmier. L'aide-soignant devrait pouvoir, sous la responsabilité de l'infirmier et en collaboration avec lui :

- s'entretenir avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires ;
- inspecter à l'œil nu la bouche et les dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies ;
- inspecter avec un miroir la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies.

3. Les soins de bouche non-médicamenteux aux personnes dépendantes

La réalisation de soins de bouche - c'est-à-dire de la muqueuse buccale - avec application de produits non-médicamenteux aux personnes dépendantes est expressément répertoriée par l'arrêté comme pouvant être effectuée par l'aide-soignant, sous la responsabilité de l'infirmier.

Conclusion

L'étude des différents textes applicables aux aides-soignants pourrait permettre de circonscrire leur rôle dans la sphère bucco-dentaire de la façon suivante :

Actes	Réalisation par un aide-soignant
Rappel des consignes d'hygiène bucco-dentaire	OUI (rôle propre de l'infirmier - sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier)
Brossage des dents	OUI (rôle propre de l'infirmier - sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier)
Entretien avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires	OUI (rôle propre de l'infirmier - sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier)
Inspection à l'œil nu de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic)	OUI (rôle propre de l'infirmier - sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier - complémentaire du rôle du chirurgien-dentiste)
Inspection avec miroir de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic)	OUI (rôle propre de l'infirmier - sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier - complémentaire du rôle du chirurgien-dentiste)
Soins de la muqueuse buccale, avec application de produits non-médicamenteux	OUI (rôle propre de l'infirmier - sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier)



L'aide médico-psychologique (AMP)¹

Les aides médico-psychologiques (AMP) bénéficient d'un diplôme d'État, de niveau V², délivré quant à lui par le ministère des Affaires sociales et créé pour accompagner des personnes de tout âge, relevant d'une situation de handicap et/ou de dépendance. Les aides médico-psychologiques (AMP) en Ehpad ont donc les mêmes attributions que les aides-soignant(e)s (AS) auprès des personnes âgées. Ils effectuent les mêmes prestations de soins et/ou d'accompagnement. Seule la représentation du métier diffère car les AMP dépendent du secteur social et les AS dépendent du secteur sanitaire.

Dans la loi de santé publique le rôle de l'AMP est déterminé à l'article R. 4311-4 du Code de la santé publique³ qui dispose que :

« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3 ».

Ainsi, dans le cadre d'un établissement ou d'un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'AMP exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci.

Dans les établissements, les résidents nécessitent souvent une prise en charge plus importante car ils sont, le plus souvent, atteint de pathologies somatiques et cognitives graves qui génèrent des troubles du comportement et plus de dépendance. La prise en charge est plus lourde et plus médicalisée pour les professionnels. Ils multiplient les gestes liés au « faire pour » (plus de toilettes, plus d'aides au repas, de mobilisations...) parfois, ou souvent, au détriment du « faire avec » et de l'accompagnement social dans le cadre d'un projet personnalisé.

Activités à prodiguer dans le cadre de l'hygiène bucco-dentaire

Prodiguer des soins d'hygiène en tenant compte de l'autonomie et du projet de vie de la personne âgée spécificité Ehpad ou SSIAD :

- aider à l'hygiène bucco-dentaire ;
- aider au brossage des dents ;
- faire un soin de bouche ;
- vérifier que la bouche est exempte de plaies et alerter au besoin ;
- entretenir et mettre à disposition de la personne tout appareillage ;
- entretenir quotidiennement l'appareil dentaire et vérifier le matin qu'il a été confortablement remis.

1. Document rédigé par l'UFSBD à partir du référentiel formation et de l'article R. 4311-4 du Code de la santé publique.

2. Correspondant à un niveau CAP/BEP.

3. Article R 4311-4 du titre I du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique.

Voir annexe 5 Référentiel des métiers de niveau V ARS Rhône-Alpes nov. 2013.



L'aide médico-psychologique (AMP)

Aide médico-psychologique - Référentiel de compétences

Domaines	Compétences	Indicateurs de compétences
1 Connaissance de la personne	1.1. Situer la personne aidée au stade de son développement	Connaissance générale des différentes étapes du développement de l'être humain
	1.2. Situer la personne aidée dans son contexte socioculturel	Savoir prendre en compte le vécu et l'histoire de la personne
	1.3. Appréhender les incidences des pathologies, handicaps et dépendances dans la vie quotidienne des personnes	Connaissances générales sur les pathologies, handicaps et dépendances et de leurs conséquences sur la vie quotidienne et social
2 Accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne	2.1. Repérer les dimensions éducatives, affectives, sociales et culturelles des temps clés du quotidien	Savoir repérer les enjeux de la relation spécifique à un espace temps du quotidien (toilette, repas, coucher...) en fonction de l'histoire de la personne, de son âge, et de son origine socioculturelle Savoir réajuster sa pratique en fonction des éléments repérés
	2.2. Repérer et évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée dans les actes de la vie quotidienne	Savoir observer et écouter Savoir évaluer le potentiel de progression de la personne et réajuster en conséquence sa pratique Savoir évaluer le processus de régression et agir en conséquence
	2.3. Établir une relation d'aide, dans les actes de la vie quotidienne, associant aspects éducatifs et/ou relationnels et techniques	Savoir verbaliser et donner du sens Savoir expliciter les actes de la vie quotidienne et leur raison d'être Savoir utiliser les moyens techniques et relationnels adaptés à la situation de la personne dans les actes de la vie quotidienne Savoir donner confiance à la personne dans ses possibilités
	2.4. Satisfaire aux besoins fondamentaux et veiller au bien-être et au confort de la personne	Savoir respecter l'intégrité de la personne Savoir respecter les droits fondamentaux de la personne Connaître les aides techniques, les principes d'hygiène de base, les principes d'aménagement de l'espace et savoir les mettre en pratique dans le respect de la personne et de son intimité Savoir repérer les situations à risque et notamment de maltraitance, prévenir ces risques et savoir agir en conséquence



L'aide médico-psychologique (AMP)

Aide médico-psychologique - Référentiel de compétences

Domaines	Compétences	Indicateurs de compétences
3 Animation de la vie sociale et relationnelle	3.1. Participer à la dynamique du groupe et gérer les relations à l'intérieur de celui-ci	Savoir accompagner la personne dans ses relations avec le groupe Savoir prévenir et désamorcer les conflits Savoir préparer les changements dans le groupe et évaluer leurs conséquences Savoir observer la distance adaptée à la situation et gérer les ruptures
	3.2. Favoriser et accompagner les relations familiales, sociales et la participation citoyenne	Savoir prendre en compte les besoins relationnels Savoir faciliter les relations avec la société et la famille même symboliquement Savoir gérer le regard des autres Savoir faciliter les activités à l'extérieur en prenant en compte toutes les dimensions de l'accessibilité
	3.3. Concevoir, proposer, mettre en œuvre et évaluer des activités, pour un individu ou un groupe, contribuant au développement dans ses différentes dimensions (sensorielle, psychomotrice, cognitive, affective, relationnelle...)	Savoir susciter la participation Donner envie de faire, de partager et d'échanger avec les autres Savoir proposer des activités favorisant les apprentissages et l'expression Savoir évaluer l'apport et les effets des activités
4 Soutien médico- psychologique	4.1. Mettre en œuvre des aides adaptées aux différents âges de la vie et situations de handicap dans les dimensions physique, relationnelle, affective et cognitive	Savoir observer, interroger, analyser les situations rencontrées Savoir réfléchir aux ajustements possibles de sa pratique Savoir adapter ses pratiques en fonction de la situation de la personne Savoir repérer et utiliser les centres d'intérêts de la personne et ses potentialités Savoir adopter une attitude empathique Savoir valoriser la personne et son image Savoir aider la personne à développer, maintenir ou restaurer ses capacités, à évaluer et exprimer ses besoins, ses attentes et ses désirs, à faire des choix et à en assumer les conséquences (autonomie)
	4.2. Utiliser les activités quotidiennes comme support à la relation	Savoir utiliser le soin et les activités quotidiennes comme support à la relation et la relation comme aide à leur réalisation Savoir préserver l'intimité de la personne Savoir observer les modifications du comportement



L'aide médico-psychologique (AMP)

Aide médico-psychologique - Référentiel de compétences

Domaines	Compétences	Indicateurs de compétences
4 Soutien médico- psychologique (suite)	4.3. Détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal-être et prendre les dispositions adaptées	Savoir écouter, entendre et questionner les données de toutes natures, susceptibles de concourir à l'évaluation de l'état général de la personne Savoir évaluer ce qui relève d'une intervention immédiate, à court terme, ou d'une vigilance dans la durée (médicale et/ou psychologique) Adapter son accompagnement Connaître les limites de son intervention Savoir repérer et prévenir la maltraitance Savoir faire appel aux professionnels compétents
	4.4. Avoir une communication appropriée à la situation de la personne	Être capable de développer avec la personne un mode de communication adapté Savoir maintenir l'intégrité de la personne (relation au corps, communication non verbale...) dans la juste distance
5 Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé	5.1. Observer, écouter et analyser les besoins et désirs de la personne dans tous les aspects de sa vie	Savoir écouter et observer Savoir partager et contribuer à l'analyse des informations avec l'équipe
	5.2. Appréhender les facteurs d'évolution ou de régression en fonction de la situation de la personne	Savoir contribuer à établir un diagnostic en fonction de la situation de la personne Savoir gérer les priorités Savoir mettre en valeur les étapes
	5.3. Utiliser les éléments recueillis lors de l'intervention de proximité pour participer à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet personnalisé dans le respect du projet de soins et/ou éducatif et/ou pédagogique et du projet institutionnel	Savoir tenir compte des choix et de la volonté de la personne Savoir permettre à la personne de développer, maintenir, ou restaurer le contrôle sur sa propre vie Savoir tenir compte du projet de soins et/ou éducatif et/ou pédagogique et du projet institutionnel Savoir tenir compte des exigences éthiques de la profession



L'aide médico-psychologique (AMP)

Aide médico-psychologique - Référentiel de compétences

Domaines	Compétences	Indicateurs de compétences
6 Communication professionnelle et vie institutionnelle	6.1. Connaître le projet institutionnel et situer son action dans ce projet	Capacité à situer l'institution et son projet dans le contexte médico-social Connaître et savoir utiliser les partenariats inter institutionnels dans les limites de ses prérogatives Savoir situer son action et ses limites dans l'environnement institutionnel
	6.2. Travailler en équipe pluriprofessionnelle dans le contexte institutionnel et participer à la vie de l'institution ou du service	Connaissance de l'organigramme et des fonctions de chacun des membres de l'équipe Capacité à s'exprimer à l'oral et à l'écrit Savoir argumenter et soumettre sa réflexion et ses propositions à l'équipe Savoir accueillir des nouveaux professionnels Savoir entretenir et actualiser sa culture professionnelle et ses connaissances
	6.3. Déterminer et transmettre les informations utiles aux membres de l'équipe	Savoir utiliser les divers supports de communication Connaissance des différents types et objectifs de réunions Savoir gérer sa participation et sa communication Savoir respecter la vie privée de la personne aidée dans les échanges professionnels



Intervention des professionnels libéraux dans les Ehpad¹

Les articles L.314-12 et L.314-13 du Code de l'action sociale et des familles disposent que des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé intervenant à titre libéral dans les Ehpad, et portant sur l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation, peuvent être prévues par contrat dont les modalités sont précisées par décret.

Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers, autres que le paiement à l'acte, et sur le paiement direct du professionnel par l'établissement.

Le décret n°2010-731 du 30 décembre 2010 prévoit donc qu'un contrat doit être conclu avec les professionnels de santé exerçant en Ehpad. Il renvoie à un contrat-type fixé par arrêté.

Le décret prévoit également qu'une indemnité est versée pour la participation de certains professionnels de santé participant aux réunions de la commission de coordination gériatrique, dans la limite d'une réunion annuelle. Cette indemnité est égale à 4 C pour les médecins participant à ces réunions, et 35 AMK pour les masseurs-kinésithérapeutes y participant également.

Ce texte est applicable depuis le 1^{er} janvier 2011.

Un arrêté du 30 décembre 2010 prévoit quant à lui seulement deux contrats-types : l'un pour les médecins, l'autre pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Le fait que rien ne soit prévu dans ces deux textes pour les autres professions de santé, et notamment les chirurgiens-dentistes, n'a pas pour conséquence de leur enlever toute possibilité d'intervenir dans les Ehpad sur le fondement d'un contrat entre les deux parties, ce contrat devant respecter les règles de la profession.

1. Document rédigé par le service juridique du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

Règles déontologiques applicables aux chirurgiens-dentistes

En application des dispositions de l'article R.4127-274 du Code de la santé publique :

- il est interdit au chirurgien-dentiste d'exercer hors d'une installation fixe conforme aux dispositions du Code,
- des dérogations peuvent être accordées par les conseils départementaux, dans l'intérêt de la santé publique, notamment pour répondre à des actions de prévention, à des besoins d'urgence ou encore à des besoins permanents de soins à domicile.

Les Ehpad sont considérés comme le domicile des personnes qui y résident. L'exercice du chirurgien-dentiste est donc parfaitement envisageable.

Deux possibilités sont envisageables :

- soit l'Ehpad dispose d'un cabinet dentaire dans ses locaux, auquel cas la dérogation mentionnée précédemment n'a pas lieu d'être,
- soit l'Ehpad n'en dispose pas, et dans ces conditions le praticien doit demander une dérogation à son conseil départemental de l'Ordre.

Dans les deux cas, hormis la situation où un praticien vient expressément soigner un de ses patients, un contrat d'exercice doit être conclu entre l'Ehpad et le chirurgien-dentiste intervenant.

Le Conseil national de l'Ordre reste particulièrement vigilant sur les conditions de conclusion de ces contrats et leur contenu, qui doivent respecter certains principes.

Dans un premier temps, il faut garder à l'esprit que les résidents de ces établissements ont les mêmes droits que les patients venant consulter leur praticien dans leur cabinet dentaire, et notamment la liberté de choix de leurs praticiens.



Intervention des professionnels libéraux dans les Ehpad

Par conséquent, l'exercice d'un praticien, en quelque qualité que ce soit, au sein de la structure, ne doit pas conduire à interdire l'entrée d'un autre praticien qui serait appelé expressément par un résident.

De plus, et afin de respecter le principe du libre choix du praticien par le patient, la proposition d'exercer dans le cadre de l'établissement concerné doit être adressée à tous les praticiens du département ou au moins dans un périmètre déterminé par rapport à l'implantation de l'Ehpad.

Ensuite, un contrat doit être conclu entre le praticien et la structure qui fera appel à ses services.

