



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

---

**Les difficultés de prise en charge des  
soins bucco-dentaires des résidents  
accueillis en EHPAD**

---

**Fabrice MARIE-ANNE**



---

# Remerciements

---

Je remercie mon maître de stage, Monsieur Jamil ADJALI pour la qualité de son accompagnement tout au long de mon stage de professionnalisation et pour les nombreux conseils dont il m'a gratifié pour l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens aussi à remercier, l'ensemble des directeurs délégués, Monsieur ANGELETTI, Madame DELAITRE, Madame DELEURME qui ont participé à mon accompagnement durant mon stage de professionnalisation et qui m'ont aidé dans mes travaux de recherche pour ce mémoire.

Je suis particulièrement reconnaissant envers l'ensemble du personnel des EHPAD de Morangis, Courcouronnes, Palaiseau et Sainte Geneviève-des-Bois pour le bon accueil qu'il m'a offert durant les huit mois de stage long. Je remercie aussi le personnel d'avoir accepté que je puisse réaliser des entretiens et des enquêtes en vue de l'élaboration de ce mémoire.

Je veux remercier aussi, l'équipe du réseau bucco-dentaire APPOLLINE pour son expertise dans le champ de l'odontologie gériatrique.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à Madame JOUZEL, Directrice du Centre Hospitalier (CH) de Janzé, de m'avoir accordé la permission de visiter le centre bucco-dentaire implanté au sein du CH et je tiens à saluer son engagement ainsi que son entière mobilisation en faveur de la santé orale des personnes vulnérables.

Je remercie Christophe CAPRON, directeur de l'EHPAD du pays d'Urfé, Madame PONCET ma conseillère pédagogique de formation pour leur précieux conseils et ma sœur pour la relecture de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier mes deux collègues de promotion D3S, Stéphanie SAMYN et Natacha THIBAUT pour la plus-value qu'elles ont apportée à ce mémoire.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 La mauvaise santé bucco-dentaire des résidents : un constat préoccupant .....	5
1.1 Le rôle clé de la cavité buccale fragilisé par le vieillissement.....	5
1.1.1 Une petite partie du corps aux fonctions essentielles .....	5
1.1.2 La fragilisation de la cavité buccale par le vieillissement physiologique.....	6
1.1.3 Les comorbidités sont des facteurs de risques d'altération de la santé orale des résidents.....	8
1.2 La prévalence d'un état bucco-dentaire très souvent dégradé des usagers accueillis en institution .....	10
1.2.1 Un constat préoccupant au niveau local.....	10
1.2.2 Une situation alarmante au niveau territorial et national .....	11
1.2.3 Une problématique qui dépasse les frontières nationales.....	14
1.3 Les effets délétères d'une mauvaise santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD .....	16
1.3.1 L'impact psychosocial et économique .....	16
1.3.2 L'impact sur la santé physique .....	18
1.3.3 L'impact sur l'institution accueillant le résident .....	20
2 Les freins à une mise en œuvre efficace des soins bucco-dentaires en EHPAD .....	23
2.1 Les contraintes institutionnelles.....	23
2.1.1 Les conditions de travail et l'organisation des services parfois inadaptées.	23
2.1.2 Le manque de connaissance, de sensibilisation et de formation .....	24
2.1.3 La perception des soins bucco-dentaires des résidents par les agents et les préjugés <sup>25</sup>	
2.2 Les limites relatives aux résidents et leur famille .....	27
2.2.1 Les limites liées aux résidents :.....	27
2.2.2 Les limites liées aux familles .....	31
2.3 Les limites en termes d'accessibilité aux soins bucco-dentaires.....	32
2.3.1 Les difficultés d'accès des résidents aux cabinets dentaires libéraux.....	32
2.3.2 Les EHPAD souvent peu attractifs pour les chirurgiens-dentistes .....	34

2.3.3	L'absence d'une véritable politique nationale en faveur de l'accessibilité aux soins bucco-dentaires des personnes âgées .....	36
3	Les leviers d'action en vue de garantir l'effectivité d'une bonne santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD .....	39
3.1	Intégrer la prévention et les soins bucco-dentaires dans le parcours de vie et de soins du résident .....	39
3.1.1	Formaliser la prise en charge des soins bucco-dentaires dans l'institution .	39
3.1.2	Mettre en place un référent bucco-dentaire au sein de l'EHPAD.....	41
3.1.3	Favoriser le repérage et le dépistage précoces des affections dentaires ....	41
3.1.4	Promouvoir la formation de l'ensemble des acteurs.....	42
3.1.5	Recourir si nécessaire à certaines techniques pharmacologiques (MEOPA) pour permettre la réalisation des soins dentaires aux résidents déments.....	43
3.1.6	Sensibiliser les familles et les résidents .....	44
3.1.7	Lutter contre les idées reçues .....	44
3.2	Travailler en coopération avec les partenaires territoriaux afin de garantir l'accès aux soins bucco-dentaires aux résidents.....	45
3.2.1	Contractualiser si possible avec un dentiste libéral qui interviendrait directement au sein de l'EHPAD dans un espace dédié à cet effet .....	45
3.2.2	Collaborer dans la mesure du possible avec un réseau bucco-dentaire.....	46
3.2.3	Recourir si nécessaire à des services bucco-dentaires spécialisés .....	47
3.2.4	Etablir un partenariat avec un hôpital gériatrique dispensant des soins gérodonologiques .....	48
3.2.5	Recourir si possible à une unité mobile de soins bucco-dentaires (bucco-bus)	48
3.2.6	Conventionner avec un centre hospitalier disposant d'un centre bucco-dentaire	49
3.2.7	Développer la télé-odontologie dans les EHPAD situés en zones isolées...	50
3.2.8	Contribuer à faire reconnaître par les pouvoirs publics, la santé orale des personnes âgées comme un enjeu national de santé publique .....	51
3.3	Le Directeur d'établissement : un acteur déterminant pour l'impulsion d'actions en faveur de la bonne santé orale des résidents .....	51
3.3.1	Le Directeur Garant de la qualité de vie des résidents au sein de l'institution	51

3.3.2	Le directeur, un rôle moteur et fédérateur auprès des acteurs territoriaux..	53
3.3.3	Le Directeur garant du respect de la réglementation relative aux actes de soins bucco-dentaires .....	54
	Conclusion .....	57
	Sources et Bibliographie.....	59
	Liste des annexes .....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

ADF	Association Dentaire de France
AGIRC-ARRCO	Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres- Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASG	Assistant en Soins Gériatriques
CCLIN	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CD	Conseil Départemental
CH	Centre Hospitalier
COCD	Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes
CVS	Conseil de Vie Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FHF	Fédération Hospitalière de France
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR	Groupe Iso Ressource
IDEC	Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MEDEC	Médecin Coordonnateur
MEOPA	Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
ORIG	Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PATHOS	Mesure le besoin en soins des résidents
PIB	Produit Intérieur Brut
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire



## Introduction

La société actuelle connaît un vieillissement de sa population qui se caractérise par une augmentation croissante des personnes âgées et un essor important du phénomène de dépendance. Les perspectives démographiques en Europe prévoient qu'une personne sur trois sera âgée de 65 ans ou plus en 2060<sup>1</sup>. Cette tranche d'âge connaît actuellement la croissance la plus importante quantitativement et la plus rapide dans nos pays industrialisés. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)<sup>2</sup> Le nombre de personnes âgées de 70 ans et plus en France, va doubler et celui des personnes âgées de 90 ans va quintupler à l'horizon 2060. En 2050, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. En outre, Le problème de la perte d'autonomie devient de plus en plus fréquent avec l'avancée en âge. La proportion des personnes âgées dépendantes est de l'ordre de 2.7 % entre 60 et 79 ans, elle atteint près de 30 % pour les personnes de 85 ans et plus. Le nombre de personnes âgées dépendantes dépasse les 800 000 actuellement, il doublera à l'horizon 2050. 4,5 millions de personnes ont plus de 75 ans et **6% d'entre elles vivent en établissement**<sup>3</sup>. Ainsi, les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont pleinement concernés par le phénomène de vieillissement. En effet, la population accueillie en EHPAD est de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante. Le vieillissement de la population française conduira inéluctablement à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes au sein des EHPAD.