Ce contrat peut prendre des formes variées, que ce soit en libéral ou en salariat. Généralement, il prend la forme d'un contrat d'exercice libéral, prévoyant l'intervention du praticien soit à la demande du médecin coordonnateur de la structure, s'il existe, soit à la demande du patient, soit à la demande de la direction.

Il peut aussi s'agir, pour les actions de prévention par exemple, d'un contrat prévoyant la venue du praticien à un rythme régulier, prédéfini.

Ce contrat devra également prévoir les modalités de rémunération du praticien, modalités qui devront être conformes à la réglementation en vigueur.

Dans le cas d'un contrat libéral, il ne faut pas oublier le principe du paiement direct des honoraires par le patient au praticien. Des dérogations sont toutefois permises, en matière de médecine sociale. Encore faut-il démontrer que l'on se trouve bien dans ce cadre.

Par conséquent, le praticien doit en principe établir des feuilles de soins au nom du patient, pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale, ou des notes d'honoraires également au nom du patient, pour les autres actes.

Il convient, toutefois, d'attirer l'attention sur certaines structures, peu répandues, qui proposent à leurs résidents, moyennant paiement, les services d'un chirurgien-dentiste, comme tout autre service. Dans ce cas, le praticien se retrouve être un prestataire de services, délivrant des notes d'honoraires à la structure, pour les prestations qu'il dispense aux résidents.

Quoi qu'il en soit, dans tous les cas de figure, il est vivement recommandé de s'adresser au conseil de l'Ordre avant de conclure tout contrat avec une résidence pour personnes âgées, et de lui soumettre le projet de contrat, afin de préserver les intérêts de chacun, et que la santé bucco-dentaire des résidents soit prise en charge dans les meilleures conditions.

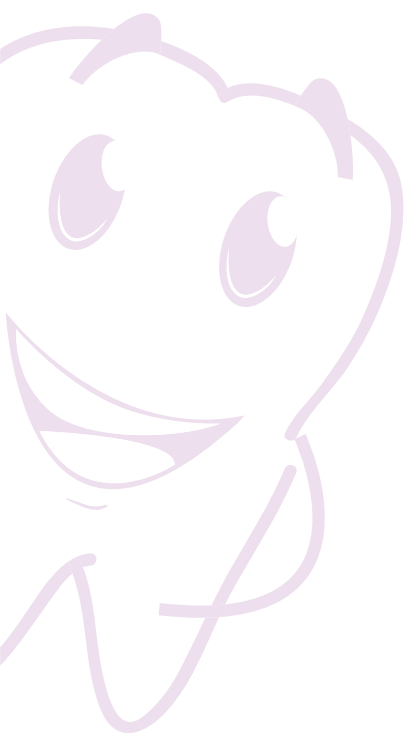
En effet, au delà de l'aspect purement contractuel, d'autres questions se posent, et notamment : Comment faut-il considérer l'exercice dentaire en maison de retraite ou en maison d'accueil spécialisée ? Comme une consultation à domicile, un exercice annexe ou comme un cabinet secondaire ?

La réponse à ces questions dépend des modalités exactes d'intervention du praticien dans la résidence.

Aujourd'hui, la venue ponctuelle d'un praticien, à la demande expresse d'un de ses patients résidant dans l'établissement, doit être considérée comme une visite à domicile.

À l'opposé, un praticien qui conclut une convention d'exercice et vient soigner les résidents selon un planning établi par avance, par exemple, se trouve en situation d'exercice sur un site distinct, nécessitant une dérogation du conseil départemental de l'Ordre, dérogation qui ne devrait pas être difficile à accorder.

Lien utile : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>





Glossaire

A

Agirc : Association générale des institutions de retraite des cadres

AMP : aide médico-psychologique

Arrco : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignant(e)

AVC : accident vasculaire cérébral

B

Bucco-dentaire : relatif à la bouche, aux dents et muqueuses attenantes

Bucco-dento-prothétique : relatif à la bouche, aux dents, aux muqueuses attenantes et aux prothèses dentaires

C

CCAS : centre communal d'action sociale

CCLIN : centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

Clic : centre local d'information et de coordination

CSO : correspondant en santé orale

D

Drees : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

E

Ehpa : établissement d'hébergement pour personnes âgées

Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

G

GIR : Groupe Iso Ressources

H

HTA : hypertension artérielle

I

Indice CAO : indice cumulant le nombre total de dents Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement pour un patient ou pour une population donnée que l'on divise par le nombre de personnes examinées dans ce cas pour donner un CAO moyen

Indice de plaque : évaluation qualitative et quantitative de la plaque dentaire

Intrados : surface interne d'une prothèse, en rapport avec les tissus d'appui (TLF)

K

Kart : bloc moteur et aspiration sur roulette nécessaires aux soins dentaires, à côté du fauteuil

M

Meopa : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote sous forme de gaz utilisé pour la sédation consciente

O

Odontologie : spécialité médicale qui concerne l'étude de la dent en tant qu'organe de la cavité buccale et de ses tissus de soutien (parodonte), des articulations temporo-mandibulaires et des pathologies buccales

ONCD : Ordre national des chirurgiens-dentistes

Orthopantomographie (OPG) : radiographie panoramique des dents et des maxillaires

Osler – risque oslérien : la maladie d'Osler est une infection des valvules cardiaques d'origine bactérienne. Le risque oslérien est le risque d'infection des valvules. Les infections chroniques d'origine dentaire ou parodontale peuvent en être l'origine

P

Parodontal : relatif au parodonte, ensemble des tissus de soutien de la dent. La plaque parodontale est la plaque dentaire sous gingivale responsable de pathologie de la gencive et du parodonte pouvant être plus ou moins minéralisée

Plaque dentaire : substance blanchâtre qui se dépose à la surface de la dent. Elle est essentiellement constituée de protéines salivaires, de débris alimentaires, de bactéries et de toxines secrétées par ces dernières. Cet enduit occasionne les caries et maladies parodontales s'il n'est pas éliminé au quotidien

R

Référents ordinaires : praticiens nommés par le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes permettant de coordonner l'accessibilité à des plateaux techniques dentaires pour les patients en situation de dépendance

S

SEP : sclérose en plaque

Sex-Ratio : rapport du nombre d'individus de chaque sexe (H/F)

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

U

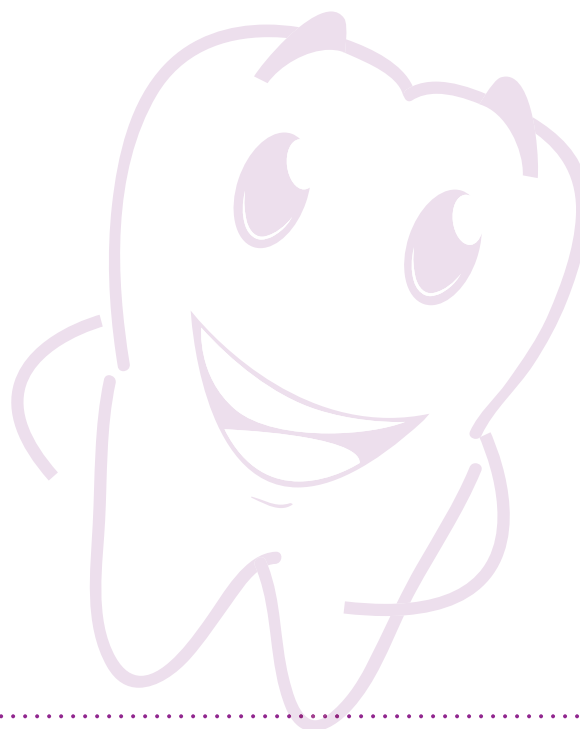
USLD : unité de soins de longue durée

UHR : unité d'hébergement renforcée

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

V

VSL : véhicule sanitaire léger





Auteurs

Cette publication a été rédigée par :

Dr Anne ABBÉ DENIZOT,
chirurgien-dentiste (74),
secrétaire général adjoint - UFSBD

Dr Françoise COTON-MONTEIL,
chirurgien dentiste (22),
DESS TIMH

Hélène de VANSSAY,
chef de projet des Opérations de Santé
Publique - UFSBD

Danielle GRIZEAU-CLEMENS,
responsable du service des Opérations
de Santé Publique - UFSBD

Dr Benoît PERRIER,
chirurgien-dentiste (44),
secrétaire général - UFSBD

Dominique ROVERA-DEROCHÉ,
manager technique et opérationnel -
Fédérations Agirc et Arrco (75)

Anne SAINT-LAURENT,
directrice de l'action sociale -
Fédérations Agirc et Arrco (75)

Ont contribué également à sa réalisation :

Ingrid BERTHY,
infographiste - Fédérations Agirc et Arrco (75)

Anne-Pascale DICQUE,
responsable communication externe -
Fédérations Agirc et Arrco (75)

Michèle HERMAND,
responsable d'unité, direction de l'action
sociale - Fédérations Agirc et Arrco (75)

Nathalie REBOUL,
chargée de communication - Fédérations
Agirc et Arrco (75)
et

Virginie FRUIT,
agence FreeFruit pour les illustrations (94)

Didier TRÉMEREL,
iD&G pour la maquette (75)

Références pour les focus

• REGIES 95

(page 29),

Dr Joseph John BARANES,
chirurgien-dentiste, attaché
d'enseignement de l'université Paris-
Descartes, ancien praticien attaché
des hôpitaux de Paris, responsable
d'enseignement, responsable scientifique
et coordinateur de l'action bucco-dentaire
du REGIES 95

Dr Guillaume Sven SAVARD,
chirurgien-dentiste, ex-assistant de
l'université Paris-Descartes, responsable
d'enseignement, master de sciences
de l'éducation, master d'éthique médicale
et biologique

Christian BOISSEL,
président du REGIES 95, directeur de
l'Ehpad Agirc-Arrco Le Boisquillon à
Soisy-sous-Montmorency (95), pilote
de l'action bucco-dentaire

Françoise LORENTZ,
coordonnatrice du REGIES 95, cadre de
santé - kinésithérapeute

• Un partenariat établissement / CHU (51)

(page 51),

www.chu-reims.fr
www.probtb.com

• Le réseau SBDH (69)

(page 52),

Rodolphe VIAULT,
coordinateur régional du réseau SBDH-RA
www.reseau-sbdh-ra.org/

• Le réseau Appolline (91)

(page 54),

www.appolline.fr
www.hopital-les-magnolias.com

**Le recours à la méthode
Gineste-Marescotti®**

(page 62),

www.igm-formation.net



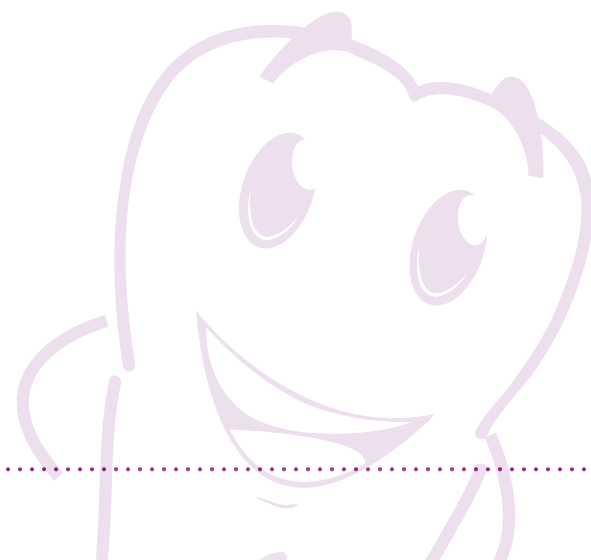
Remerciements

La direction de l'action sociale Agirc-Arrco, à l'initiative de la réalisation de ce guide, tient à exprimer ses remerciements :

- **aux administrateurs des régimes Agirc et Arrco** pour leur engagement soutenu dans l'accompagnement des pertes d'autonomie et leur confiance renouvelée aux équipes dans le déploiement des actions de terrain,
- **aux groupes pilotes du parc Agirc-Arrco** pour leur implication active dans le déploiement et la pérennité de ces actions,
- **aux établissements médico-sociaux et sanitaires Agirc-Arrco** pour le soin attentif et bienveillant qu'ils s'efforcent d'exercer au quotidien auprès des résidents et patients qu'ils accueillent.

La direction de l'action sociale Agirc-Arrco remercie tout particulièrement :

- **l'UFSBD**, principal rédacteur de ce guide, pour la qualité du partenariat instauré tant dans la mise en œuvre des actions que dans leur évaluation et le partage d'expérience,
- **les comités des UFSBD départementales et autres partenaires des réseaux locaux** pour leur implication auprès des équipes de terrain.





Bibliographie

ARS Rhône-Alpes. *La Santé bucco-dentaire des personnes en perte d'autonomie en Rhône-Alpes : l'agence de santé s'engage pour une meilleure prise en charge*, 2012.

Article R. 4311-4 du titre I du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique.

Bellifa F., Abbé-Denizot A. - Faut-il se préoccuper de l'état bucco-dentaire des résidents d'Ehpad ? *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, mars 2013, tome XX, n° 193.

Cohen C., Tabarly P., Hourcade S., Kirchner-Bianchi C., Hennequin M. - Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution ? *La Presse médicale*, tome 35, n° 11, cahier 1, novembre 2006.

Farozi A.-M., Laupie J., Hescot P. - Enquête épidémiologique transversale sur 509 résidents de 8 établissements par questionnaires sur les habitudes dentaires et examen endo-buccal. *La revue de Gériatrie*, 2008, 33 (3).

Germain J.-M., Thillard D. - Hygiène bucco-dentaire des résidents d'Ehpad : enquête régionale de prévalence en Haute-Normandie, *Bulletin du CCLIN Paris-Nord*, 2012/06, p. 22-23.

Humbert C. - État de santé bucco-dentaire des personnes âgées en Bretagne. *Les Dossiers de l'Urcam Bretagne*, 2004/23.

Koivogui A., Michelet A., Ndiaye G., Modoianu L., Barro S., Laurendon C., Lambert A., Iwaz J., Passerat-Boulade C., Bory E.-N. - État bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes, *La Revue de Gériatrie*, tome 38, n° 1, janvier 2013.

Kubrak C., Jensen L. - Malnutrition in acute care patients: a narrative review, *International Journal of Nursing Studies*, Vol 44, issue 6, 2007, p. 1036-1054.

L'hygiène bucco-dento-prothétique dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux – RFCLIN, 2010.

Les bonnes pratiques de soins en Ehpad : quelques recommandations, DGS/DGAS/SFGG, octobre 2007, p 62-63.

Macqueron T. - *État de santé bucco-dentaire dans les Ehpad : Comment lutter contre les bouches abandonnées ?* Thèse université de Nice, 2013.

Penso-Latouche A., Martin C. - *Activités et compétences pour l'accompagnement en gérontologie des professionnels de niveau V*, ARS Rhône-Alpes, novembre 2013

Perrin-Haynes J., Chazal J., Chantel C., Falinower I. - Les personnes âgées en institution. Drees (Dossiers solidarité et santé, n° 22), novembre 2011.

Pirnay P., Folliguet M. - Soins dentaires aux personnes âgées dépendantes. *Soins gérontologiques*, novembre/décembre 2013, n° 104.

Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Consensus formalisé d'experts, juin 2009 • *Hygiènes*, Revue officielle de la Société française d'hygiène hospitalière - volume XVIII - n° 1, février 2010, p 55.

Racanati-Mohra S. - *Analyse d'une expérience de 6 mois en tant que chirurgien-dentiste vacataire dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) des Vosges*. Thèse université de Nancy, 2010.

Radoi L., Bodineau-Mobarak A., Foliguet M. - Odontologie et prévention du risque infectieux chez la personne âgée. *La Revue de gériatrie*, 2011, p. 309-318.

Thiébaud S., Lupi-Pégurier, Paraponaris A., Ventelou B. - Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 7, 7 mars 2013.

• Sites Internet :

<http://www.agirc-arrco.fr/>

<http://www.ufsbd.fr/>

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>



Liste des annexes

• Annexe 1	P. 94
Le programme Agirc-Arrco – UFSBD : coûts indicatifs d'intervention	
• Annexe 2	P. 95
Le recours aux réseaux locaux dans le parc Agirc-Arrco	
• Annexe 3	P. 96
Le bilan des 358 dépistages dans le parc Agirc-Arrco (intégral)	
• Annexe 4	P. 108
Le bilan des formations du programme Agirc-Arrco – UFSBD (intégral)	
• Annexe 5	P. 112
Le référentiel de l'ARS Rhône-Alpes des métiers de niveau V (extrait)	
• Annexe 6	P. 117
La charte de recommandations UFSBD	

Annexe 1

Le programme Agirc-Arrco – UFSBD : coûts indicatifs d'intervention

L'objectif de ce programme a été d'initier concrètement et de favoriser durablement le confort bucco-dentaire des résidents accueillis dans les établissements pour personnes âgées du parc Agirc-Arrco.

Il a fait l'objet d'un partenariat conventionnel entre l'Agirc, l'Arrco et l'UFSBD instaurant un accord-cadre au bénéfice des établissements du parc ne disposant pas de réseau local en capacité d'intervenir.

La présente annexe indique, à titre purement indicatif, un coût moyen des prestations réalisées (ce coût varie en fonction du nombre de résidents et de séances réalisées pour chaque étape).

A noter :

A ces montants, il conviendrait :

- d'ajouter les coûts indirects, non pris en charge, relatifs notamment à la mise à disposition de locaux dans l'établissement (pour réunions, formations, séances de dépistage) et à la mobilisation des personnels (pour la mise en œuvre des différentes phases de la prestation et du temps de formation théorique),
- mais aussi d'intégrer les bénéfices, non quantifiés, en termes de confort des résidents et de satisfaction des personnels.

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc et arrco

ufsbd  www.ufsbd.fr
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

 CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS
pour le développement de nouveaux concepts
d'éducation et de Pratiques Bucco-Dentaires

Programme	Nature de la prestation	Modalités	Public
Amélioration des pratiques quotidiennes en faveur de la santé bucco-dentaire	Sensibilisation par des séances collectives de 90 minutes, dans l'établissement, avec supports visuels, démonstrations, questions-réponses	En moyenne 2 réunions d'information assurées par un chirurgien-dentiste.	Résidents Familles Personnels non soignants
	Formation théorique et pratique avec mise en situation réelle dans l'établissement, sur une journée	1 à 2 formations pour un groupe de 10 à 15 professionnels	Cadres de santé Personnel soignant Accès possible aussi à l'équipe de direction
	Supports pédagogiques : dépliants, plaquettes, kits d'hygiène bucco-dentaire.	- Dépliants pour les résidents et les familles ; - plaquette pour le personnel sur l'hygiène bucco-prothétique ; - kits d'hygiène bucco-dentaire ou d'hygiène bucco-dento-prothétique pour les résidents appareillés ou non - kits de brossage pour les enfants du personnel	Résidents Familles Personnels
Total moyen de la prestation par établissement			3 131 euros TTC

Dépistage	Dépistage par un chirurgien-dentiste dans l'établissement, permettant avec un cadre de santé de l'établissement l'ouverture d'un volet dentaire dans le dossier de soins	Vacations de dépistage par demi-journée. Intervention avec fourniture du matériel d'examen. Remise à chaque patient dépisté d'un bilan dentaire informatif avec préconisations et, si nécessaire, d'un courrier à remettre au chirurgien-dentiste traitant présentant le dépistage et les lésions à prendre en charge.	Résidents ayant signé leur consentement au dépistage (ou représentant du résident)
Total moyen de la prestation par établissement			2 857 euros TTC

Annexe 2

Le recours aux réseaux locaux dans le parc Agirc-Arrco

Afin d'instaurer une vigilance permanente sur le confort bucco-dentaire des résidents âgés qu'ils accueillent, les établissements du parc Agirc-Arrco ont été invités à initier ou renforcer des partenariats avec des réseaux locaux.

Le tableau ci-contre énonce, à titre informatif, les réseaux locaux auxquels ont recouru onze établissements du parc (pour rappel, en l'absence de réseau local, les établissements ont bénéficié de l'accord-cadre souscrit avec l'UFSBD).

Pour consulter la liste – non exhaustive – des réseaux de soins dentaires en France, consulter le site : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

Département	Commune	Etablissement	Réseau
38	Vienne	L'Argentière	SBDH
51	Reims	Jean d'Orbais	CHU de Reims
69	Lyon	Colline de la Soie	SBDH
69	Lyon	Hibiscus	SBDH
69	Caluire- et- Cuire	La Carette	SBDH
76	Saint-Etienne du Rouvray	Le Château blanc	RG2
91	Ballainvilliers	Les Magnolias	Réseau Appolline
91	Massy	Résidence Massy-Vilmorin	Réseau Appolline
91	Verrières-le-Buisson	Le Bois	Réseau Appolline
91	Boussy-Saint-Antoine	La Gentilhommière	Réseau Appolline
95	Soisy-sous-Montmorency	Le Boisquillon	REGIES 95

Annexe 3

La santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement

Analyse de 358 dépistages dans les établissements Agirc-Arrco.
(intégral)

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc et arrco



ANALYSE DE 358 DEPISTAGES DANS LES ETABLISSEMENTS AGIRC-ARRCO (intégral)

Auteurs : Dr Anne Abbé-Denizot, Dr Françoise Coton-Monteil, Dr Benoît Perrier, Danielle Grizeau-Clemens

En 2012-2013, l'Agirc et l'Arrco ont réalisé une enquête au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dont elles sont propriétaires, avec le concours de l'UFSBD. Les objectifs étaient doubles : évaluer la santé bucco-dentaire des résidents et évaluer les moyens nécessaires pour maintenir un niveau de santé compatible avec une bonne qualité de vie et d'alimentation.

I - LES DONNÉES PRÉALABLES À L'ÉTUDE

1/ La méthodologie

L'échantillon est composé des personnes âgées résidant dans les établissements, propriété de l'Agirc et de l'Arrco, ayant bénéficié des actions de dépistage des besoins de soins bucco-dentaires réalisées par l'UFSBD.

Seules les personnes ayant donné leur consentement écrit sont incluses dans cette analyse. Le consentement a été sollicité auprès de la personne âgée elle-même, lorsque son niveau d'autonomie le permettait, ou auprès de sa famille/tutelle, le cas échéant.

Trois cent cinquante-huit fiches de dépistage ont été recueillies d'octobre 2012 à octobre 2013, dans 13 établissements, et constituent l'échantillon de l'enquête.

Tous les examens ont eu lieu dans des conditions maximales d'hygiène et d'asepsie, au sein des Ehpad. Les dents ont été examinées sous un bon éclairage avec une sonde et un miroir lampe.

2/ Les indicateurs

Pour dresser le bilan carieux, le praticien a noté dent par dent chacune des composantes C, A et O de l'indice CAO ;

C : dents cariées

A : dents absentes

O : dents obturées

R : dent à l'état de racine

CAO : dents cariées + absentes + obturées

CAO-R : dents cariées + absentes + obturées + racines

Puis les personnes ont été réparties par type de soins :

- les patients du **groupe 1** n'ont besoin que d'un suivi sans soin et d'une maintenance,
- les patients du **groupe 2** ont besoin de soins bucco-dentaires et d'un suivi pouvant être assuré en milieu ordinaire (cabinet de ville),
- les patients du **groupe 3** ont besoin de soins en milieu spécialisé (centre ressource, centre hospitalier),
- Les patients du **groupe 4** sont les patients pour lesquels une abstention thérapeutique est appliquée. Ces résidents ont besoin de soins mais la décision de ne pas les mettre en œuvre est prise conjointement avec l'équipe médicale. Cette décision peut être temporaire. Prenons l'exemple d'une racine résiduelle non infectée sur une personne âgée totalement grabataire et pour laquelle le déplacement en milieu hospitalier serait un risque majeur. Cette racine sera laissée en place avec surveillance de l'évolution.

3/ Le classement GIR

Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des six différents stades de perte d'autonomie. Le classement dans un GIR s'effectue en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille Aggir (Autonomie gérontologie groupe iso-ressources) qui permet de pondérer différentes variables (par exemple, la cohérence, l'orientation, la toilette, la communication).

Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes dépendantes. Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées ; une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante.

Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer ; certains gestes, tels que l'habillage, la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.

Le GIR 4 regroupe deux types de personnes. Celles qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement ; une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage. Celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le GIR 5 désigne les personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules, mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement.

Le GIR 6 concerne les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

Les personnes classées en GIR 5 et 6 ne peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie. Elles ont accès à l'aide ménagère des régimes de retraite ainsi qu'à l'aide pour une garde à domicile.

Évaluation du dispositif (indicateurs de moyens et de résultats)

4/ Traitement des données

Les données recueillies sont saisies sous logiciel Excel (2003 SP3) et analysées sous Epi-Info (version 6.04). La restitution des données sous forme graphique se fait sous Excel, sous Word pour le texte.

Les termes et tests statistiques utilisés dans cette analyse :

- **Anova et H de Kruskal-Wallis** : analyse des variances paramétrique et non-paramétrique – seuil 5 %
- **Test T de Student, K_{hi}2** – seuil 5 %
- **RR**. Le risque relatif est la mesure de l'intensité du lien entre l'exposition au facteur de risque et la maladie au niveau individuel (Incidence M+ / Incidence M-). Ce risque est considéré comme significatif si son intervalle ne contient pas la valeur 1 ; le facteur de risque est considéré comme protecteur si sa valeur est inférieure à 1 et il est aggravant si sa valeur est supérieure à 1.

II - DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON OBSERVÉ

1/ Sexe et âge moyen des résidents

Trois cent cinquante-huit (358) personnes sont concernées par l'enquête, parmi lesquelles 74 % de femmes et 26 % d'hommes.

L'âge moyen des résidents est d'environ 83 ans (+ 14 ans) : 75 ans pour les hommes et 86 ans pour les femmes. 34 % des personnes ont entre 81 ans et 90 ans et 40 % ont plus de 91 ans (sur 310 fiches exploitables).

2/ Durée de séjour

La durée de séjour est de 3 ans et un trimestre, en moyenne (+ 4 ans). 42,5 % des résidents sont en établissement depuis 1 ans au moins, 32 % y sont depuis 1 à 5 ans, 17,6 % depuis 5 à 10 ans et enfin 8 % depuis plus de 10 ans (301 fiches).

Tableau 1 : Population

	Variable	Modalités	% ou moyenne	Écart type
Données démographiques	Sexe (358)	Homme	26 %	
		Femme	74 %	
	Âge (ans) / sexe (310)	Homme	75,52	14,33
		Femme	85,85	12,59
	Âge (ans) (310)		83,12	13,82
	Classe d'âge (310)	Moins de 40 ans	0,32 %	
		41/50 ans	3,87 %	
		51/60 ans	4,83 %	
		61/70 ans	6,12 %	

	71/80 ans	11,61 %	
	81/90 ans	33,87 %	
	91 ans et plus	39,35 %	
Durée de présence (ans) (301)		3,35	4,33
Classe de présence (301)	1 an ou moins	42,52 %	
	De 1 à 5 ans	31,89 %	
	5 à 10 ans	17,60 %	
	10 ans et plus	7,97 %	

3/ Le GIR

Le GIR moyen est de 3,55 ($\pm 1,7$) pour les personnes pour lequel il est connu ($n = 177$). Pour 36 % des personnes hébergées, le GIR est égal ou inférieur à 2, l'âge moyen est de 77 ans (± 18 ans) et la durée moyenne de séjour est de 3,7 ans ($\pm 4,7$). Pour 30 % des résidents, le GIR est compris entre 3 et 4, l'âge moyen est de 80 ans (± 16 ans) et la durée moyenne de séjour est de 2,7 ans ($\pm 4,7$). Pour 34 % des personnes, le GIR est de 5 et plus, l'âge moyen est de 83 ans (± 12 ans), la durée moyenne de séjour est de 2,5 ans ($\pm 3,5$ ans).

4/ Les pathologies détectées ($n = 212$) :

- 13 % des personnes sont porteuses d'un diabète, 5,1 % ont une infection intercurrente, 6,9 % sont atteintes de la maladie de Parkinson et 18,5 % de la maladie d'Alzheimer.
- 14,8 % des résidents ont un antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) et 6 % souffrent d'un cancer.
- 21,7% des personnes sont porteuses de maladies du système cardiovasculaire dont l'hypertension artérielle (HTA).
- 4,7 % des personnes souffrent de sclérose en plaque (SEP).
- enfin, 14,2 % des résidents souffrent de démences et dépression.

1 patient sur 5 souffre de maladies cardio-vasculaires et/ou de diabète. Dans ces pathologies, le risque induit par une mauvaise hygiène est important. Les démences, dépressions, maladies d'Alzheimer et accidents vasculaires cérébraux, cumulés, représentent 47 % des pathologies. Les patients qui sont atteints de l'une ou l'autre de ces pathologies auront des difficultés à prendre en charge leur hygiène seuls. Ils devront souvent être accompagnés.

5/ L'alimentation ($n = 312$)

76,9 % des personnes ont une alimentation normale, 22,8 % ont une alimentation mixée ou molle, 0,3 % sont alimentés par sonde.