Cependant, si le vieillissement entraîne un risque de perte d'autonomie, il génère aussi un risque de développer des déficiences, des maladies chroniques et des poly-pathologies. La prise de nombreux médicaments qualifiée de poly-médication ajoute un risque iatrogène supplémentaire. Pourtant, les conséquences du vieillissement ne se réduisent pas uniquement aux risques préalablement évoqués. **Le vieillissement de la population se traduit aussi par un vieillissement de la cavité buccale. Les différentes fonctions et structures de la sphère orale n'échappent pas au vieillissement. L'avancée en âge a un impact sur la santé bucco-dentaire**<sup>4</sup>. De même, la perte d'autonomie peut constituer un obstacle à l'hygiène bucco-dentaire journalière et peut limiter l'accessibilité aux services dentaires. La vulnérabilité des usagers atteints de troubles cognitifs se caractérise aussi par une fragilisation de leur santé orale. Dès lors qu'elles deviennent dépendantes, les personnes âgées tendent à développer un nombre

---

<sup>1</sup> Enquête Eurostat, Communiqué de presse n°173/2013, novembre 2013

<sup>2</sup> INSEE Première n°1320, Projection de population à l'horizon 2060, octobre 2010 et Bilan démographique 2013, INSEE Première n° 142, Bilan démographique 2013, janvier 2014

<sup>3</sup> BERTRAND MF., MACQUERON N., BALARD P., mai 2015, « Hiérarchiser les facteurs de risque de la dégradation de la santé orale des personnes âgées dépendantes en EHPAD », Revue de Gériatrie, tome 40, n°5, p 262

<sup>4</sup> MAKSOUD R., HOUACHINE F., BORY E., octobre 2009, « Soins dentaires sous MEOPA chez les personnes âgées », Revue Gériatrie tome 34 n°8, p 671 et baromètre santé 2014 INPES

plus élevé de pathologies touchant la sphère orale. Ces dernières sont dans la plupart des cas cumulatives et évolutives. Aussi, les besoins en soins bucco-dentaires de cette catégorie de population sont réels et spécifiques. Dans de telles circonstances, il est de la plus haute importance de garantir l'effectivité d'une bonne santé bucco-dentaire aux personnes âgées. A cet égard, le rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2003, considère **la santé bucco-dentaire à tout âge comme un enjeu majeur de santé publique** : « *Les maladies bucco-dentaires peuvent être qualifiées de problèmes de santé publique majeurs en raison de leur prévalence et de leur incidence élevées dans toutes les régions du monde et par le fait que, comme pour toutes les maladies, elles atteignent principalement les populations défavorisées et socialement marginalisées. Il faut également prendre en considération les effets qu'elles peuvent avoir en termes de douleur, de déficience fonctionnelle et de détérioration de la qualité de vie. Le vieillissement peut directement ou indirectement accroître le risque de maladies bucco-dentaires. L'interrelation entre la santé bucco-dentaire et l'état général est particulièrement prononcée chez les personnes âgées* ». Ainsi, Il existe une relation étroite entre la santé bucco-dentaire, la santé générale et la nutrition. La mauvaise santé orale peut avoir un impact néfaste sur la santé physique, psychique et les relations sociales des résidents. Ses effets sont donc multidimensionnels. C'est la raison pour laquelle elle gagne à être abordée sous l'angle d'une approche pluridisciplinaire.

Faisant suite au rapport de l'OMS de 2003, la promotion de la santé bucco-dentaire des résidents accueillis en EHPAD apparaît, dès 2003, comme un engagement national notamment avec le plan « Mieux Vieillir ». Elle est réaffirmée dans la loi de santé publique du 9 août 2004 et le Programme Nationale Nutrition Santé 2005-2008. Aussi, l'ancien Ministre de la santé et des solidarités, Monsieur Xavier BERTRAND, a lui-même appuyé les actions en faveur de la promotion de la santé orale des seniors lors du congrès de l'association dentaire de France (ADF) en fin 2005 en déclarant : « *Je souhaite aussi que la situation des personnes âgées dépendantes hébergées en établissements soit mieux prise en compte. Leur état de bucco-dentaire alarmant, a un retentissement sur leur état de santé générale et leur qualité de vie. Il faut donc promouvoir la création d'une offre de soins adaptée dans les EHPAD* ».

Paradoxalement, il est à noter que jusqu'à maintenant, il n'existe aucune politique nationale véritable visant à promouvoir la santé orale des seniors qui ferait de cette dernière une grande cause nationale.<sup>5</sup> La majeure partie des programmes de prévention et d'intervention de santé publique en la matière s'adresse presque exclusivement aux jeunes. L'introduction du volet bucco-dentaire du schéma d'organisation des soins (SROS) de l'Agence régionale de santé île de France 2010-2014 illustre bien cette réalité : « *La santé*

---

<sup>5</sup> Cour des comptes, Rapport sur la loi de Financement de la sécurité sociale, volet santé dentaire, 2010

*bucco-dentaire n'entre pas dans les priorités de santé publique pour une grande partie de la population. Les pathologies dentaires ne sont pas considérées comme présentant un caractère de gravité ou d'urgence et les liens avec la santé générale sont méconnus ou négligés. Pourtant, les affections bucco-dentaires outre leurs incidences locales, retentissent parfois gravement sur l'état général. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez les personnes fragiles ».*

Si la loi de santé publique et la Loi d'adaptation de la société au vieillissement (LASV) adoptées en 2015 reconnaissent l'importance de la santé bucco-dentaire en revanche elles ne prévoient pas une politique nationale ambitieuse pour les seniors. Bien que soutenues par les pouvoirs publics, les actions de promotion de la santé bucco-dentaire en faveur des seniors relèvent principalement de la volonté des acteurs régionaux ou départementaux. Ce qui entraîne dans les faits de fortes disparités territoriales.

Pourtant, force est de constater au cours des dernières années, que la demande de soins bucco-dentaires pour les personnes âgées ne cesse de croître notamment dans les EHPAD<sup>6</sup>. Cependant l'offre est limitée, les résidents hébergés en EHPAD connaissent de nombreuses difficultés en ce qui concerne l'accessibilité aux soins bucco-dentaires et prothétiques. Plus les structures sont isolées géographiquement et plus les difficultés sont importantes et les écarts prononcés. Cette situation entraîne de véritables inégalités territoriales d'accès aux soins bucco-dentaires et des ruptures de prise en charge fréquentes.

Dans le cadre de mon stage de professionnalisation réalisé en EHPAD, j'ai été confronté à cette problématique. Je me suis rendu compte que l'état bucco-dentaire des résidents était préoccupant et que la mauvaise santé orale des résidents a des conséquences dommageables tant pour les résidents que pour l'institution qui les accueille. Une telle situation engage donc la responsabilité du directeur d'établissement, ce dernier étant garant de la qualité de vie des résidents et de la bonne santé de son institution. J'ai pu observer qu'il existait de nombreux freins à la prise en charge des soins bucco-dentaires des résidents et que beaucoup d'autres EHPAD tant à l'échelle territoriale que nationale avaient les mêmes questionnements. C'est la raison pour laquelle je me suis orienté sur cette thématique dans le cadre de mon mémoire. L'objectif étant de faire un état des lieux de l'état de santé bucco-dentaire des résidents accueillis en EHPAD, d'identifier les facteurs limitant la prise en charge ainsi que l'accessibilité aux soins bucco-dentaires des résidents, d'explorer les leviers d'action existants et les pistes à exploiter. De comprendre quel rôle peut jouer le directeur d'établissement pour tenter de réduire voire pallier ce problème.

---

<sup>6</sup> -VEILLE-FINET A., FOLLIGUET M., RADOI L., DUPUIS V., janvier 2016, « Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances », Revue de Gériatrie, tome 41, n°1, pp. 3-17

S'agissant de la méthodologie adoptée, la première phase a été principalement une **phase d'observation** des pratiques des équipes (au sein de l'EHPAD où j'ai effectué mon stage de professionnalisation mais aussi dans les EHPAD relevant de la direction commune) et visait aussi à comprendre l'organisation institutionnelle en matière de prise en charge bucco-dentaire. La seconde phase était une **phase d'analyse bibliographique** sur cette thématique qui consistait en la lecture de revues, de rapports, d'articles et d'ouvrages. L'objectif de cette démarche était l'appropriation de la culture relative à l'odontologie gériatrique et la compréhension des différents enjeux s'y rapportant. La troisième phase, **une phase de réalisation d'entretiens semi-directifs** à partir d'un guide d'entretien soumise à l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge bucco-dentaire des résidents. Enfin, **la dernière phase** a été quant à elle, **la réalisation de questionnaires** à l'intention des résidents, des familles et du personnel. J'ai pu en outre, participer à des réunions stratégiques avec le réseau bucco-dentaire territorial de l'Essonne mais également, assister au congrès international de l'odontologie gériatrique (ou Gérodontologique) organisé à Paris en juin 2016.

Toutefois, il me semble, au préalable, nécessaire de clarifier les notions de santé et d'hygiène bucco-dentaire. Il convient en effet, de ne pas les confondre. La **santé bucco-dentaire** est définie par l'OMS par comme étant : « *l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontologie, de déchaussement et perte de dents et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire, parler d'une personne et donc de son bien être psychosocial* ». L'**hygiène bucco-dentaire** quant à elle vise à *éliminer la plaque dentaire grâce à des soins mécaniques quotidiens ce qui contribue à prévenir les caries et la déminéralisation des dents. L'hygiène bucco-dentaire requiert ainsi l'usage d'une brosse à dent adaptée, d'un dentifrice, de brossettes inter-dentaires ou d'un fil dentaire, d'un rince-bouche. Elle doit être complétée par un détartrage semestriel effectué par un dentiste*<sup>7</sup>. Bien que ces deux notions correspondent à deux réalités différentes, elles demeurent néanmoins intrinsèquement liées. En fait, la santé bucco-dentaire ne peut s'envisager sans une hygiène bucco-dentaire.

Face à l'enjeu que représente une bonne santé bucco-dentaire pour les résidents et l'institution qui les accueille, la question se pose de savoir : en quoi la prise en charge et l'accessibilité aux soins bucco-dentaire des résidents accueillis en EHPAD peuvent-elles permettre d'améliorer significativement leur qualité de vie ?