Tableau 2 : Données médicales

Variable	Modalités	% moyenne ou	Ecart type
Données médicales	GIR (177)	1	12,4 %
		2	23,7 %
		3	14,7 %
		4	15,3 %
		5	12,4 %
		6	21,5 %
	Groupe GIR (177)	1 (1+2)	36,2 %
		2 (3+4)	29,9 %
		3 (5+6)	33,9 %
	Âge/groupe GIR (177)	1	77,32
		2	80,30
		3	82,65
	GIR moyen (177)		3,55
	Durée/groupe GIR (177)	1	3,73
		2	2,76
		3	2,56
	Pathologies générales (212)	Diabète	13 %
		Infections intercurrentes	5,1 %
		Parkinson	6,9 %
		Alzheimer	18,5 %
		AVC	14,8 %
		Cancer	6,0 %
		Cardiopathies - HTA	21,7 %
		SEP	4,7 %
		Démences - dépressions	14,2 %
Alimentation (312)		Normale	76,9 %
		Mou/mixé	22,8 %
		Sonde	0,3 %

6/ La perception d'un besoin de soins ($n = 296$)

Un peu plus d'un quart des personnes (26,7 %) déclarent avoir des problèmes bucco-dentaires (douleur ou gêne au niveau de la bouche).

7/ La faisabilité de l'examen

Parmi les personnes qui devaient être examinées, l'examen n'a pas pu être réalisé pour 3,5 % d'entre elles. Ce critère est déclaratif, rempli par le personnel. Il n'a pas été renseigné sur toutes les fiches.

Tableau 3 : Perception et faisabilité de l'examen

Variable	Modalités	% moyenne ou
Perception faisabilité	Perception (296)	Non
		Oui
	Faisabilité de l'examen (287)	Non
		Oui

III – L'ÉTAT BUCCO-DENTAIRE DE LA POPULATION OBSERVÉE

1 / L'hygiène

En ce qui concerne l'hygiène (n = 329), on constate la présence de plaque en grande quantité pour près d'un résident sur cinq (19,5 %) et de tartre en grande quantité sur 17 % d'entre eux. Pour 10,6 % des personnes, les appareils sont très mal nettoyés.

Le score moyen d'hygiène est de 1,92 ($\pm 1,75$) (n=327).

Le Score Hygiène est établi à partir des données plaque + tartre + hygiène des prothèses (bon = 0, moyen = 1 et mauvais = 2 ; un score à 6 est très mauvais, un score à 0 est très bon) (n=329).

Les tranches d'âge de 51 à 60 ans (score 3,26 $\pm 1,75$) et de 61 à 70 ans (score 3,23 $\pm 2,27$) atteignent les plus mauvais scores.

Tableau 4 : Hygiène

	Variable	Modalités	% ou moyenne	Écart type
Hygiène	Plaque (329)	Non	39,5 %	
		Un peu	41,0 %	
		Beaucoup	19,5 %	
	Tartre (329)	Non	49,5 %	
		Un peu	33,4 %	
		Beaucoup	17,0 %	
	Hygiène prothèses (329)	Non	65,3 %	
		Un peu	24,0 %	
		Beaucoup	10,6 %	
	Score moyen hygiène (329)		1,92	1,75
	Score moyen hygiène par classe d'âge (327)	Moins de 40 ans	1,67	1,46
		41-50 ans	2,09	1,51
		51-60ans	3,26	1,75
		61-70 ans	3,23	2,27
		71-80 ans	1,57	1,69
		81-90 ans	1,78	1,56
		91-100 ans	1,95	1,88
		Plus de 100 ans	1,36	1,50

2/ L'état parodontal

État parodontal : 52 % des résidents ont des problèmes de parodontite (importants pour 19 % d'entre eux) et 10 % présentent des mobilités dentaires (n = 329).

Les pathologies buccales suspectées, de type candidose, lichen, leucoplasie ou blessures, ont été relevées. Pour l'ensemble des 5 sites, 3,1 % des personnes sont touchées. L'atteinte des muqueuses est la pathologie la plus fréquente avec 9,1 % de personnes touchées (n = 350).

Tableau 5 : État des muqueuses et du parodonte

	Variable	Modalités	% ou moyenne
État parodontal (329)	Parodonte plaque	Non	47,7 %
		Un peu	33,1 %
		Beaucoup	19,1 %
	Mobilité	Non	71,4 %
		Oui	10,3 %
		Non concerné	18,2 %
Pathologies buccales (350)	Lèvre	4,3 %	
	Joue	4,3 %	
	Langue	4,0 %	
	Palais	3,7 %	
	Muqueuses	9,1 %	
	Cumul des 5 sites	3,1 %	

3/ La dentition

À l'examen de la dentition (n = 277), le CAO-R moyen est de 19,3 ($\pm 8,17$) et le CAO de 20,29 ($\pm 8,20$).

Ce sont les dents absentes qui représentent la majeure partie du CAO et du CAO-R avec un indice de 16,34 ($\pm 9,08$).

Le nombre de dents absentes non remplacées est très élevé puisqu'il est de 9,32 ($\pm 8,85$).

Le nombre de caries non traitées est de 1,37 ($\pm 2,63$). Le nombre de racines résiduelles est de 1,16 ($\pm 2,39$). Cela veut dire que le besoin en soin porte en moyenne sur au moins une à deux dents cariées et une racine résiduelle.

Dans l'ensemble, les personnes ont 18,71 ($\pm 9,38$) dents personnelles ou remplacées en bouche, dont 9,34 ($\pm 8,76$) dents personnelles (saines, cariées, obturées et/ou prothèse conjointe).

Tableau 6: Indice CAO et ses composantes

	Variable	Modalités	% ou moyenne	Écart type
État dentaire (277)		Saines	6,01	6,61
		Cariées	1,37	2,63
		Absentes	16,34	9,08
		Obturées	1,41	2,21
		Racines	1,16	2,39
		CAO-R	19,13	8,17
		CAO	20,29	8,20
		Dents personnelles	9,34	8,76
		Dents personnelles + prothèses	18,71	9,38
		Absentes non remplacées	9,32	8,85

4/ Les besoins de soins

Parmi les personnes hébergées, la typologie concernant les soins se répartit comme suit :

- 40,8 % de l'effectif examiné n'a besoin que d'un suivi sans soin et d'une maintenance (groupe 1).
- 46,4 % des personnes ont besoin de soins bucco-dentaires et d'un suivi pouvant être assuré en cabinet ou dans l'institution (groupe 2).
- 10,4 % ont besoin de soins en milieu hospitalier (groupe 3).
- 2,4 % appartiennent au groupe 4 pour lequel une abstention thérapeutique est appliquée.

A l'examen, on observe que 32,3 % des personnes portent une prothèse partielle amovible à la mandibule et/ou au maxillaire. (n = 328)
22,3 % des pensionnaires possèdent une prothèse complète mandibulaire et/ou maxillaire. (n = 331)

Parmi les personnes examinées (331) :

- 14,2 % nécessitent des soins d'urgence pour douleur, blessure, infection ou mobilité.
- 39,6 % nécessitent un détartrage,
- 37,6 % nécessitent des soins de carie,
- 26,6 % nécessitent des extractions,
- 33,4 % ont des besoins en prothèse.

Certains patients cumulent plusieurs types de besoins de soins.

Tableau 7: Les besoins de soins

	Variable	Modalités	% ou moyenne
Typologie	Typologie (289)	1	40,8 %
		2	46,4 %
		3	10,4 %
		4	2,4 %
Besoins (331)	Typologie prothèse	Adjointe (328)	32,3 %
		Totale (331)	22,3 %
		Urgence	14,2 %
		Détartrage	39,6 %
		Soin	37,6 %
		Chirurgie	26,6 %
		Prothèse	33,4 %

5/ La prise en charge des soins

72,7 % des personnes assurent elles-mêmes leur hygiène bucco-dentaire. 14,5 % ont besoin d'aide. 12,9 % des personnes sont totalement assistées pour les gestes d'hygiène. (n = 249)
78,1 % des personnes nettoient leur prothèse seules. 13,5 % des personnes sont aidées pour le faire. Pour 8,4 % des personnes, le nettoyage des prothèses est entièrement réalisé par le personnel. (n = 155)

Les prescriptions complémentaires concernent essentiellement les bains de bouche - pour 20,4% des personnes - et l'utilisation de colle - pour 2,6 % des personnes. (n = 269)

Tableau 8 : Protocole d'hygiène personnalisé

	Variable	Modalités	% ou moyenne
Protocole personnalisé	Brossage (249)	Patient	72,7 %
		Aide	14,5 %
		Soignant	12,9 %
	Entretien prothèse (155)	Patient	78,1 %
		Aide	13,5 %
		Soignant	8,4 %
	Prescriptions (269)	Bain de bouche	20,4 %
		Dentifrice	13,0 %
		Crème	0,4 %
		Colle	2,6 %

IV – LES TYPOLOGIES DE SOINS

1/ L'influence du GIR

Le GIR est lié au type d'alimentation. Le GIR moyen des patients qui s'alimentent normalement est de 4,00 ($\pm 1,68$). Quand l'alimentation est mixée, le GIR moyen passe à 2,55 ($\pm 1,47$) et il passe à 2,00 pour l'alimentation par sonde (n = 172).

Le GIR est lié à l'hygiène (plaque/tartre, dépôts mous) : les personnes classées en GIR 1 ont le plus mauvais score moyen d'hygiène - 3,18 ($\pm 1,97$) contre 1,70 ($\pm 1,58$) pour le GIR 3 - (n = 123).

Le GIR est lié à la typologie. Les personnes classées dans le groupe 1 qui font l'objet d'un maintien et d'une surveillance ont un GIR moyen de 4,54 ($\pm 1,57$). Les personnes nécessitant des soins réalisables en ville ont un GIR moyen de 4,16 ($\pm 1,62$). Les personnes qui ont besoin de soins pris en charge en milieu spécialisé ont un GIR moyen de 2,38 ($\pm 1,26$) (n = 128).

Le GIR est lié à l'autonomie pour réaliser le brossage des dents. Les patients autonomes pour le brossage ont un GIR moyen de 4,78 ($\pm 1,39$) alors que ceux qui doivent être pris en charge par les soignants ont un GIR moyen de 1,92 ($\pm 0,86$) (n = 114).

De même pour l'entretien des prothèses : les patients qui peuvent nettoyer leur appareil de façon autonome ont un GIR moyen de 4,95 ($\pm 1,28$) ; lorsque ce sont les soignants qui nettoient les appareils, ils le font pour des personnes qui présentent un GIR moyen de 2,11 ($\pm 0,92$) (n = 61).

Le GIR n'est pas lié à la perception douloureuse, à la possibilité de mener l'examen buccal, aux pathologies buccales, à l'état dentaire, à la notion d'urgence ni aux besoins en soins.

Le classement GIR reflétant une perte d'autonomie, il est logique de constater la perte de capacité à maintenir une hygiène de qualité et la nécessité de mise en place d'une aide à l'hygiène par le personnel soignant, lorsque le GIR diminue.

Tableau 9 : Influence du GIR

	Modalités gradation /	Moyenne	Écart type	Anova + Valeur de P
GIR moyen selon l'alimentation (172)	Normale	4,00	1,68	Anova F=14,69 Valeur de P <10-3
	Mou / mixé	2,55	1,47	
	Sonde gastrique	2,00	0,00	
GIR moyen par groupe d'hygiène (123)	1	3,18	1,97	Anova F=7,73 Valeur de P = 0,0006
	2	2,30	1,72	
	3	1,70	1,58	
Moyenne dents totales par groupe GIR	1	16,89	8,65	Anova F=4,23 Valeur de P = 0,01
	2	20,72	8,70	
	3	22,08	7,85	
GIR moyen par typologie (128)	1	4,54	1,57	Anova F = 17,32 Valeur de P <10-3
	2	4,16	1,62	
	3	2,38	1,26	
	4	NR	NR	
GIR moyen par protocole de brossage (114)	Patient	4,78	1,39	Anova F = 47,94 Valeur de P <10-3
	Aide	3,12	1,45	
	Soignant	1,92	0,86	
GIR moyen par protocole d'entretien (61)	Patient	4,95	1,28	Anova F = 21,88 Valeur de P <10-3
	Aide	3,50	1,26	
	Soignant	2,11	0,92	

2/ La perception de la douleur et l'état bucco-dentaire

L'expression de la douleur concerne 26,9 % des patients ayant pu être examinés.

La perception de la douleur et l'atteinte des muqueuses sont liées pour 48,1 % des personnes (n = 262).

Si l'on se réfère à la typologie de soins, les patients classés en simple maintenance sont 14,4 % à se plaindre de douleur. Ce pourcentage passe à plus 35 % pour les patients nécessitant des soins, quel que soit le type de soins (n = 251).

La perception de la douleur et de l'urgence sont significativement liées. En effet, 72,5 % des personnes qui se plaignent de douleurs ont un besoin de soins en urgence. Attention, il y a encore plus du quart des patients (27,5 %) qui ont besoin de soins en urgence et qui ne se plaignent pas (n = 253).

La perception de la douleur et les besoins de soins ont également un lien puisque les personnes exprimant une souffrance ont, en moyenne, 2 à 3 dents à soigner. Attention, les personnes n'exprimant pas de douleur, quand elles ont besoin de soins, ont tout de même au moins une dent à soigner (n = 252).

Aucun lien significatif n'est établi entre la perception du patient et l'hygiène (plaque, tartre, hygiène des prothèses), l'état parodontal (plaque parodontale, mobilité), les pathologies buccales (hors muqueuses), l'état dentaire.

Donc, une absence de plainte du patient ne signe pas une absence de besoin de soins. A contrario, quand la plainte existe, dans près de trois quarts des cas (72,5 %) les soins

nécessaires relèvent de l'urgence et, dans la moitié des cas, des atteintes des muqueuses sont installées.

Tableau 10 : Perception de la douleur

	Modalités	% ou moyenne	Valeur test	Valeur dep	Risque relatif	N
Perception douloureuse quand atteinte des muqueuses	Oui	48,1%	Khi2 yates corrigé = 5,35	P = 0,02	RR = 1,92	262
	Non	51,9%				
Perception douloureuse par typologie	1	14,4%	Khi2 yates corrigé = 14,47	P = 0,0007		251
	2	35,7%				
	3-4	37,5%				
Perception douloureuse quand urgence identifiée	Oui	72,5%	Khi2 yates corrigé = 46,33	P < 10-3	RR = 3,86	253
	Non	27,5%				
Perception douloureuse et importance des besoins de soins	Oui	2,29 (1,62)	F = 19,39	P = 0,00001		252
	Non	1,33 (1,50)				

3/ La typologie des soins et l'alimentation

Pour rappel, la typologie des personnes hébergées concernant les soins se répartit comme suit :

- Les patients du groupe 1 n'ont besoin que d'un suivi sans soins et d'une maintenance.
- Les patients du groupe 2 ont besoin de soins bucco-dentaires et d'un suivi pouvant être assuré en cabinet ou dans l'institution.
- Les patients du groupe 3 ont besoin de soins en milieu hospitalier.
- Les patients du groupe 4 sont ceux pour lesquels une abstention thérapeutique est appliquée

Les typologies des groupes 3 et 4 ont été confondues pour certaines analyses, le groupe 4 ne comptant que quatre patients.

Plus le besoin en soins est complexe, plus l'alimentation est mixée.

Dans le groupe de maintenance, seulement 9,6 % des personnes mangent mixé. Elles sont 16,1 % lorsque des soins sont nécessaires mais réalisables en ville. Lorsque les patients ont des besoins en soins qui peuvent être pris en charge en milieu spécifique ou dans les cas d'abstention thérapeutique, 57,6 % des personnes ont une alimentation mixée (n = 249).

Tableau 11 : Typologie et alimentation

	Typologie	% ou moyenne	Valeur test	Significativité	N
Alimentation mixée	1	9,6 %	Khi2 = 38,68	P < 10-3	249
	2	16,1 %			
	3-4	57,6 %			

4/ La typologie des soins et la capacité de maintenance (n = 286)

Parmi les patients en groupe maintenance, 62,7 % ne présentent pas de plaque dentaire et 72,0 % ne présentent pas de tartre. Pour les personnes nécessitant des soins en milieu ordinaire, ces chiffres s'élèvent respectivement à 18,8 % et 33,0 %. L'absence de plaque dentaire et de tartre n'est effective respectivement que pour 17,1 % et 14,3 % des résidents ayant besoin de soins spécifiques ou classés en abstention thérapeutique. Le mauvais nettoyage des appareils est en relation avec la difficulté pour le résident de prendre en charge ses soins de façon autonome. En effet, 22,9 % des personnes du groupe 3/4 ont un appareil mal nettoyé. Ceci est cohérent avec le mauvais score d'hygiène du groupe 3 qui est de 4,00. 66,9 % des patients en groupe maintenance ne présentent pas de plaque parodontale, contre 30,8 % des personnes nécessitant des soins en milieu ordinaire. L'absence de plaque parodontale n'est effective que pour 25,7 % des personnes ayant besoin de soins spécifiques ou classés en abstention thérapeutique. Au sein du groupe 1, seules 4,2 % des personnes présentent des mobilités dentaires alors qu'elles sont 17,3 % dans le groupe 2 et 11,4 % dans le groupe 3/4 qui est le groupe où les personnes présentent le taux d'édentement le plus important.

Plus la personne a des difficultés de prise en charge des soins, moins le maintien de l'hygiène est correctement effectué. Les personnes du groupe 3 et 4 sont particulièrement concernées.

Tableau 12 : Typologie et état d'hygiène

	Typologie	% ou moyenn e	Écart type	Valeur du test	Significativit é	N
Absence de plaque	1	62,7 %		Khi2 = 95,70	P < 10-3	286
	2	18,8 %				
	3-4	17,1 %				
Absence de tartre	1	72,0 %		Khi2 = 94,50	P < 10-3	286
	2	33,1 %				
	3-4	14,3 %				
Mauvaise hygiène prothèse	1	3,4 %		Khi2 = 18,02	P = 0,001	286
	2	15,0 %				
	3-4	22,9 %				
Score moyen hygiène	1	1,03	1,16	F = 39,35	P < 10-3	286
	2	2,51	1,68			
	3	4,00	1,58			
	4	1,71	1,38			
Absence plaque parodontale	1	66,9 %		Khi2 = 73,26	P < 10-3	286
	2	30,8 %				
	3-4	25,7 %				
Mobilités	1	4,2 %		Khi2 = 28,45	P < 10-3	286
	2	17,3 %				
	3-4	11,4 %				

5/ Typologie des soins et pathologies buccales

Les pathologies buccales et la typologie de soins sont liées. Les patients du groupe 3/4 sont plus souvent touchés par des pathologies buccales : 17,1 % sur les lèvres, 8,6 % sur les joues, 11,4 % sur la langue et 17,1 % sur les muqueuses. Le score moyen est calculé en cotant 1 pour chaque localisation ; il peut aller de 0 à 5 (total 5 pour les 5 sites). Le groupe 3 est le plus touché par les blessures (n = 287)

Tableau 13 : Typologie et pathologies buccales

	Typologie	% ou moyenn e	Écart type	Valeur du test	Significativit é	N
Atteinte lèvre	1	0,8 %		Khi2 = 14,75	P = 0,0006	287
	2	6,0 %				
	3-4	17,1 %				
Atteinte joue	1	0,8 %		Khi2 = 7,77	P = 0,02	287
	2	8,2 %				
	3-4	8,6 %				
Atteinte langue	1	0,8 %		Khi2 = 8,34	P = 0,01	287
	2	6,7 %				
	3-4	11,4 %				
Atteinte palais				NS	NS	
Atteinte muqueuses	1	3,4 %		Khi2 = 9,16	P = 0,01	287
	2	12,7 %				
	3-4	17,1 %				
Score moyen pathologie buccales	1	0,07	0,49	F = 4,08	P = 0,007	287
	2	0,39	1,16			
	3	0,71	1,56			
	4	0,28	0,48			

6/ La typologie de soins et l'état dentaire (n = 260)

Pour le groupe 1, maintien et surveillance, le CAO moyen est de 19,73 ($\pm 8,61$) et le CAO-R de 20,06 ($\pm 8,56$). Bien que les résidents classés dans ce groupe aient des dents soignées et présentent peu de racines résiduelles, l'indice CAO est important. Seulement 2,7 % de ces résidents nécessitent des soins à réaliser en urgence ; le nombre des dents à soigner est très restreint ($0,27 \pm 0,58$). Les urgences du groupe 1 sont liées à des pathologies des tissus mous ne nécessitant pas d'actes cliniques mais des prescriptions ciblées et des soins d'entretien. Les personnes de ce groupe ont 6,68 ($\pm 7,83$) dents personnelles mais 19,73 ($\pm 9,96$) dents personnelles + prothèses. Cela signifie que ces patients, malgré de nombreuses dents soignées, ont une denture en bon état fonctionnel.

Pour le groupe 2, soins en milieu ordinaire, le CAO moyen est de 19,12 ($\pm 6,78$) et le CAO-R est de 21,01 ($\pm 6,96$), soit l'équivalent de 2 racines résiduelles par personne. Au sein de ce groupe, 20,8 % des personnes ont besoin de soins en urgence, pour 2,63 dents à soigner, en moyenne. Dans ce groupe, les patients ont 12,05 ($\pm 8,50$) dents personnelles et 19,23 ($\pm 8,00$) dents personnelles + prothèses : le nombre de dents en bouche est suffisant pour avoir une alimentation normale.

Pour le groupe 3, soins en milieu spécifique, le CAO est de 15,24 ($\pm 9,61$) et le CAO-R est de 16,96 ($\pm 9,78$) soit l'équivalent d'une racine résiduelle par personne. La moyenne de dents personnelles est de 15 (15,24 $\pm 9,55$). 27,8 % des résidents appartenant à ce groupe ont un besoin urgent de soins pour 2,67 dents à soigner, en moyenne. La moyenne des dents personnelles + prothèses est de 17,60 ($\pm 9,29$). Les écarts types sont importants ce qui signifie de grandes différences observées d'une personne à l'autre. Les dents manquantes ne sont pas assez remplacées et cela a une influence sur l'alimentation que les personnes peuvent ingérer.

Pour le groupe 4, abstention thérapeutique, le CAO est de 16,85 ($\pm 12,46$) et le CAO-R est de 17,85 ($\pm 11,63$), soit l'équivalent d'une racine résiduelle par personne. Les écarts-type importants montrent une grande disparité au sein du groupe. Le besoin de soins en urgence concerne 27,8 % des personnes du groupe. Les patients ont chacun 0,71 ($\pm 1,49$) dent à soigner. Ce chiffre s'explique par le fait que ces personnes n'ont que 1,28 ($\pm 1,89$) dent personnelle en moyenne et 5,28 ($\pm 5,52$) dents personnelles + prothèses. Cela signifie que dans ce groupe, de nombreuses dents ont été extraites et n'ont malheureusement pas été remplacées. Les patients ont forcément des difficultés pour s'alimenter normalement.

Finalement, il ressort de l'étude que les résidents classés dans les groupes 2 et 3 sont plus nombreux que les autres à nécessiter des soins (n = 277), voire des soins en urgence (n = 278). Leur état bucco-dentaire est donc à surveiller de façon suivie.

Tableau 14 : Typologie et état des dents

	Typologie	% ou moyenn e	Écart type	Valeur du test	Significativit é	N
CAO-R moyen	1	19,73	8,61	NS	NS	260
	2	19,12	6,78			
	3	15,24	9,61			
	4	16,85	12,46			
CAO moyen	1	20,06	8,56	NS	NS	260
	2	21,01	6,96			
	3	16,96	9,78			
	4	17,85	11,63			
Moyenne dents personnelles	1	6,68	7,83	F = 13.72	P < 10-3	260
	2	12,05	8,50			
	3	14,76	9,55			
	4	1,28	1,89			
Moyenne dents personnelles + prothèses	1	19,73	9,96	F = 5.92	P = 0.0006	260
	2	19,23	8,00			
	3	17,60	9,29			
	4	5,28	5,52			
Urgence	1	2,7%		Khi2 = 22.00	P < 10-3	278
	2	20,8 %				
	3-4	27,8 %				
Moyenne du nombre de dents à soigner	1	0,27	0,58	F = 92.71	P < 10-3	277
	2	2,53	1,35			
	3	2,67	1,38			
	4	0,71	1,49			

7/ La typologie des soins et le degré d'autonomie

Être en capacité (ou non) de se brosser les dents, seul, a une grande influence sur la typologie de soin. Dans le groupe 1, 93,2 % des personnes se brossent elles-mêmes les dents. Elles sont 73,6 % à pouvoir le faire dans le groupe 2, mais seulement 16,7 % à pouvoir le faire dans le groupe 3/4 (n = 239).

De même, 92,2 % des personnes du groupe 1 nettoient leur prothèse elles-mêmes, contre 64,2 % des personnes du groupe 2 et seulement 50,0 % des personnes du groupe 3/4. (n = 142)

Ce qui signifie que les patients classés dans les groupes 3 et 4 doivent être accompagnés pour l'hygiène.

Tableau 15 : Typologie et autonomie

	Typologie	% ou moyenne	Valeur du test	Significativité	N
Brossage par le patient	1	93,2 %	Khi2 = 116.6	P < 10-3	239
	2	73,6 %			
	3-4	16,7 %			
Entretien prothèse par le patient	1	92,6 %	Khi2 = 45.90	P < 10-3	142
	2	64,2 %			
	3-4	50,0 %			

8/ Alimentation et état bucco-dentaire

Le type d'alimentation ingéré par les résidents et l'atteinte des muqueuses sont liés : un quart des personnes (24,4 %) qui présentent des atteintes des muqueuses mangent une alimentation mixée (n = 241).

Les personnes qui s'alimentent normalement ont 10 dents personnelles, en moyenne, et presque 20 dents personnelles et prothétiques. Par contre, les personnes qui mangent une nourriture mixée n'ont plus que 6 à 7 dents personnelles et 14 à 15 dents personnelles + prothétiques (n = 241).

Les patients à alimentation mixée sont plus souvent atteints de lésions des muqueuses ; ils présentent moins de dents personnelles et sont moins appareillés que les autres patients. Aucun lien ne peut être établi entre le type d'alimentation et l'hygiène (plaque, tartre, hygiène des prothèses), les pathologies buccales (hors atteinte des muqueuses), le CAO-R, la notion d'urgence, le volume de besoins en soins.

Tableau 16 : Alimentation et état bucco-dentaire

	Alimentation	% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Atteinte des muqueuses	Normale	7,7 %		Khi2 corrigé Yates = 9.05	P = 0,002	241
	Mixée	24,4 %				
Moyenne dents	Normale	10,06	8,89	F = 6,88	P = 0,009	241
	Mixée	6,33	7,22			

personnelles						
Moyenne dents	Normale	19,83	8,80	F = 13,43	P = 0,0003	241
personnelles + prothèses	Mixée	14,37	9,86			

9/ Relation état buccal / état dentaire

Les problèmes de plaque dentaire, de tartre et de mobilité des dents (en fréquence) sont logiquement liés à un nombre moyen de dents plus important. La plaque parodontale est logiquement liée à un nombre moyen de dents moins important. Les atteintes des lèvres, de la langue et du palais sont plus fréquentes quand le nombre de dents est plus important.

Tableau 17 : Relation état buccal / état dentaire

	Modalités	% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Moyenne dents personnelles / plaque	Non	6.22	8,05	F = 13,91	P < 10-3	277
	Un peu	10.64	8,47			
	Beaucoup	12.82	8,82			
Moyenne dents personnelles / tartre	Non	5.79	7,81	F = 29,07	P < 10-3	277
	Un peu	12.02	7,91			
	Beaucoup	14.55	8,61			
Moyenne dents personnelles / plaque parodontale	Non	6.85	8,48	F = 12,78	P < 10-3	277
	Un peu	10.17	8,19			
	Beaucoup	13.54	8,63			
Moyenne dents absentes non remplacées / plaque parodontale	Non	11.78	10,60	F = 3,44	P = 0,03	277
	Un peu	9.48	7,96			
	Beaucoup	7.86	7,93			
Moyenne dents personnelles / mobilité	Non	11.00	8,81	F = 25,21	P < 10-3	277
	Oui	11.58	7,81			
	Non concerné	2.50	5,00			
Moyenne dents personnelles / lèvre	Oui	16.00	9,70	F = 8,72	P = 0,003	277
	Non	8.99	8,59			
Moyenne dents personnelles / langue	Oui	17.57	9,72	F = 13,56	P = 0,0002	277
	Non	8.90	8,51			
Moyenne PCPA / langue	Oui	3.71	7,75	F = 5,40	P = 0,02	277
	Non	9.66	9,40			
Moyenne CAO / langue	Oui	15.71	7,50	F = 4,64	P = 0,03	277
	Non	20.53	8,18			
Moyenne dents personnelles/palais	Oui	15.30	9,73	F = 6,42	P = 0,01	277
	Non	9.05	8,63			

V - PATHOLOGIES GÉNÉRALES ET ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

1/ Les personnes souffrant de diabète sont âgées en moyenne de 76,67 ans $\pm$ 14,77. Elles sont 65,2 % dans le groupe 2, 30,4% dans le groupe 3, et seulement 4,3 % dans le groupe 1. Leur score d'hygiène est de 3,30 $\pm$ 1,82. C'est un mauvais score, bien supérieur au score des personnes sans diabète qui est de 1,88 $\pm$ 1,68. Les personnes diabétiques présentent un risque carieux important. L'importance d'une bonne hygiène pour le diabétique est à souligner, sachant qu'une mauvaise hygiène peut entraîner le dérèglement de la glycémie.