Cette étude présentera tout d'abord, la situation préoccupante de la mauvaise santé orale des résidents accueillis en EHPAD (I), puis soulignera les entraves à une mise en œuvre efficace des soins bucco-dentaires (II), enfin détaillera les différents leviers d'action visant à garantir l'effectivité d'une bonne santé bucco-dentaire des usagers en EHPAD (III).

---

<sup>7</sup> Entretien avec un chirurgien-dentiste

# 1 La mauvaise santé bucco-dentaire des résidents : un constat préoccupant

Bien que petite la cavité buccale joue un rôle déterminant pour le corps humain, néanmoins elle est fragilisée par le vieillissement. Ainsi, on note chez les personnes âgées accueillies en EHPAD un état bucco-dentaire souvent dégradé qui entraîne des répercussions néfastes à la fois sur les résidents et aussi l'institution.

## 1.1 Le rôle clé de la cavité buccale fragilisé par le vieillissement

### 1.1.1 Une petite partie du corps aux fonctions essentielles

Le rôle et la place de la cavité buccale en termes de santé peut être de prime abord perçu comme insignifiant de par la surface réduite qu'elle occupe au sein du corps humain. Cependant, force est de constater que cette modeste partie du corps possède des fonctions tant multiples qu'essentielles dans la vie courante du commun des mortels. J'ai pu relever dans le cadre de cette étude que la cavité buccale exerce cinq fonctions déterminantes pour l'homme :

*En premier lieu, la mastication*<sup>8</sup>. En effet la mastication est la première étape de la digestion. Avant d'être avalés, il est nécessaire que les aliments soient mâchés c'est-à-dire coupés en petits morceaux et écrasés par les dents grâce à l'action mécanique des mâchoires, de la langue et des joues. En outre, l'enzyme présente dans la salive (l'amylase) coupe par action chimique les divers nutriments pour permettre leur ingestion.

*En second lieu, la déglutition*<sup>9</sup>. Le bol alimentaire une fois formé, est poussé par la langue et les muscles pharyngés, vers le fond de la bouche pour être avalé. Il passe dès lors dans l'estomac. Aussi, il convient de souligner le **rôle sensoriel central de la langue dans la perception du goût** durant cette phase car les papilles gustatives se situent au niveau de la langue. Ce sont ces dernières qui permettent d'apprécier les différentes saveurs des aliments.

*En troisième lieu, la communication*. La cavité buccale est au cœur de nos relations avec les autres. Elle joue un rôle majeur dans la **communication verbale**. Ainsi, elle nous permet de parler car la langue, les lèvres, le palais, les dents sont autant de structures qui participent à la phonation c'est-à-dire à la production de sons par les organes de la voix et la prononciation. Elle dispose de même d'une place importante dans la **communication non verbale**. En effet, par les expressions ou les mimiques du visage par exemple « le sourire », la bouche permet d'exprimer des émotions. La bouche intervient

---

<sup>8</sup> DGS, Rapport sur la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, FOLLIGUET M., Mai 2006

<sup>9</sup> BERTRAND MF., MACQUERON N., BALARD P., mai 2015, « Hiérarchiser les facteurs de risque de la dégradation de la santé orale des personnes âgées dépendantes en EHPAD », Revue de Gériatrie, tome 40, n°5, pp. 261-271

aussi dans la sexualité par le biais entre autres des câlins dans les relations amoureuses. Elle est considérée par les individus comme une partie intime de leur corps.

*En quatrième lieu, l'esthétique.*<sup>10</sup> Dans notre société contemporaine où l'apparence extérieure joue un rôle clé dans l'estime de soi et conditionne le regard des autres, une belle denture participe à la valorisation de l'individu. Des dents blanches et un beau sourire sont assurément de véritables atouts de séduction et de charme.

*Enfin en cinquième et dernier lieu, la respiration.* Si la respiration normale s'effectue par les voies nasales, il n'en demeure pas moins que la bouche aide à respirer dans des cas particuliers, lors d'effort physique ou encore en cas de rhume.

### 1.1.2 La fragilisation de la cavité buccale par le vieillissement physiologique

Les diverses structures et fonctions de la cavité buccale n'échappent pas au vieillissement. La musculature orale, la muqueuse buccale, les structures osseuses, la perception gustative des aliments subissent des modifications avec l'âge. Les personnes âgées présentent souvent des troubles musculaires ou articulaires qui peuvent réduire voire empêcher certaines actions de la bouche, rendant douloureux certains mouvements et certaines positions<sup>11</sup>. Dans le cadre du vieillissement physiologique de la cavité buccale et en l'absence de pathologie associée (qualifié de sénescence), ces troubles apparaissent progressivement dans la majeure partie des cas et évoluent de manière insidieuse avant de s'accroître avec l'âge. Ainsi, le vieillissement de la cavité buccale se traduit concrètement par :

Tout d'abord, **une sénescence des tissus dentaires**<sup>12</sup>. Les fissures apparaissant sur l'émail ou les pertes de substances par abrasion, attrition ou érosion sont caractéristiques du vieillissement des tissus dentaires. Le vieillissement physiologique des tissus dentaires génère souvent des fibroses associées à un rétrécissement de la cavité pulpaire pouvant aller jusqu'à son oblitération complète. Ces phénomènes limitent de façon significative le potentiel de cicatrisation et de réparation de l'organe dentaire. Aussi, la rétraction physiologique de la gencive favorise une exposition plus importante des racines dentaires et du tissu recouvrant leur surface. Ainsi, le collet -qui correspond à la zone de liaison entre la dent et la gencive-offre une moindre résistance au développement de lésions carieuses.

Ensuite, **une sénescence du parodonte**. Le parodonte désigne l'ensemble des tissus qui entourent la dent et constituent son système d'attache. Il est composé d'une partie superficielle, visible cliniquement, formé de tissus gingivaux et d'une partie profonde

---

<sup>10</sup> Faculté d'odontologie Paris-Descartes, 13e Journée de santé publique dentaire-personnes âgées, 7 novembre 2013, Montrouge, Philippe 2014, 73 p

<sup>11</sup> MAKSOUD R., HOUACHINE F., BORY E., octobre 2009, « Soins dentaires sous MEOPA chez les personnes âgées », Revue Gériatrie tome 34 n°8, pp 671-676

<sup>12</sup> DGS, Rapport sur la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, FOLLIGUET M., Mai 2006

constituant l'appareil d'ancrage de la dent sur la structure osseuse. Le parodonte lui aussi subit des modifications au cours du processus de vieillissement. Elles sont principalement représentées par une perte d'élasticité, une légère récession, un aspect plus lisse et une vulnérabilité accrue aux traumatismes mécaniques. Chez le sujet âgé, ces différentes altérations se traduisent par une réduction des capacités de remodelage et d'adaptation de la structure osseuse. A cet égard, Il est à noter que la présence des dents joue un rôle primordial dans la préservation du tissu osseux. La perte de dent entraîne corrélativement un allongement de la durée de résorption du tissu osseux buccale pouvant aller de 10 à 30 ans. Les changements physiologiques et morphologiques des tissus parodontaux au fur et à mesure du vieillissement favorisent l'apparition ainsi que l'accumulation de la plaque dentaire. Ces changements influent aussi sur les capacités de défenses et de cicatritions de ces tissus vis-à-vis d'une agression microbienne.

Puis, **une sénescence des muqueuses buccales**<sup>13</sup>.

Au cours du processus de vieillissement, les muqueuses buccales deviennent atrophiées. Elles présentent progressivement un aspect lisse et fin, ainsi qu'une perte d'élasticité. Ceci concerne principalement les muqueuses masticatoires et de recouvrement mais également la muqueuse dite « spécialisée » située sur le dos de la langue constituée de papilles gustatives impliquées, entre autres, dans la perception du goût et des saveurs. Le vieillissement biophysique des muqueuses buccales a de nombreuses répercussions fonctionnelles, notamment en matière de fragilisation des muqueuses, de vulnérabilité aux agressions externes et de retard de cicatrisation. En sus, l'atrophie des muqueuses masticatoires et de recouvrement entraîne une vulnérabilité aux traumatismes et à la pression durant la mastication, occasionnant chez certains résidents âgés l'impossibilité de consommer des aliments durs et une tolérance moindre au port de prothèses dentaires. De plus, l'atrophie des muqueuses physiologiques des papilles avec l'âge, observable cliniquement par l'aspect lisse de la langue, participe aux modifications de la perception du goût et des régimes alimentaires.