Tableau 18 : Diabète et état bucco-dentaire

Diabète		% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Âge moyen		76,67	14,77		NS	28
Score moyen hygiène	Non	1,88	1,68	F = 15,59	P = 0,0001	190
	Oui	3,30	1,82			
Typologie	1	4,3 %	9,90	F = 9,90	P = 0,007	158
	2	65,2 %				
	3-4	30,4 %				

2/ Les personnes souffrant d'infections intercurrentes sont âgées en moyenne de 78,90 ans $\pm$ 12,68. Ce sont des patients qui ont plutôt une mauvaise hygiène ; leur score d'hygiène est de 3,30 $\pm$ 1,70. De plus, ce sont des patients peu autonomes pour le brossage des dents : 20 % sont autonomes, 20 % ont besoin d'aide et, pour les 60 % restants, c'est le personnel soignant qui prend en charge leur hygiène.

Tableau 19 : Infections intercurrentes et état bucco-dentaire

Infections intercurrentes		% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Âge moyen		78,90	12,68		NS	11
Score moyen hygiène	Non	2,01	1,75	F = 5,11	P = 0,02	190
	Oui	3,30	1,70			
Brossage	Patient	20 %	6,45	F = 6,45	P = 0,03	140
	Aide	20 %				
	Soignant	60 %				

3/ Les personnes souffrant d'hypertension artérielle (HTA) ou d'une cardiopathie sont âgées en moyenne de 90,90 ans $\pm$ 6,12. Elles sont 48,5 % dans le groupe 1 et 51,5 % dans le groupe 2. Aucune n'est présente dans le groupe 3 ou dans le groupe 4. Le score d'hygiène de ces patients est de 1,57 $\pm$ 1,29, ce qui est un score sensiblement meilleur que la moyenne. Il faut souligner la meilleure qualité de l'hygiène des patients atteints de cardiopathies et d'HTA, par rapport aux patients souffrant d'autres pathologies, même si ces patients sont très âgés.

Tableau 20 : HTA, cardiopathies et état bucco-dentaire

HTA, cardiopathies		% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Âge moyen		90,95	6,12		P < 10-3	46
Score moyen hygiène				F = 28,55	P = 0,03	186
	Non	2,24	1,87			

	Oui	1,57	1,29			
Typologie	1	48,5 %		Khi2 = 11,46	P = 0,003	155
	2	51,5 %				
	3-4	0,0 %				

4/ Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont âgées en moyenne de 88,00 ans $\pm$ 6,56. Parmi elles, 52,4 % sont dans le groupe 1 et 47,6 % sont dans le groupe 2. Aucune n'est présente dans le groupe 3 ou dans le groupe 4.

Tableau 21 : Maladie d'Alzheimer et état bucco-dentaire

Maladie d'Alzheimer		% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Âge moyen		88,00	6,56	F = 10,84	P = 0,001	40
Typologie	1	52,4 %		Khi2 = 7,79	P = 0,02	158
	2	47,6 %				
	3-4	0,0 %				

5/ Les personnes souffrant d'accident vasculaire cérébral (AVC) sont âgées en moyenne de 69,18 ans $\pm$ 16,87. Ce sont des personnes qui sont en moyenne plus jeunes que les patients souffrant d'autres pathologies, mais l'écart-type important atteste de grands écarts d'âge. Leur score d'hygiène, de 2,80 $\pm$ 1,92, traduit une mauvaise capacité à gérer seules leur hygiène bucco-dentaire. Les patients souffrant d'AVC sont 17,2 % dans le groupe 1, 44,8 % dans le groupe 2 et 37,9 % dans les groupes 3 et 4. Ces patients souffrent souvent de paralysie partielle entraînant une prise en charge de l'hygiène peu efficace. Ils ont besoin de soins et éprouvent souvent des difficultés à se faire suivre par un chirurgien-dentiste.

Tableau 22 : AVC et état bucco-dentaire

AVC		% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Âge moyen		69,18	16,87	F = 27,17	P < 10-3	32
Score moyen hygiène	Non	1,93	1,71	F = 6,41	P = 0,01	190
	Oui	2,80	1,92			
Typologie	1	17,2 %		Khi2 = 11,54	P = 0,003	158
	2	44,8 %				
	3-4	37,9 %				

6/ Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson sont âgées en moyenne de 84,20 ans $\pm$ 5,85. Les données se rapportant à ces patients sont dans les normes générales.

Tableau 23 : Maladie de Parkinson et état bucco-dentaire

Maladie de Parkinson		% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Âge moyen		84,20	5,85	NS		15

7/ Les patients atteints de sclérose en plaque (SEP) sont âgés en moyenne de 59,00 ans $\pm$ 8,44 ; ils sont notablement plus jeunes que les autres patients observés. Leur score d'hygiène - de 3,33 - est mauvais. La SEP entraînant des difficultés motrices, ce résultat semble cohérent. Leur CAO-R moyen est de 15,11 $\pm$ 6,27, ce qui est un résultat sensiblement meilleur que le CAO-R moyen de la population sans SEP (20,95 $\pm$ 7,91). La moyenne des dents personnelles de ces patients est de 18,88 $\pm$ 6,52, ce qui indique qu'ils ont conservé la plupart de leurs dents. Ils présentent, en moyenne, 4,22 dents absentes non remplacées. 40 % des personnes atteintes de SEP sont dans le groupe 2, et 60 % sont prises en charge dans le groupe 3-4, probablement à cause du handicap lourd qu'entraîne cette maladie.

Tableau 24 : SEP et état bucco-dentaire

SEP		% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Âge moyen		59,00	8,44	F = 25,44	P < 10-3	10
Score moyen hygiène	Non	2,04	1,75	F = 4,60	P = 0,03	186
	Oui	3,33	1,93			
CAO Moyen	Non	20,95	7,91	F = 4,75	P = 0,03	206
	Oui	15,11	6,27			
Moyenne personnelles dents	Non	9,54	8,37	F = 10,87	P = 0,001	206
	Oui	18,88	6,52			
Moyenne absentes dents non remplacées	Non	10,78	9,55	F = 4,19	P = 0,04	206
	Oui	4,22	4,35			
Typologie	1	0,0 %		Khi2 = 14,72	P = 0,0006	155
	2	40,0 %				
	3-4	60,0 %				

8/ Les personnes démentes ou en dépression sont âgées en moyenne de 88,46 ans $\pm$ 7,55. La moyenne des dents personnelles de ces patients est de 7,06 $\pm$ 7,86, ce qui est inférieur à la moyenne observée dans le reste de l'échantillon (10,42).

Tableau 25 : Démence, dépression et état bucco-dentaire

Démences, dépressions		% ou moyenne	Écart type	Valeur du test	Significativité	N
Âge moyen		88,46	7,55	F = 8,68	P = 0,003	30
Moyenne personnelles dents	Non	10,42	8,53	F = 3,94	P = 0,04	206
	Oui	7,06	7,86			

En résumé, les patients souffrant d'AVC ou de SEP sont significativement plus jeunes que la moyenne des patients étudiés. Les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, de cardiopathies, d'HTA, de démences ou de dépressions sont plus âgés que la moyenne des patients étudiés.

Il convient de souligner l'importance d'une bonne hygiène pour les personnes diabétiques afin de prévenir le dérèglement de la glycémie. C'est également vrai pour les patients atteints d'infections intercurrentes, d'AVC (patients jeunes), ou de SEP (patients jeunes). A contrario, on relève une meilleure qualité de l'hygiène chez les patients atteints de cardiopathies et d'HTA, même très âgés.

Discussion

En France, plusieurs enquêtes ont déjà révélé une santé bucco-dentaire de nos aînés préoccupante (voir références 1, 2, 3 et 4). Les personnes âgées en institution sont 25 % moins nombreuses à aller chez le dentiste par rapport aux personnes autonomes vivant à domicile (voir référence 5). Les personnes âgées en établissement souffrent la plupart du temps de polyopathologies et/ou de troubles cognitifs. L'état de santé général et l'état bucco-dentaire des personnes en institution sont étroitement liés (voir référence 6). Les résultats de l'enquête Agirc-Arrco-UFSBD corroborent ces données.

Le classement GIR traduit une perte d'autonomie. Lorsque le GIR diminue, il est logique de constater la perte de capacité à maintenir une hygiène de qualité, d'où la nécessité de mettre en place une aide appropriée par le personnel soignant. Cette relation a déjà été établie (voir références 9 et 10).

Parmi les personnes hébergées, la typologie concernant les soins se répartit comme suit :

- 40,8 % de l'effectif examiné n'a besoin que d'un suivi sans soin et d'une maintenance (groupe 1).

- 46,4 % des personnes ont besoin de soins bucco-dentaires et d'un suivi pouvant être assuré en cabinet ou dans l'institution (groupe 2).

- 10,4 % ont besoin de soins en milieu hospitalier (groupe 3).

- 2,4 % appartiennent au groupe 4 pour lequel une abstention thérapeutique est appliquée.

Parmi les personnes examinées (331):

- 14,2 % nécessitent des soins d'urgence pour douleur, blessure, infection ou mobilité,
- 39,6 % nécessitent un détartrage,
- 37,6 % nécessitent des soins de carie,
- 26,6 % nécessitent des extractions,
- 37,1 % ont besoin d'une prothèse.

On constate que les urgences concernent essentiellement les résidents classés dans les groupes 2 et 3 (278). Il en va de même pour le besoin en soins (277). Ces personnes nécessitent davantage de surveillance.

Une absence de plainte du patient ne signifie pas une absence de besoin de soins : 27,5 % des patients qui ont besoin de soins en urgence ne se plaignent pas. A contrario, quand le patient se plaint, dans 72,5 % des cas, les soins nécessaires relèvent de l'urgence et, dans la moitié des cas, des atteintes des muqueuses sont installées (voir références 6, 9, 10 et 12).

Plus la personne a des difficultés de prise en charge des soins, moins le maintien de l'hygiène est correctement effectué. C'est particulièrement important pour les personnes des groupes 3 et 4.

Être en capacité ou non de se brosser les dents seul a une répercussion sur la typologie de soin. Les résidents répartis dans les groupes 3 et 4 ne sont que 16,7 % à se brosser les dents de façon autonome. Seuls 50 % peuvent nettoyer leur prothèse eux-mêmes. Ces personnes doivent donc être accompagnées pour l'hygiène.

La difficulté à maintenir une hygiène satisfaisante est un problème que beaucoup d'enquêtes ont relevé et les causes en sont multiples. La capacité de la personne âgée à se brosser les dents n'est pas toujours bien analysée par la personne elle-même. Elle est liée au GIR, mais aussi à l'histoire du résident et à l'encadrement réalisé par le personnel (voir références 1, 2, 3, 4, 9, 10 et 12).

On observe que plus le besoin en soins est complexe, plus l'alimentation mixée est présente. Les patients à alimentation mixée sont plus souvent atteints de lésions des muqueuses ; ils présentent moins de dents personnelles et sont moins appareillés que les autres patients. Ceci entraîne des difficultés masticatoires, donc un risque de malnutrition. Il a déjà été démontré une corrélation entre malnutrition, dépression, taux d'infection élevé, durée d'hospitalisation, mauvais état général et mortalité élevée (voir références 6, 7 et 8).

Conclusion

Au terme de l'enquête, on peut dresser le constat suivant :

- pour plus de la moitié des résidents (57 %), l'état bucco-dentaire nécessite une prise en charge thérapeutique (en urgence pour 14 % d'entre eux) ;
- plus du quart d'entre eux (27 %) a besoin d'une aide à l'hygiène, partielle ou totale ;
- enfin, dans près de trois quarts des cas (72 %), une plainte signe une urgence.

Dans un Ehpad, les personnes âgées sont déjà en état de dépendance. Les équipes médicales et tout le personnel accompagnant ont pour objectif de maintenir au mieux l'état de santé des résidents grâce à une bonne hygiène et à une surveillance adaptée à chaque personne.

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte : l'état de santé de la personne, son type d'alimentation, sa dépendance caractérisée par le classement GIR, son groupe de prise en charge des soins bucco-dentaires, et sa capacité à prendre en charge son hygiène bucco-dentaire.

L'état de santé général et les pathologies vont avoir une influence. Le diabète, les infections et les cardiopathies sont des pathologies où le risque induit par un mauvais état dentaire est un facteur aggravant. La maladie d'Alzheimer, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, les démences et les dépressions sont des pathologies où les facultés à maintenir l'hygiène diminuent avec le vieillissement et l'avancée de la maladie.

Maintenir l'état bucco-dentaire permet de garder un coefficient masticatoire suffisant pour conserver un mode d'alimentation normale. Une alimentation normale et équilibrée contribue à la bonne santé des personnes ; la dénutrition est un facteur d'augmentation de la dépendance. Quand les dents non remplacées sont trop nombreuses et que le coefficient masticatoire est trop faible, la consistance de l'alimentation doit être modifiée, d'où une perte en qualité gustative et une augmentation du risque carieux. En effet, l'alimentation mixée stagne et crée des dépôts plus difficiles à nettoyer. Pratiquer les gestes quotidiens du brossage et le nettoyage des prothèses est encore plus important dans cette situation.

L'équipe devra être plus attentive aux personnes classées en GIR 1 et 2 et les accompagner dans les gestes d'hygiène bucco-dentaire quotidiens.

La typologie de soins est également un critère à prendre en compte. Les personnes de GIR supérieur ou égal à 3 sont plus souvent classées dans les groupes typologie de soins 1 et 2 (maintenance et surveillance). Les personnes relevant des groupes 3 et 4 (besoin de soins en milieu spécialisé ou abstention thérapeutique) devront être particulièrement prises en charge de façon organisée.

Correctement réalisés, ces gestes quotidiens vont permettre, pour la totalité des résidents, de diminuer le risque carieux. Les personnes pourront rester dans le groupe 1 (maintenance) et les personnes du groupe 2, après la réalisation des soins, pourront repasser en groupe 1.

Si la personne est autonome, elle n'est pour autant pas toujours motivée. Son histoire, ses habitudes et l'attention que la personne porte à son apparence vont influencer son comportement. Par exemple, une personne déprimée sera capable de se brosser les dents mais n'en aura pas la volonté. C'est là que l'implication de l'équipe va jouer son rôle. Évidemment, les personnes ayant des difficultés motrices seront elles aussi en difficulté pour effectuer le brossage et l'hygiène prothétique. Les équipes doivent être attentives pour repérer les personnes non autonomes et les accompagner.

Prospective

L'amélioration de l'hygiène quotidienne est un levier important pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vivant en Ehpad.

Les établissements doivent s'en donner les moyens :

- en exigeant un bilan bucco-dentaire à l'entrée dans l'établissement. Cela permettra de mettre en œuvre les soins nécessaires et d'établir le protocole individuel ;
- en nommant un correspondant en santé orale (CSO).

En complément, la formation des équipes et la mise en place des protocoles individualisés, rédigés en équipe, facilitera le suivi de l'hygiène bucco-dentaire des résidents. Les dépistages réguliers permettront de repérer les blessures, de suivre l'état bucco-dentaire et de réajuster les protocoles d'hygiène.

Annexe 4

La santé bucco-dentaire des personnes âgées en Ehpad :

Le bilan des formations du programme Agirc-Arrco – UFSBD (intégral)

BILAN DES FORMATIONS 2012-2013 A DESTINATION DU PERSONNEL SOIGNANT DANS LES ETABLISSEMENTS AGIRC-ARRCO (intégral)

EVALUATION DE LA FORMATION ET DES CONNAISSANCES

Auteurs : Dr Anne ABBÉ DENIZOT, Dr Benoît PERRIER, Hélène de VANSSAY, Danielle GRIZEAU-CLEMENS

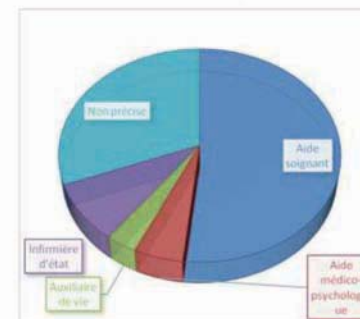
En 2012/2013, l'UFSBD a réalisé 46 sessions de formation dans 26 Ehpad du parc Agirc Arrco en France, soit 46 journées de formation de 7 heures, théoriques et pratiques.

Ces 46 journées ont permis de former 369 personnes (aides-soignantes en majorité, infirmières diplômées d'Etat, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie...).

Profil des stagiaires formés

Les sessions de formation ont permis de former 369 personnes :

- 191 aides-soignantes,
- 19 aides médico-psychologiques,
- 33 infirmières diplômées d'Etat,
- 12 auxiliaires de vie,
- 114 personnes dont la fonction est non renseignée.

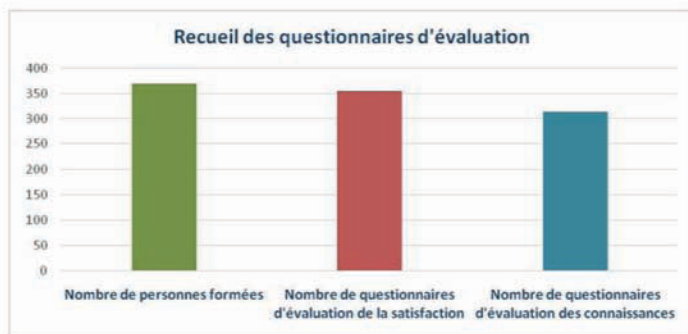


Recueil des questionnaires d'évaluation

Lors de ces journées de formation, deux types de questionnaires sont diffusés aux stagiaires :

- un questionnaire dit « de satisfaction », afin de mesurer la satisfaction des stagiaires et leur perception de la formation,
- un questionnaire d'évaluation des connaissances afin de mesurer la mémorisation et la compréhension des informations transmises lors de la formation.

Les questionnaires sont recueillis à l'issue de la journée de formation et sont anonymes : 354 questionnaires de satisfaction et 313 questionnaires d'évaluation des connaissances ont ainsi été collectés.



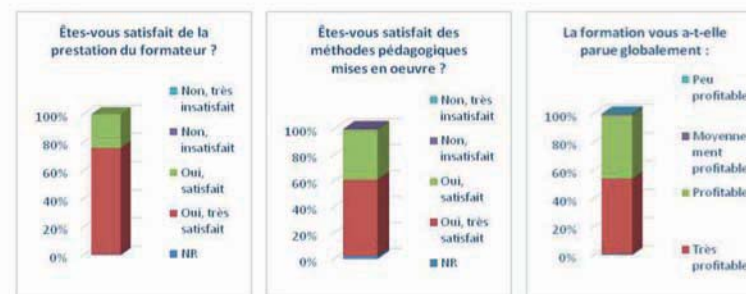
Ehpad	Nb pers. formées	Nb quest. satisfaction	Nb quest. connaissances
TOTAL	369	354	313

La différence entre le nombre de questionnaires collectés et le nombre de personnes formées s'explique par le fait que certains stagiaires ont souhaité conserver les questionnaires d'évaluation. Ce document leur a sans doute semblé être un bon outil pour travailler en équipe.

Analyse des questionnaires de satisfaction

Dans tous les établissements, les stagiaires déclarent être satisfaits, voire très satisfaits, de la formation sur les différents items : les conditions de la formation, les outils, les méthodes et les objectifs.

On remarque un niveau de satisfaction général légèrement plus élevé chez les aides médico-psychologiques, les aides-soignantes et les auxiliaires de vie, et légèrement moins élevé chez les infirmières¹.



À la question « après cette formation, vous sentez-vous capable d'utiliser ces enseignements dans votre pratique professionnelle ? », la majorité des participants répondent positivement (92 %).



On note cependant qu'ils émettent indirectement quelques réserves quant à la possibilité qui leur sera donnée de mettre en place les procédures apprises, dans un planning déjà très chargé. Ces réserves portent essentiellement sur le manque de temps et la répartition des tâches.

¹ A noter que les effectifs sont très différents d'une catégorie à l'autre (191 AS, 19 AMP, 12 AV, 33 IDE, et 114 non précisés)

Les principaux enseignements tirés par les stagiaires sont :

- l'importance de veiller à maintenir une bonne hygiène et une bonne santé bucco-dentaire des résidents, pour favoriser un meilleur bien-être ;
- les méthodes pour y parvenir (méthodes de brossage, entretien des prothèses, protocoles individualisés).

Ces éléments rejoignent les objectifs fixés pour ces formations.

À la lecture de ces résultats, il paraît d'autant plus important :

- de présenter cette formation comme un projet d'établissement partagé par tous et porté par la direction (lequel projet peut avoir un impact sur les procédures internes) ;
- d'associer à la formation le cadre de santé / l'infirmier diplômé d'État coordinateur (Idec) ou un membre de la direction (soit avec les stagiaires, soit en parallèle de leur formation) ;
- de présenter la partie « pratique » de la formation (tours en chambres, approche du résident, gestuelle pour la prise en charge de l'hygiène, astuces...) comme un moyen de « gagner du temps » sur les soins et non pas comme des tâches supplémentaires à ajouter dans le planning.

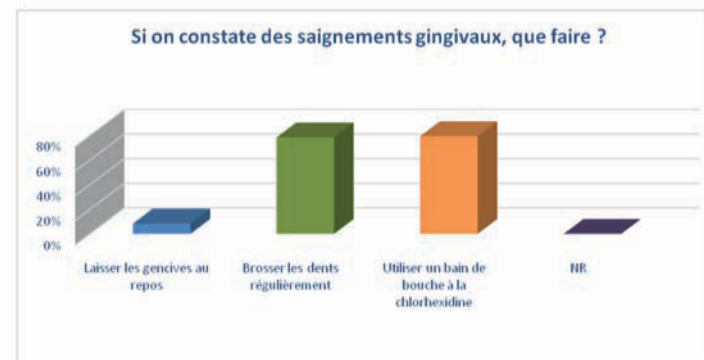
Analyse des questionnaires d'évaluation des connaissances

D'une manière générale, la mémorisation et l'acquisition des connaissances sont bonnes. Les stagiaires ne commettent que très peu d'erreurs et la grande majorité des informations « clés » sont assimilées, notamment les informations relatives aux conséquences du vieillissement sur la cavité buccale, aux règles de prévention et au protocole d'hygiène des prothèses.

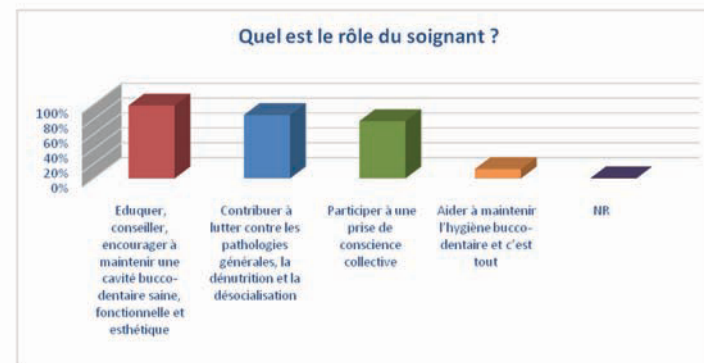
En revanche, dans le cas de questions qui appellent plusieurs bonnes réponses, toutes les bonnes réponses ne sont pas toujours repérées, sans doute parce que certaines informations ont plus fortement marqué les esprits que d'autres.



Certaines questions semblent poser légèrement plus de difficultés que d'autres, notamment les méthodes appropriées en cas de saignements de gencives.



Enfin, le rôle du soignant, perçu par les personnes formées, semble bien identifié pour ce qui concerne l'accompagnement des personnes âgées dans les gestes d'hygiène bucco-dentaire, mais reste encore assez limité à ces gestes. La notion de prévention globale, incluant la lutte contre la dénutrition, n'est pas complètement partagée (85 % des personnes).



ÉVALUATION DE LA SATISFACTION À L'ISSUE DES FORMATIONS

(N=354)

Les objectifs de la formation vous ont-ils été clairement exposés et précisément délimités ?	
NR	2 %
Oui, de manière très satisfaisante	72 %
Oui, de manière satisfaisante	26 %
Non de manière insatisfaisante	0 %
Non de manière très insatisfaisante	0 %
Vous semble-t-il que toutes les problématiques de l'hygiène bucco-dentaire ont été abordées ?	
NR	1 %
Oui, de manière très satisfaisante	68 %
Oui, de manière satisfaisante	31 %
Non de manière insatisfaisante	0 %
Non de manière très insatisfaisante	0 %
Après cette formation, vous sentez-vous capable d'utiliser ces enseignements dans votre pratique professionnelle ?	
NR	1 %
OUI	92 %
NON	7 %
Sinon, pourquoi ?	
NR	1 %
Manque de temps	13 %
Répartition horaire des tâches	4 %
Manque d'effectif dans l'établissement	6 %
Manque de valorisation des soins d'hygiène bucco-dentaire	4 %
Autre	2 %
Les supports pédagogiques vous semblent-ils ?	
NR	2 %
Très utiles	47 %
Utiles	51 %
Peu utiles	0 %
Inutiles	0 %
Êtes-vous satisfait de la prestation du formateur ?	
NR	1 %
Oui, très satisfait	76 %
Oui, satisfait	24 %
Non, insatisfait	0 %
Non, très insatisfait	0 %
Êtes-vous satisfait des méthodes pédagogiques mises en œuvre ?	
NR	3 %
Oui, très satisfait	58 %
Oui, satisfait	39 %
Non, insatisfait	0 %
Non, très insatisfait	0 %

La durée de la formation vous a-t-elle paru ?	
NR	1 %
Suffisante	96 %
Insuffisante	3 %
Êtes-vous satisfait des conditions matérielles de déroulement de la formation ?	
NR	4 %
Oui, très satisfait	53 %
Oui, satisfait	43 %
Non, insatisfait	1 %
Non, très insatisfait	0 %
La formation vous a-t-elle paru globalement :	
NR	1 %
Très profitable	53 %
Profitable	45 %
Moyennement profitable	1 %
Peu profitable	0 %

ÉVALUATION DE L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES

(N=313)

Quelles sont les conséquences du vieillissement ?	
Diminution de la force musculaire	97 %
Augmentation de la force de mastication	1 %
Baisse de la salivation	96 %
Augmentation de la salivation	1 %
NR	0 %
La dénutrition a de nombreux effets :	
Les risques d'infection sont plus importants que la moyenne chez l'adulte	85 %
Elle provoque un risque d'aggravation des pathologies existantes	92 %
La cicatrisation des blessures est normale	3 %
NR	1 %
Quel est le rôle du soignant ?	
Eduquer, conseiller, encourager à maintenir une cavité bucco-dentaire saine, fonctionnelle et esthétique	98 %
Contribuer à lutter contre les pathologies générales, la dénutrition et la désocialisation	85 %
Participer à une prise de conscience collective	77 %
Aider à maintenir l'hygiène bucco-dentaire et c'est tout	12 %
NR	0 %
La salive, un fluide précieux :	
Elle sert à combattre les bactéries	91 %
Elle est inefficace contre les bactéries	3 %
Elle sert à la digestion	86 %
Elle participe à la reminéralisation de l'émail des dents	79 %
Elle ne participe pas à la reminéralisation de l'émail des dents	5 %
NR	1 %

Quelles sont les règles de prévention ?	
Avoir une alimentation équilibrée	94 %
Avoir un brossage efficace une seule fois par jour	2 %
Avoir un brossage efficace matin et soir	97 %
Faire un apport en fluor pour renforcer l'émail (dentifrice)	88 %
Quand la personne est âgée, le fluor ne sert plus à rien	2 %
Effectuer une visite régulière chez le dentiste si possible	97 %
Effectuer une visite chez le dentiste uniquement s'il y a un besoin	0 %
NR	0 %
Les aliments riches en glucides sont :	
Carbogènes	91 %
Protecteurs	4 %
Moins dangereux s'ils sont consommés en petites quantités mais fréquemment dans une journée	11 %
NR	1 %
Si on constate des saignements gingivaux, que faire ?	
Laisser les gencives au repos	8 %
Brosser les dents régulièrement	78 %
Utiliser un bain de bouche à la chlorhexidine	79 %
NR	0 %
Comment lutter contre la sécheresse buccale ?	
Boire souvent par petites quantités	85 %
Assurer une hygiène bucco-dentaire et prothétique scrupuleuse	79 %
On ne peut rien faire	0 %
NR	0 %
Quel est le protocole de brossage des dents ?	
Retirer les prothèses et les nettoyer	92 %
Ne pas retirer les prothèses pour ne pas blesser le patient	1 %
NR	0 %
L'entretien des prothèses	
Les prothèses peuvent être portées en continu même la nuit	80 %
Les prothèses doivent être enlevées la nuit	14 %
Si le patient ne souhaite pas la conserver, il faut mettre la prothèse dans sa boîte au sec pour la nuit	80 %
Si le patient ne souhaite pas la conserver, il faut mettre la prothèse dans sa boîte avec de l'eau pour la nuit	9 %
NR	0 %

Annexe 5

Le référentiel de l'ARS Rhône-Alpes des métiers de niveau V (extrait)

Le référentiel décrit les activités menées par les professionnels de niveau V exerçant les métiers de :

- aide-soignant(e) diplômé ou faisant fonction (AS) ;
- aide médico-psychologique (AMP) ;
- auxiliaire de vie faisant fonction d'AS ou d'AMP (AVS).