Enfin, **une sénescence des glandes salivaires**<sup>14</sup>. Avec l'âge, les personnes âgées ont souvent une sensation de bouche sèche appelée : **xérostomie**. La xérostomie est un symptôme buccal important chez le sujet âgé puisque 25 % à 60 % des plus de 60 ans s'en plaignent. Toutefois, elle est subjective et ne correspond pas forcément à une réelle diminution du flux salivaire. A contrario, l'**hyposialie** qui est diagnostiquée à l'aide de tests salivaires, est un signe objectif de réduction de la sécrétion salivaire et désigne un débit salivaire altéré. Chez les plus de 65 ans, la perte de tissu glandulaire salivaire représente en moyenne 30 % pour les parotides, 40 % pour les maxillaires et 45 % pour les glandes labiales. La diminution du potentiel sécrétoire du parenchyme glandulaire est associée à

---

<sup>13</sup> DGS, Rapport sur la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, FOLLIGUET M., Mai 2006

<sup>14</sup> Faculté d'odontologie Paris-Descartes, 13e Journée de santé publique dentaire-personnes âgées, 7 novembre 2013, Montrouge, Philippe 2014, 73 p

d'autres facteurs de risque tels que la poly médication ou la déshydratation, lesquelles favorisent de manière prépondérante l'occurrence du syndrome sec buccal chez la personne âgée. La diminution de la production de salive fait partie des effets secondaires de plus de 400 médicaments, parmi lesquels 80 sont les plus prescrits en gériatrie et sont aussi responsables d'hyposialie. Il convient de souligner, que la respiration buccale, qui prédomine chez les personnes en fin de vie et en insuffisance respiratoire, est un déterminant majeur d'accentuation du syndrome sec buccal. Outre les douleurs et l'inconfort que cela génère, l'hyposialie a des répercussions fonctionnelles importantes sur la mastication, la déglutition et la phonation.

### **1.1.3 Les comorbidités sont des facteurs de risques d'altération de la santé orale des résidents**

Outre, les effets du vieillissement physiologique de la cavité buccale des résidents accueillis en EHPAD, ces derniers sont souvent atteints de poly pathologies avec des troubles associés qualifiés de **comorbidités**. Beaucoup de ces comorbidités constituent des facteurs de risques d'aggravation et de détérioration de la santé bucco-dentaire des résidents. Les plus communément rencontrées en EHPAD et qui jouent un rôle sur de la santé orale des résidents se déclinent comme suit :

Premièrement, les **pathologies endocriniennes**. Le diabète est une de ces maladies couramment rencontrées en EHPAD. Si, le diabète est un déterminant important de complications vasculaires comme les cardiopathies, néphropathies et neuropathies, il est aussi clairement défini comme un facteur de risque majeur de la maladie parodontale<sup>15</sup>. En 1993, la maladie parodontale représentait déjà la sixième complication du diabète. En cas de déséquilibre glycémique, d'autres complications peuvent apparaître comme la sécheresse buccale, les retards de cicatrisation et les caries. De nombreuses études ont démontré le lien étroit entre maladies parodontales et diabète<sup>16</sup>. Certaines font le constat d'une amélioration du contrôle glycémique après traitement parodontal<sup>17</sup>.

Deuxièmement, les **pathologies cardio et cérébro-vasculaires**. Les maladies cardio-vasculaires touchent 16.3 % des sujets de 65 à 79 ans et 29.7 % des personnes de 80 ans ou plus<sup>18</sup>. Elles sont donc fréquentes en EHPAD. De nombreuses études ont mis en exergue, une association positive entre les pathologies bucco-dentaires et l'apparition de pathologies cardio-vasculaires. A cet égard, une étude de cohorte prospective incluant 867256 hommes et femmes coréens, âgés de 30 à 95 ans, suivi pendant 14 ans, a montré une association entre la perte de 7 dents ou plus et le risque d'Accident Vasculaire Cérébral

---

<sup>15</sup> -VEILLE-FINET A., FOLLIGUET M., RADOI L., DUPUIS V., janvier 2016, « Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances », Revue de Gériatrie, tome 41, n°1, p7

<sup>16</sup> The effect of periodontal health on metabolic control in diabetes mellitus-Kiran M- 2005 ; 32 :266-72

<sup>17</sup> Treatment of periodontal disease for glycaemic control-Simon TC-cochrane database syst rev 2015 ; 11 :Cd004714

<sup>18</sup> INSEE, Bulletin d'information en économie de la santé, N° 123 -Allonier C-juin 2007

(AVC) aussi bien chez les hommes et les femmes<sup>19</sup>. Une autre étude de cohorte prospective, incluant 1203 hommes américains suivis en moyenne 24 ans, a révélé un risque élevé de survenue d'évènements ou de décès cardio-vasculaires chez les sujets atteints de parodontite chronique. Le risque de maladie cardiovasculaire était augmenté lorsque les sujets étaient totalement édentés<sup>20</sup>. Plusieurs mécanismes biologiques expliquent le lien entre les pathologies bucco-dentaires et les maladies cardio-vasculaires. L'atteinte des tissus parodontaux, de nature infectieuse et inflammatoire, peut entraîner le passage dans la circulation sanguine de germes pathogènes susceptibles de provoquer des altérations cardio-vasculaires. Les bactéries parodontogènes peuvent détériorer et infecter directement les parois vasculaires.

Troisièmement, les **pathologies respiratoires**. Elles constituent une problématique majeure en EHPAD et sont fortement corrélées avec l'état bucco-dentaire des résidents. En effet, la pneumopathie, notamment celle par inhalation, est la cause essentielle de décès en établissement pour personnes âgées. Une étude randomisée a prouvé qu'un décès sur dix par pneumonie dans les établissements pouvait être évité quand on améliore l'hygiène orale<sup>21</sup>. Une autre étude met en évidence les facteurs associés à ces pneumopathies. Ainsi, les résidents institutionnalisés qui font l'objet de pathologies respiratoires sont dans la plupart des cas atteints de démence sévère. Les usagers atteints de troubles cognitifs ont en général un statut nutritionnel (mesuré par l'indice de masse corporelle) et un statut oral (nombre de dents, nombre de couples masticatoires, occlusion labiale, mouvement lingual, aptitude à se rincer la bouche) plus dégradé que les usagers qui n'ont pas ce risque<sup>22</sup>. Plusieurs études ont montré que les résidents dont les dents sont recouvertes de plaque dentaire sur la moitié ou plus de leur surface, ont un plus haut niveau de risque de pneumonie<sup>23</sup>. Le risque de développer une pneumopathie est 3 fois plus élevé chez les résidents ayant une pathologie parodontale. Il est à noter qu'une attention particulière doit être portée aux **prothèses amovibles**. Les prothèses constituent un réservoir pour les pathogènes respiratoires<sup>24</sup>.

Quatrièmement, **les maladies neurodégénératives**. En EHPAD une forte proportion des résidents accueillis est atteinte de troubles cognitifs et de pathologies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer. Ces maladies génèrent des perturbations de la vie quotidienne comme la diminution de la dextérité manuelle. Les troubles démentiels représentent des obstacles majeurs à la réalisation des soins d'hygiène buccale et favorisent l'accumulation de plaque bactérienne et le développement de

---

<sup>19</sup> Tooth risk for stroke in Korean population-Choe H-Kim YH-2009 ;203 :550-6

<sup>20</sup> Associations between chronic periodontitis and coronary disease-Dietrich T-2008 ;117 :1668-74

<sup>21</sup> -VEILLE-FINET A., FOLLIGUET M., RADOI L., DUPUIS V., janvier 2016, « Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances », Revue de Gériatrie, tome 41, n°1, p9

<sup>22</sup> Factors related to aspiration in old adults requiring long-term care-Sakai K-2016 ;43 :103-10

<sup>23</sup> Preventing pneumonia in dentate elderly-Abe S-Gerontol Geriatr 2006 ; 43 :53-64

<sup>24</sup> Periodontitis in the development of nosocomial pneumonia-Gomes-Filho IS-J Periodontal 2014; 58 :771-82

pathologies parodontales. C'est ainsi que chez 55 % à 85 % des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives, on retrouve conjointement une maladie parodontale, celle-ci étant intrinsèquement liée à l'absence d'hygiène bucco-dentaire<sup>25</sup>. Il est bien établi aujourd'hui que les résidents présentant un syndrome démentiel ont davantage de pathologies bucco-dentaires que les autres<sup>26</sup>. La présence de dents cariées étant deux fois plus importante chez les personnes démentes, par conséquent, le risque de fractures dentaires est plus élevé car le seuil de perception de la douleur est réduit par la prise de médicaments antalgiques et neuroleptiques. Ces troubles dégénératifs passent souvent inaperçus. Ainsi, peuvent se développer des caries, des blessures parodontales très profondes, des carcinomes de la muqueuse buccale sans aucun signe d'appel. Dès lors, la consultation et donc le diagnostic sont souvent tardifs, assombrissant le pronostic. Les médicaments prescrits chez les personnes atteintes de pathologies neurodégénératives induisent une détérioration de l'état bucco-dentaire par diminution du flux salivaire. Dès lors l'ingestion du bol alimentaire devient difficile par manque d'insalivation conduisant fréquemment à des fausses routes<sup>27</sup>. En outre, l'état bucco-dentaire défectueux est responsable de déficits nutritionnels ce qui accroît le risque de mortalité.

Cinquièmement, **les pathologies cancéreuses**. Plusieurs études ont montré que le mauvais état bucco-dentaire est un facteur de risque significatif de cancer. Le brossage dentaire rare ou inexistant, l'utilisation de matériel de brossage inapproprié et l'absence de plusieurs dents ont pu être associés avec le risque de cancer de la tête et du cou<sup>28</sup>. Dans une étude de cohorte menée au sein d'une population d'octogénaires la perte des dents était en lien étroit avec le risque de cancer oro-digestifs<sup>29</sup>.

## **1.2 La prévalence d'un état bucco-dentaire très souvent dégradé des usagers accueillis en institution**

### **1.2.1 Un constat préoccupant au niveau local**

J'ai effectué mon stage de professionnalisation dans un EHPAD public autonome en direction commune dans le département de l'Essonne (91) de novembre 2015 à juin 2016. Durant, ce stage j'ai pu observer que la toilette buccale des résidents n'était pas systématiquement réalisée par le personnel soignant. Elle était très variable selon les équipes soignantes, allant en termes de fréquence de réalisation de 0 à 2 fois par jour. Un protocole d'hygiène bucco-dentaire en faveur des résidents avait été formalisé, cependant

---

<sup>25</sup> -VEILLE-FINET A., FOLLIGUET M., RADOI L., DUPUIS V., janvier 2016, « Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances », Revue de Gériatrie, tome 41, n°1, p 11

<sup>26</sup> Demential and oral health-Bedi R-j pub health policy 2015 ;36 :12-130

<sup>27</sup> VEILLE-FINET A., FOLLIGUET M., RADOI L., DUPUIS V., janvier 2016, « Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances », Revue de Gériatrie, tome 41, n°1, p 12

<sup>28</sup> Association between oral hygiene and head and neck cancer-Chang JS-Oral oncol 2013 ; 49 :1010-7

<sup>29</sup> Association between tooth loss and orodigestive cancer-Takata Y-BMC Public Health-2013 ; 13 :814

il était méconnu du personnel soignant et de l'équipe encadrante. 20 % des résidents étaient édentés, 30 à 40 % avaient une prothèse dentaire soit partielle ou totale. L'entretien quotidien des appareils dentaires amovibles n'était pas toujours effectué. Un nombre significatif des résidents se plaignait soit de douleurs soit de blessures ou encore de saignements au niveau des dents ou des tissus parodontaux. Ces phénomènes étaient souvent la résultante soit d'une utilisation trop prononcée de la brosse à dents, soit de la présence de caries voire d'abcès, soit d'une fragilisation des muqueuses buccales du fait de l'inadaptation des prothèses ou encore à cause de l'ingestion d'anticoagulants. J'ai pu constater une forte prévalence de plaques dentaires chez la majorité des résidents accueillis plus particulièrement chez les usagers atteints de troubles cognitifs. L'état bucco-dentaire des résidents dépendants, classés en GIR 1 ou 2 était particulièrement préoccupant. Beaucoup d'usagers n'avaient pas bénéficié de consultation bucco-dentaire depuis un an ou plus. Pour une grande partie des résidents, une alimentation en texture modifiée soit mixée ou hachée avait été choisie, compte tenu de leur état dentaire altéré. En plus, des affections bucco-dentaires, les usagers connaissaient souvent des pathologies associées parmi les plus courantes, le diabète, l'hypertension, les pathologies cardiaques et la maladie d'Alzheimer. La majeure partie des résidents étaient aussi sous traitements médicamenteux. Les plus couramment rencontrés étaient : les anticoagulants, les antalgiques, les neuroleptiques, les diurétiques, les antihypertenseurs, et les antidiabétiques. **Beaucoup de résidents cumulaient poly pathologie et poly médication.** Aussi certains résidents se plaignaient d'avoir la bouche sèche ou des saignements suite à aux brossages de leur dent. J'ai pu constater qu'il n'existait pas de bilan bucco-dentaire lors de l'admission. Le projet de soins et le projet d'établissement n'intégraient pas de volet sur la santé bucco-dentaire des résidents comme le mentionnait les conclusions de l'évaluation interne.

J'ai pu aussi rentrer en contact avec d'autres établissements pour personnes âgées dépendantes localisés dans le département pour savoir s'ils rencontraient des problèmes bucco-dentaires et prothétiques similaires. J'ai pu alors déterminer que dans pratiquement tous les établissements contactés des problèmes dentaires analogues étaient existants.<sup>30</sup>

### 1.2.2 Une situation alarmante au niveau territorial et national

Bien qu'elles soient peu abondantes, des enquêtes au niveau territorial et national ont été réalisées sur la santé orale des résidents accueillis dans plusieurs EHPAD en France. Elles témoignent toutes d'un état bucco-dentaire alarmant des usagers institutionnalisés.

Une enquête sur cette problématique a été initiée, entre 2012-2013, par l'Union Française pour les Soins Bucco-Dentaire (UFSBD) et L'AGIRC-ARRCO. L'étude s'est

---

<sup>30</sup> Entretien avec la Direction des EHPAD de Palaiseau, de Courcouronnes, et de Verrières le buisson

effectuée dans 13 établissements, 358 personnes âgées ont été dépistées. **En ce qui concerne l'hygiène dentaire**, cette étude faisait le constat de la présence d'une grande quantité de plaque dentaire chez 19 % des résidents, mais également d'une grande quantité de tartre chez 17 % d'entre eux. Pour 10,6 % des personnes, les appareils dentaires étaient très mal nettoyés. **S'agissant de l'état parodontal**, 52 % avaient des problèmes de parodontite dont 19% considérés comme importants et 10 % connaissaient des problèmes de mobilités dentaires. 72 % des résidents s'occupaient eux-mêmes de leur hygiène, 14% avaient besoin d'aide, pour 13 % d'entre eux, le brossage était totalement pris en charge par les aidants. **Concernant l'entretien des prothèses**, les chiffres étaient pratiquement identiques, sachant que près d'un tiers des usagers soit 32% avaient une prothèse partielle et 23.3 % une prothèse totale, ce qui correspond à un quart des usagers. Cette étude faisait de surcroît le **constat d'un besoin en soins important**. En effet, 14.2 % avaient besoin de soins d'urgence pour cause de douleur, blessure, infection ou mobilité. 39,6 % nécessitaient un détartrage, 37, 6 % requéraient des soins de carie, 26.6 % avaient besoin d'extractions et 33,4 % une prothèse dentaire. 26,9 % des résidents déclaraient avoir des problèmes bucco-dentaires et prothétiques notamment des douleurs ou des gênes au niveau buccal. Il est à noter que 57 % des résidents avaient besoin de soins dentaires sans pour autant qu'il y ait une plainte exprimée par le résident, ce qui nécessitait une vigilance plus importante de l'équipe soignante. Car une absence de plainte du résident ne signifie pas une absence de besoin de soins. En revanche, quand la plainte existe, dans 72 % des cas, c'est un signe en faveur d'une urgence dentaire. En outre, des pathologies buccales comme la candidose, le lichen, la leucoplasie ou encore les blessures ont été mise en évidence chez 4 à 9 % des personnes. A cet égard, l'atteinte pathologique des muqueuses était la plus présente car elle touchait 9 % des usagers. Cette étude avait aussi pour objectif d'évaluer le **statut oral** de la population étudiée par le **calcul de l'indice CAO** appelé aussi **CAO moyen**. **L'indice CAO<sup>31</sup>** est la moyenne qui résulte du nombre total des dents Cariées, Absentes et Obturées définitivement d'une population donnée que l'on divise par le nombre de personnes examinées. Les résultats de l'évaluation de l'indice CAO faisait le constat de 1.37 dents cariées, 1.41 dents obturées et **16,34 dents absentes** en moyenne, par rapport à **6.01 dents saines** en moyenne pour les résidents de la population étudiée. La valeur résultante du CAO moyen était d'environ 20 ce qui signifie que le nombre moyen de dents saines des résidents étaient très largement inférieur à celui des dents absentes ou cariées. En moyenne le besoin en soins était d'une à deux dents cariées. Aussi, cette étude a mis en évidence que plus d'un résident sur cinq soit 22% avait une alimentation mixée ou molle. Le type d'alimentation est fortement lié à la capacité masticatoire. Plus le potentiel masticatoire est réduit, plus l'alimentation est mixée et plus

---

<sup>31</sup> Union Française pour les Soins Bucco-Dentaire et AGIRC-ARRCO, enquête sur la santé bucco-dentaire en EHPAD, 2012-2013

le résident se situe dans un groupe au sein duquel la prise en charge des soins risque d'être difficile et par conséquent, son état de santé général d'être altéré. En effet, **l'alimentation mixée** signifie **une mastication réduite, un auto nettoyage naturel moins efficace et une stagnation des aliments et des dépôts bucco-dentaires**. Aussi, Les résidents classés en GIR 1-2 étant dans un état de dépendance important rencontraient plus de difficultés à réaliser les gestes d'hygiène bucco-dentaire de façon autonome.