Derrière ces dénominations se profilent deux réalités : celle du cadre d'exercice prévu par les textes, et celle de l'exercice réellement mené.



Référentiel pour votre pratique

GUIDE

Activités et compétences pour l'accompagnement en gérontologie des professionnels de niveau V



Novembre 2013



Présentation générale des métiers concernés

■ Métiers concernés

Le référentiel décrit les activités menées par les professionnels exerçant les métiers suivants :

- aide-soignant(e) diplômé ou faisant fonction (AS) ;
- aide médico-psychologique (AMP) ;
- auxiliaire de vie faisant fonction d'AS ou d'AMP (AVS).

Derrière ces dénominations se profilent deux réalités : celle du cadre d'exercice prévu par les textes, et celle de l'exercice réellement mené.

Les aides soignantes (AS) bénéficient d'un diplôme d'état de niveau V¹¹, délivré par le ministère de la santé qui a fait l'objet d'une réforme en 2005 et s'inscrit dans un cadre juridique décrivant précisément les actes que les titulaires peuvent mener en toute autonomie et ceux qui sont réalisés en collaboration avec l'infirmier. Il n'est pas spécifique à l'activité auprès de personnes âgées et dépendantes, et met l'accent sur les soins, en particulier d'hygiène.

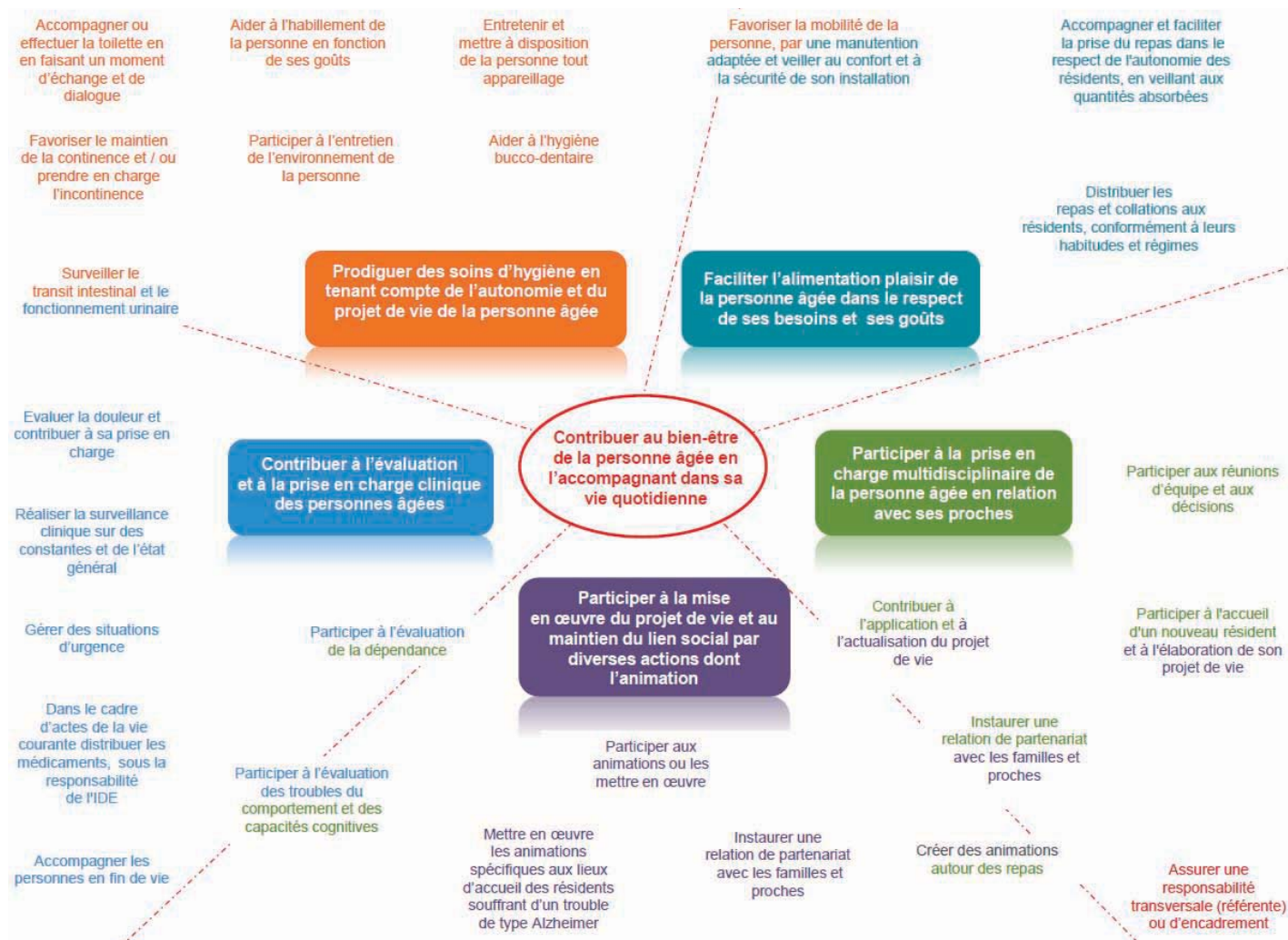
Les aides médico-psychologiques (AMP) bénéficient également d'un diplôme d'état, de niveau V, délivré quant à lui par le ministère des affaires sociales et créé pour accompagner des personnes de tout âge, relevant d'une situation de handicap et / ou de dépendance. Les AMP peuvent intervenir sur des actes de toilette sous la responsabilité de l'infirmière¹².

Les auxiliaires de vie sociale (AVS) bénéficient elles aussi d'un diplôme d'état de niveau V, qui a été construit pour encadrer l'exercice de l'intervenant au domicile, lequel accompagne une personne dans les actes de sa vie quotidienne, participe à l'entretien de son environnement, à son hygiène, mais aussi dans l'effectuation d'un certain nombre de démarches administratives ou autres interventions à l'extérieur du domicile comme « faire des courses » ou « aller chercher des résultats d'examen de laboratoire ». Il convient de préciser que les AVS ne sont pas des professionnels réglementairement autorisés à exercer dans les SSIAD et les EHPAD en tant que niveau V. Ils sont en général recrutés avec le titre générique « d'agent de service » dont les appellations varient selon le statut juridique de la structure.

¹¹ Correspondant à un niveau CAP / BEP.

¹² Article R 4311-4 du titre I du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique.

■ Référentiel d'activités : synthèse



■ Détail des activités caractéristiques

NB : la mention « E » ou « S » dans la colonne de droite désigne une activité spécifique au cadre EHPAD ou SSIAD. L'absence de cette mention indique que l'activité est commune aux deux lieux de réalisation.

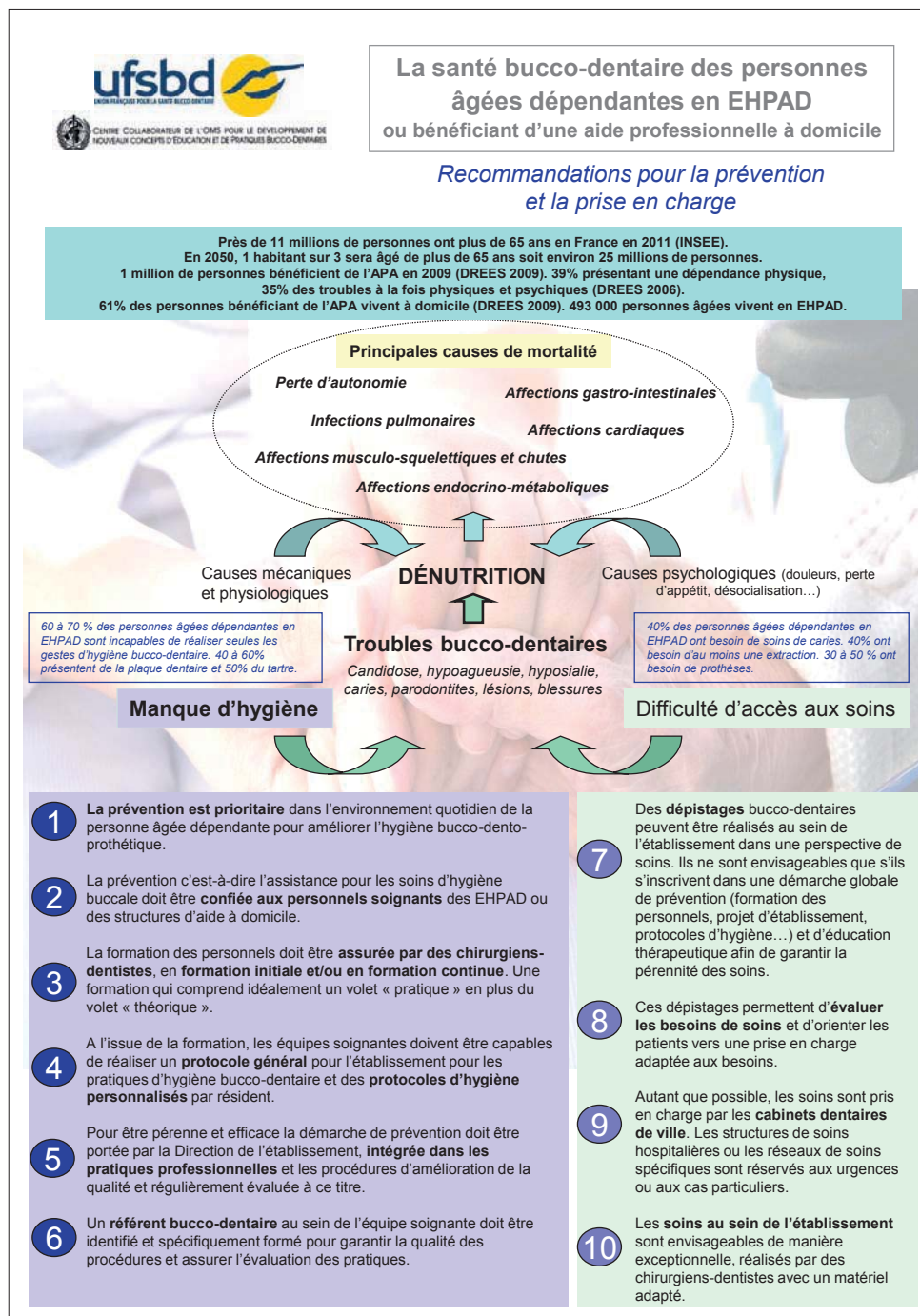
Prodiguer des soins d'hygiène en tenant compte de l'autonomie et du projet de vie de la personne âgée	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Accompagner ou effectuer la toilette en en faisant un moment d'échange et de dialogue	
Accompagner ou effectuer les soins de toilette en fonction de l'état de dépendance et en respectant l'autonomie de la personne	
Donner une douche ou un bain, en fonction des goûts de la personne et de la faisabilité	
Effectuer les gestes de prévention afin de préserver l'état cutané	
Prodiguer des soins de manucure et de pédicurie	
Effectuer l'entretien des cheveux	
Construire une intimité avec la personne à l'occasion de ces soins et favoriser la remémoration	
Favoriser le maintien de la continence et / ou prendre en charge l'incontinence	
En fonction de la continence de la personne, lui proposer de l'accompagner aux toilettes à intervalles réguliers	
En fonction de ses habitudes relatives à l'élimination, vérifier sa protection et la changer si besoin	
Dialoguer avec la personne pendant la toilette intime	
Expliquer à la personne comme à sa famille, les protocoles relatifs au maintien de la continence ou à l'incontinence	
Aider à l'habillement de la personne en fonction de ses goûts	
Gérer la garde-robe de la personne en lien avec ses proches	
Laisser la personne choisir ses vêtements	
Veiller au rangement respectueux des affaires personnelles du résident	
Veiller au respect du style vestimentaire et des desideratas de la personne ou de la famille	
Veiller au choix des chaussures pour favoriser la mobilité et prévenir les chutes	
Proposer un soin esthétique pour entretenir l'estime de soi	



Prodiguer des soins d'hygiène en tenant compte de l'autonomie et du projet de vie de la personne âgée	Spécificité EHPAD ou SSIAD
Aider à l'hygiène bucco-dentaire	
Aider au brossage des dents	
Faire un soin de bouche	
Vérifier que la bouche est exempte de plaies et alerter au besoin	
Entretenir et mettre à disposition de la personne tout appareillage	
Entretenir quotidiennement l'appareil dentaire et vérifier le matin qu'il a été confortablement remis	
Prendre soin des lunettes, et, selon la correction, les proposer après la toilette	
Prendre soin des appareils auditifs, et les proposer dès le réveil, pour faciliter l'échange avec la personne	
De manière générale, mettre à disposition tout appareillage nécessaire (cannes, béquilles, fauteuil...)	
Favoriser la mobilité de la personne, par une manutention adaptée et veiller au confort et à la sécurité de son installation	
En fonction de l'autonomie de la personne, l'aider à se lever, à s'asseoir, à se coucher	
En fonction de son poids, demander de l'aide pour faire les manutentions	
Utiliser le matériel de levage et de transfert	
Installer le résident confortablement, selon l'activité	
Veiller à la sécurité de son installation, et de sa posture	
Inviter la personne à marcher en l'accompagnant et en la sécurisant si nécessaire	
Si la personne est durablement alitée, veiller régulièrement à lui proposer et à pratiquer des changements de position	
Veiller à laisser à disposition de la personne des systèmes d'alerte et vérifier que la personne sait les utiliser	
Participer à l'entretien de l'environnement de la personne	
En fonction de l'organisation de la prise en charge, participer à la réfection du lit	
Veiller en toute occasion à la propreté de la chambre, laver des salissures récentes si besoin	
Veiller à la propreté des carafes et verres laissés à la disposition de la personne	
De manière générale, et selon l'organisation et les procédures d'hygiène, participer à l'entretien des locaux	

Annexe 6

La charte de recommandations UFSBD



Crédits photographiques :

Dr Guillaume Sven SAVARD (p. 30)

Marie-Thérèse CHARRA (p. 41)

Caroline LAURENDON (p. 52-53)

Jean-Philippe RAINAUT (p. 54)

Florence SCHVALLINGER (p. 54)

Dr Muriel MAURIN (p. 61)

Greeloy & Athenadental (p. 66) unité dentaire portable Greeloy

BPR Swiss GmbH (p. 66) Combi-port premium

Shanghai Smedent Medical Instrument Co Ltd (p. 66)

unité dentaire mobile RL 900



16-18, rue Jules César – 75592 Paris Cedex 12 – Tél. : 01 71 72 12 00
www.agirc-arrco.fr – www.agircarrco-actionsociale.fr