Par ailleurs, l'enquête « **Santé bucco-dentaire en EHPAD sur la santé bucco-dentaire des résidents des EHPAD : Etat des lieux des pratiques** »<sup>32</sup> diligentée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2014 et réalisée auprès de 475 EHPAD de la Région Aquitaine, a abouti à son tour a des constats en grande partie similaires à celui d'un état bucco-dentaire dégradé des résidents accueillis en EHPAD. Effectivement, les résultats de cette enquête viennent conforter les conclusions de la précédente étude. L'enquête faisait le constat que 50 % des résidents accueillis dans les EHPAD du territoire présentaient une pathologie bucco-dentaire. 16,3 % de la population étudiée étaient totalement édentées. 72,5 % des sujets dentés souffraient d'une altération du parodontale. Seuls 16.5 % des sujets dentés avait un parodonte sain. 61.5 % des résidents étaient porteurs de prothèses dont 14,3 % avec des prothèses totales, 14,6 % une prothèse adjointe maxillaire et mandibulaire et 16,3 % une prothèse partielle inférieure ou supérieure. Cette étude mettait aussi en évidence que trois résidents sur quatre soit 75 % avaient un état bucco-dentaire dégradé qui ne leur permettait pas de s'alimenter correctement. Deux personnes âgées institutionnalisées sur trois soit 66 % présentaient au moins une dent cariée ou à extraire. De plus 42 % des pensionnaires n'avaient pas bénéficié de consultation bucco-dentaire depuis cinq ans ou plus. La probabilité de recours au chirurgien-dentiste était réduite d'un quart lorsque les personnes étaient institutionnalisées comparativement aux personnes âgées vivant à domicile. En outre, le déficit d'hygiène bucco-dentaire et d'entretien des prothèses des personnes âgées en EHPAD était fréquemment recensé. Les problèmes bucco-dentaires étaient accentués pour les usagers atteints de troubles cognitifs notamment ceux présentant la maladie d'Alzheimer. L'indice CAO des résidents était de 23,3 ce qui signifiait qu'il y avait une faible proportion de dents saines par rapport aux dents cariées, absentes ou obturées. Une part significative des résidents étaient atteintes de pathologies endocriniennes comme le diabète ou encore de troubles cardio-vasculaires comme l'hypertension qui avaient des répercussions sur la sphère orale se manifestant par des complications buccales variées.

De même, l'enquête de la DREES réalisée en 2003, auprès des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes, indiquait que l'on rencontrait un pourcentage élevé de **poly pathologies** dans les EHPAD et confirmait que cela pouvait

---

<sup>32</sup> ARS Aquitaine, Santé bucco-dentaire en EHPAD sur la santé bucco-dentaire des résidents des EHPAD : Etat des lieux des pratiques, 2014

avoir des répercussions sur la santé orale des résidents. Ainsi, 85 % des personnes participant à l'étude présentait une maladie neuro psychiatrique, 75 % une pathologie cardiovasculaire, 50 % un trouble ostéo-articulaire et 30 % un dysfonctionnement urologique. Les résidents cumulaient en moyenne 7 pathologies et consommaient 6,4 médicaments par jour. Le recours au **chirurgien-dentiste** dans le mois précédent l'enquête a été de 5 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus<sup>33</sup>.

Enfin, Le baromètre santé réalisé en 2014 en partenariat avec l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et UFSBD, nous informe que les problèmes bucco-dentaires augmentent de manière linéaire avec l'âge. « Parmi les 65-75 ans, 47.9 % déclarent avoir rencontré des problèmes dentaires au cours des douze derniers mois ».

### 1.2.3 Une problématique qui dépasse les frontières nationales

L'enjeu de santé publique que représente la santé bucco-dentaire en général et plus particulièrement celle de des personnes âgées est loin d'être une problématique se limitant aux frontières nationales.

Le rapport réalisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**) sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2003<sup>34</sup> montre que dans de nombreux pays du monde, les jeunes comme les seniors font l'objet d'un état bucco-dentaire dégradé. Dans ce même rapport, l'OMS place la santé bucco-dentaire à tout âge comme une priorité majeure de santé publique. Les études réalisées dans le cadre de ce rapport font le constat que la carie dentaire et les maladies parodontales restent un problème de santé publique majeur dans la plupart des pays industrialisés comme dans les pays en développement notamment chez les seniors. La gravité et la répartition des maladies bucco-dentaires sont très variables selon les continents et à l'intérieur d'un même pays voire d'une région. Dans les pays industrialisés, **les affections carieuses** touchent 60 à 90 % des jeunes ainsi que la grande majorité des adultes y compris les personnes âgées particulièrement. Toutefois, elles sont également fréquentes dans les pays d'Asie et d'Amérique latine. En revanche, elles sont plus rares et moins graves dans la plupart des pays d'Afrique. **L'accès aux services de santé bucco-dentaire** est extrêmement limité dans de nombreux pays en développement. Les dents sont très souvent laissées sans traitement ou extraites en raison de la douleur ou des gênes occasionnées. Le fait de perdre ses dents est perçu par beaucoup de personnes dans de nombreux pays du monde comme un corollaire naturel du vieillissement. A cet égard, la prévalence de **l'édentation totale** chez les personnes âgées de plus de 65 ans est en moyenne particulièrement élevée dans le monde.

---

<sup>33</sup> DRESS, pathologies rencontrées par les résidents en établissement, FOLLIGUET M., 2003

<sup>34</sup> OMS, Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, 2003

**Tableau : Prévalence d'édentés totaux en % chez les personnes âgées-Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde-2003-OMS**

Région/pays OMS	Pourcentage d'édentés (%)	Groupe d'âge étudié (ans)
Madagascar	25	65-74
USA	26	Plus de 65
Arabie Saoudite	31	Plus de 65
Danemark	27	65-74
Finlande	41	Plus de 65
Hongrie	27	65-74
Italie	19	65-74
Royaume-Uni	46	Plus de 65
Inde	19	65-74
Chine	11	65-74

L'OMS recommande que les Etats adoptent des stratégies pour améliorer la santé orale des personnes âgées.

**Le rapport sur la prévention bucco-dentaire des personnes âgées élaboré par la Direction Générale de la Santé (DGS) en 2006<sup>35</sup>** présente certaines études internationales qui convergent toutes vers une situation bucco-dentaire préoccupante des aînés au-delà de nos frontières. *La première étude* effectuée aux USA constate que la prévalence des caries chez les sujets américains de 75 ans et plus est de 56 %. *La seconde étude* portant sur l'occurrence des caries chez les plus de 45 ans relève que, l'incidence des caries dentaires c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas de caries rapporté à la population totale étudiée est de 23,7 % dans les pays industrialisés. *La troisième étude* réalisée dans l'IOWA aux Etats-Unis (USA) sur un groupe de personnes de 85 ans d'âge moyen montre que 93 % personnes examinées ont développé de nouvelles caries coronaires et 43 % des caries radiculaires sur une période de 9 à 11 ans. *La quatrième étude* réalisée en 2005 en Australie au sein d'une population très dépendante de 83 ans de moyenne d'âge placée en institution, observe qu'en un an, l'incidence des caries des faces coronaires est de 64.4% et de 48 % pour les caries radiculaires. En conséquence, l'institutionnalisation des personnes âgées tendrait à faciliter l'émergence des affections carieuses. *La cinquième étude* réalisée au Danemark sur une population de plus de 80 ans note que 36 % à 56 % des personnes ont des caries coronaires et 54 % à 75 % des caries radiculaires ne sont pas traitées. *La sixième étude* initiée à Londres, auprès de sujets institutionnalisés de 81 à 90 ans, observe que seul 17 % d'entre-eux avaient vu un dentiste

<sup>35</sup> DGS, Rapport sur la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, FOLLIGUET M., Mai 2006

au cours de l'année écoulée. S'agissant plus particulièrement des sujets édentés, 78 % n'avaient pas consulté un chirurgien-dentiste depuis 4 ans. *La septième étude* effectuée en Suède chez des sujets âgés de 65 à 75 ans notait que 16 % se rendaient moins d'une fois par an chez le dentiste. En outre, sur le plan économique, ce même rapport prévoyait une augmentation de la consommation de soins dentaires dans les années à venir. En effet, les dépenses de soins s'accroissent avec l'âge. La part croissante des personnes âgées au sein de la population devrait générer un accroissement mécanique la consommation des soins dentaires et par voie de conséquence une inflation de la dépense moyenne de santé. Ainsi, pour l'ensemble des pays de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE), l'impact global a été évalué à 3 points de Produit Intérieur Brut (PIB) à l'horizon 2050. En France, la consommation médicale totale représentait déjà en 2004 10,5 % du PIB et les soins dentaires 0.6 % du PIB. La tendance sera à l'accroissement dans les années à venir. En moyenne, sur l'ensemble des pays de l'OCDE les dépenses de soins bucco-dentaires par personne, en population générale ont été multipliées par 2.5 durant les dernières décennies. La dépense annuelle est 1.4 fois moins importante en France qu'aux Etats-Unis mais 1,5 fois plus importante qu'aux Pays-Bas. Paradoxalement, le recours aux soins dentaires diminue avec l'âge alors que les besoins augmentent.

J'ai eu l'opportunité de participer au **congrès annuel international d'odontologie gériatrique qui a eu lieu à Paris les 4 et 5 juin 2016**<sup>36</sup>. L'objectif était de faire un état des lieux de la situation bucco-dentaire des seniors dans le monde. J'ai pu échanger avec de nombreux professionnels de divers pays. Ce que j'ai pu retenir de mes entretiens et des présentations des différents intervenants, c'est que l'état bucco-dentaire des personnes âgées en particulier celles qui sont atteintes de syndrome démentiel et celles institutionnalisées demeure globalement dégradé dans les différents pays du monde. Si des progrès en la matière sont à relever dans certains pays depuis le rapport de L'OMS en 2003, ils demeurent néanmoins trop discrets et très variables selon les régions du monde.

### **1.3 Les effets délétères d'une mauvaise santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD**

#### **1.3.1 L'impact psychosocial et économique**

Premièrement, Le mauvais état bucco-dentaire a un **impact psychologique et social** néfaste sur les résidents en EHPAD<sup>37</sup>. Elle peut conduire à **une rupture du lien social**. En effet, un état bucco-dentaire altéré entraîne souvent une **mauvaise communication** verbale mais aussi non verbale. La présence de douleurs buccales induit

---

<sup>36</sup> Association internationale de géodontologie, 13e Congrès international sur l'odontologie Gériatrique, 3-4 juin 2016, Paris

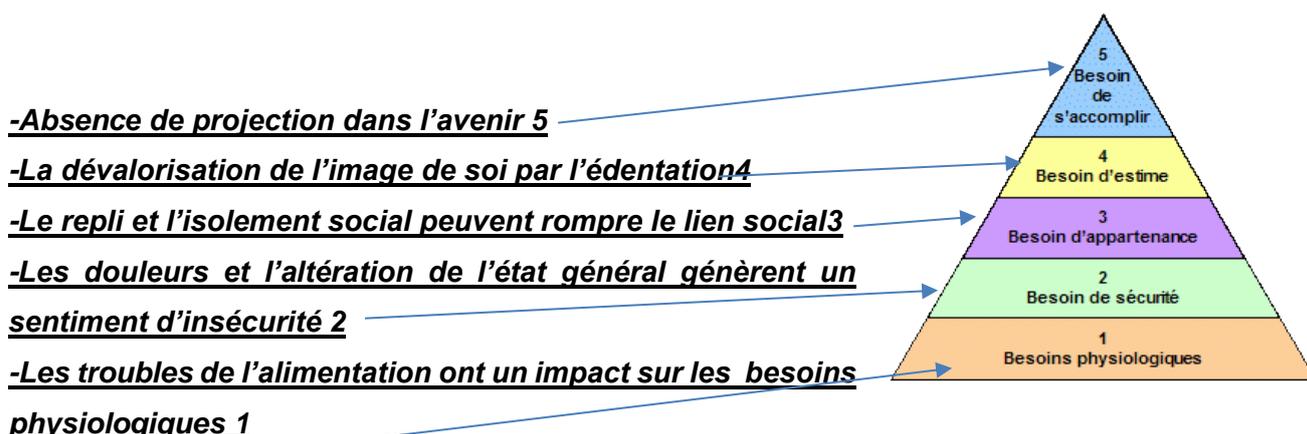
<sup>37</sup> OMS, Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, 2003

une verbalisation moins aisée, moins agréable et augmente les comportements agressifs, l'agitation et la déambulation des résidents<sup>38</sup>. L'articulation de la parole est rendue plus difficile par l'édentation et les prothèses dentaires inconfortables provoquent des troubles de l'élocution ayant pour conséquence des problèmes de compréhension dans les relations sociales<sup>39</sup>. Le mauvais état bucco-dentaire peut aussi provoquer **une dévalorisation de l'image corporelle et une perte d'estime de soi** voire un sentiment d'indignité<sup>40</sup>. L'aspect esthétique est souvent un élément important pour les usagers institutionnalisés et leur famille. Le sourire et le visage constituent la première image qu'on offre aux autres. La bouche et le sourire participent à la communication qu'elle soit sociale ou affective. Ainsi avoir honte de sa bouche altère l'image de soi et peut conduire au repli social et à la dépression. Dans notre société contemporaine où l'aspect extérieur revêt une place importante, une denture saine, blanche et soignée est un passeport pour une vieillesse réussie.

La mauvaise hygiène bucco-dentaire entraîne fréquemment **une mauvaise haleine**<sup>41</sup> (Halitose). La mauvaise haleine est le plus souvent due à une mastication moins efficace avec l'âge. Quand l'hygiène dentaire est négligée, les aliments restent entre les dents et l'intérieur des joues, aboutissant à la mauvaise haleine. Cela entraîne d'une part une situation d'inconfort du résident et d'autre part cette situation va accentuer l'isolement social et mettre à mal la qualité de vie du résident.

**Le psychosociologue MASLOW** a représenté sous forme de pyramide les 5 besoins de l'homme :

-Force est de constater qu'un mauvais état bucco-dentaire a des conséquences dommageables directes ou indirectes sur tous les niveaux de la pyramide :



<sup>38</sup> Union Française pour les Soins Bucco-Dentaire et AGIRC-ARRCO, enquête sur la santé bucco-dentaire en EHPAD, 2012-2013

<sup>39</sup> Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Gustave-Nicolas Fischer, Dunod, 2005

<sup>40</sup> Association internationale de gérontologie, 13e Congrès international sur l'odontologie Gériatrique, 3-4 juin 2016, Paris

<sup>41</sup> Union Française pour les Soins Bucco-Dentaire et AGIRC-ARRCO, enquête sur la santé bucco-dentaire en EHPAD, 2012-2013

Deuxièmement, Le mauvais état bucco-dentaire a un **impact économique**. **Si la santé bucco-dentaire n'a pas de prix, elle a néanmoins un coût**. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la mauvaise santé bucco-dentaire accentue les problèmes de santé des résidents et est un facteur d'aggravation de la dépendance. Ainsi, elle induit mécaniquement un PATHOS (évaluant le besoin en soins) en augmentation et une bascule possible du résident en GIR 1- 2 (GIR : évaluant le niveau de dépendance) se traduisant par un besoin en soin et en accompagnement plus important. Dès lors, les autorités de tarification que sont l'ARS et le Conseil Départemental (CD) en tant que financeur respectivement de la section soin (ARS) et la section dépendance (CD) des EHPAD pourrait être amenées à revoir à la hausse les dotations financières (produits de la tarification) allouées aux établissements. Or, les autorités tarifaires ainsi que les établissements d'accueil font en général l'objet d'un contexte budgétaire contraint et recherche plus d'efficacité économique par la rationalisation des coûts. La mauvaise santé orale induit en outre des coûts financiers pour les résidents et leur famille : prise en charge financière des prothèses, des consultations et traitements bucco-dentaires. Elle induit aussi des coûts plus importants pour l'Assurance Maladie notamment en cas d'hospitalisation du résident.

### **1.3.2 L'impact sur la santé physique**

**Tout d'abord**, un mauvais état bucco-dentaire des résidents a des conséquences sur leur santé sur le plan médical. Une santé orale dégradée favorise la propagation des germes à distance. C'est le cas de la maladie d'Osler qui correspond à une cardiopathie se traduisant par une **endocardite d'origine bactérienne**<sup>42</sup>. Elle est la résultante de passage de germes pathogènes dans la circulation sanguine suite à un abcès dentaire non traité. Elle peut entraîner des complications cardiaques et conduire au décès du résident. Un état bucco-dentaire altéré peut engendrer des pneumopathies dues à des fausses routes conduisant par inhalation des aliments dans les bronches. Cette situation est fréquemment retrouvée en EHPAD. Le mauvais état bucco-dentaire provoque aussi une aggravation du diabète. Si Le diabète favorise l'apparition de pathologie dentaire, la carie quant à elle perturbe l'équilibre glycémique des résidents diabétiques. D'autres conséquences médicales peuvent être relevées par exemple, les infections rénales, la décompensation, l'aggravation des maladies cardiovasculaires et des pathologies lourdes, la diminution des capacités physiologiques, une récupération plus lente, une sensibilité accrue aux médicaments ainsi qu'une détérioration fonctionnelle. Il convient de souligner que les conséquences médicales résultant d'un mauvais état bucco-dentaire des résidents aboutissent souvent à une hospitalisation en cas de complications. Le résident ainsi hospitalisé et soustrait de son lieu de vie habituelle est perturbé, désorienté ce qui

---

<sup>42</sup> DGS, Rapport sur la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, FOLLIGUET M., Mai 2006

complique sa prise en charge. La conjonction de ces éléments induit inéluctablement à une altération de l'état général du résident et met à mal leur qualité de vie au sein de l'institution.

**Enfin**, un état bucco-dentaire dégradé a des conséquences importantes en termes de **dénutrition et de malnutrition**<sup>43</sup>. En effet, les douleurs bucco-dentaires, les dents cassées ou absentes, les prothèses inadaptées ou non portées **compliquent la mastication, l'ingestion et la digestion des aliments**. Les résidents ont du mal à s'alimenter correctement. Dès lors, l'alimentation des résidents est changée pour privilégier des textures alimentaires plus molles et plus sucrés qui d'une part, aggravent les caries et abîment les gencives et d'autre part, conduisent à régime alimentaire déséquilibrée (malnutrition) ou insuffisante (dénutrition). Parallèlement, le mauvais état bucco-dentaire a un impact sensoriel par la **diminution de la perception gustative**. Ainsi, il génère fréquemment une perte du goût et une diminution de l'appétit.

A cet égard, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré en 2007<sup>44</sup> un tableau retraçant les **9 situations à risque de dénutrition** :

<b>1-Psycho-socio-environnementales</b>	<b>2-Affections aiguës et pathologies chroniques</b>	<b>3-Traitements médicamenteux au long cours</b>
<i>Isolement social, hospitalisation</i>	<i>Douleur, infection, maladie</i>	<i>Polymédication, sécheresse buccale</i>
<b>4-Affections bucco-dentaires</b>	<b>5-Régimes alimentaires modifiés</b>	<b>6-Syndromes démentiels</b>
<i>Dent abîmée, prothèse inadaptée</i>	<i>Texture modifiée</i>	<i>Maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs</i>
<b>7-Troubles de la déglutition</b>	<b>8-Dépendance pour actes de la vie quotidienne</b>	<b>9-Troubles psychiatriques</b>
<i>Difficulté pour avaler</i>	<i>Alimentation, mobilisation</i>	<i>Trouble du comportement</i>

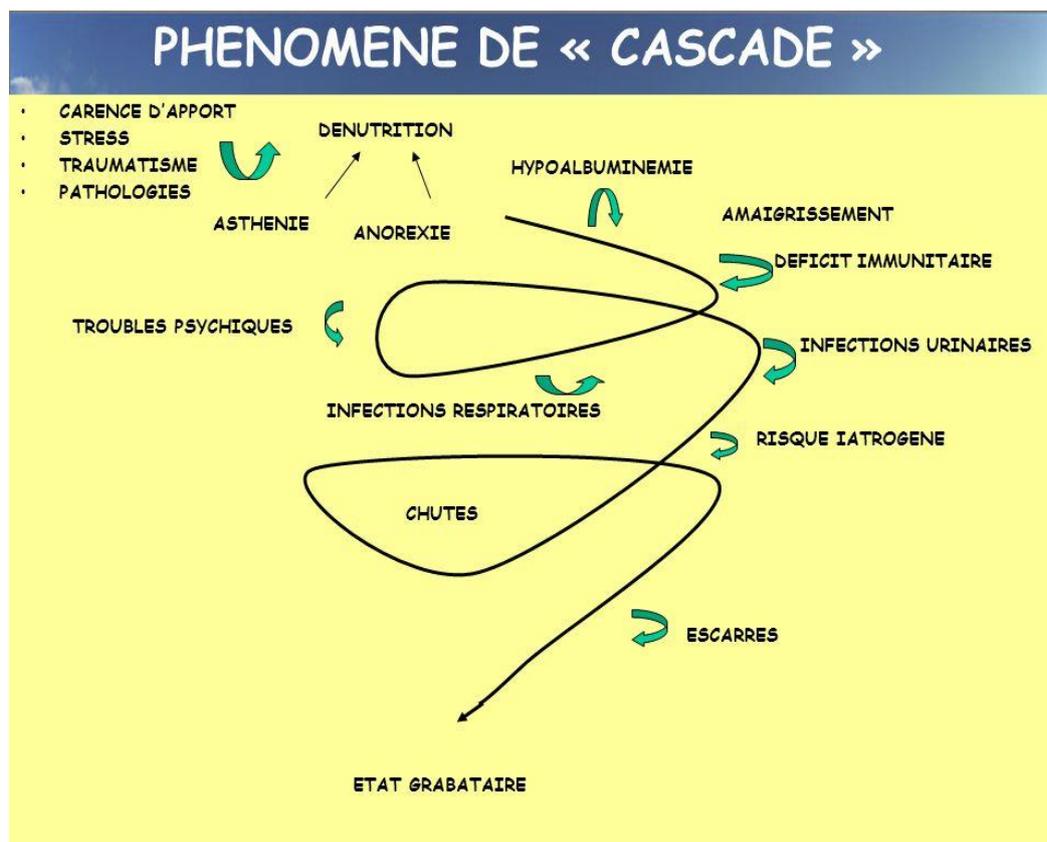
L'HAS et l'**Agence** nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)<sup>45</sup> **identifient clairement les affections bucco-dentaires comme un facteur de risque de la dénutrition**. Toutefois, J'ai pu constater au travers de mes investigations que toutes les autres situations à risque de dénutrition identifiées par l'HAS sont elles aussi en lien direct ou indirect avec les affections bucco-dentaires. (Voir notes en rouge sur le tableau).

<sup>43</sup> Union Française pour les Soins Bucco-Dentaire et AGIRC-ARRCO, enquête sur la santé bucco-dentaire en EHPAD, 2012-2013

<sup>44</sup> HAS, Stratégies de prévention de la carie dentaire synthèse et recommandation, mars 2010

<sup>45</sup> ANESM, Recommandation des bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD volet 4, 2012

Durant le congrès international de la gérontologie à Paris les 3 et 4 juin, un professeur en gérontologie lors de sa présentation, insistait sur le lien étroit qu'il y avait entre mauvais état bucco-dentaire et dénutrition plus particulièrement chez les personnes vulnérables. Elle a rappelé l'impact néfaste de la dénutrition sur la santé générale des résidents et leur qualité de vie. Elle expliquait qu'en EHPAD, le risque de dénutrition dû au mauvais état bucco-dentaire des résidents doit faire l'objet d'une attention particulière par la direction et le personnel soignant car la dénutrition provoque : « **la cascade gériatrique** »<sup>46</sup>.



### 1.3.3 L'impact sur l'institution accueillant le résident

Le mauvais état bucco-dentaire entraîne aussi des conséquences sur le fonctionnement et l'organisation des services au sein de l'établissement. En effet, les affections bucco-dentaires pouvant accentuer les problèmes de santé générale et étant susceptible d'aggraver l'état de dépendance des résidents, peuvent engendrer une augmentation significative de la charge de travail de l'équipe soignante et du personnel d'accompagnement. Une telle situation peut causer de l'épuisement professionnel (burn out), une augmentation du taux d'absentéisme, l'émergence de troubles musculo-squelettiques (TMS), l'apparition de risques psychosociaux (RPS) et un climat social tendu entre la direction, le personnel et les familles au sein de l'institution.

<sup>46</sup> Association internationale de gérontologie, 13e Congrès international sur l'odontologie gériatrique, 3-4 juin 2016, Paris

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons pu, au travers de nombreuses études et enquêtes, faire le constat que la situation bucco-dentaire des résidents accueillis en EHPAD est préoccupante. Nous avons pu identifier les facteurs de risque qui favorisent la dégradation de la santé orale des personnes âgées en EHPAD et analyser les différentes conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Il s'agira dans la deuxième partie de ce mémoire, de faire le point sur les entraves et limites à la mise en œuvre efficace des soins bucco-dentaires en EHPAD, en s'appuyant sur les entretiens et enquêtes que j'ai pu effectuer sur mon lieu de stage.



## 2 Les freins à une mise en œuvre efficace des soins bucco-dentaires en EHPAD

Les freins à l'efficacité des soins bucco-dentaires sont d'une part d'origine institutionnelle et d'autre part, liés aux résidents et leur famille. En outre, de nombreuses limites existent en termes d'accès aux soins bucco-dentaires.

### 2.1 Les contraintes institutionnelles

#### 2.1.1 Les conditions de travail et l'organisation des services parfois inadaptées

Lors de mes différents entretiens sur mon terrain de stage, les personnes interrogées soulignaient que les conditions de travail et l'organisation des services en EHPAD peuvent constituer un frein à une prise en charge optimale des soins bucco-dentaires des résidents.

Premièrement, **Le manque de temps et d'effectif était souvent évoqué.** Pour l'équipe soignante, la surcharge de travail et le manque de personnel affectent la qualité des soins, constituent un risque pour la qualité de vie et la sécurité des résidents, génèrent du stress et l'épuisement professionnel des équipes. Certains agents interrogés soulignaient le risque de déshumanisation car selon eux, le manque de personnel et les contraintes de temps limitent le contact humain, et contribuent à réduire le temps passé auprès des résidents. Dès lors les soins prodigués ne sont pas optimisés.

*« Je suis consciente que les soins bucco-dentaires sont importants mais la réalité c'est que nous sommes souvent en manque d'effectif. Nous avons beaucoup de résidents à prendre en charge par jour. Lorsqu'il manque ne serait-ce qu'une personne, c'est toute notre organisation qui est bousculée. La surcharge de travail fait que nous n'avons pas toujours le temps, ni les moyens d'effectuer les soins bucco-dentaires »<sup>47</sup>*

*« Le problème c'est qu'il nous arrive fréquemment d'être en sous-effectif. Même si on voudrait prendre le temps d'effectuer correctement la toilette bucco-dentaire, en pratique c'est difficile et compliqué car justement on n'a pas assez de temps. Les soins dentaires sont de ce fait relégués au second plan. On nous demande de faire toujours plus et mieux mais on ne nous donne pas les moyens en face, d'autant plus que les résidents accueillis sont de plus en plus dépendants, ce qui nécessite une prise en charge plus importante »<sup>48</sup>*

Deuxièmement, **le manque de matériel et d'équipements constitue une limite.** Certains agents soulignaient que le matériel et les équipements étaient parfois inadaptés ou de mauvaise qualité ou insuffisants ou difficilement accessibles pour les résidents et

---

<sup>47</sup> Entretien ASG-1-EHPAD-M

<sup>48</sup> Entretien AS-1-EHPAD-C

l'équipe soignante. Il arrivait que les résidents n'aient pas de brosses à dents ou que ces dernières ne soient pas adaptées ou qu'elles soient usagées. J'ai pu constater durant le stage que le matériel d'hygiène bucco-dentaire n'était pas systématiquement retrouvé sur le chariot de soins et lorsqu'il l'était, certains agents ne s'en servaient pas forcément.

*« Je veux bien réaliser les soins d'hygiène bucco-dentaires mais nous manquons parfois de matériel. Certains résidents n'ont pas de brosses à dents ou de dentifrice. Dans ces conditions comment voulez-vous que nous réalisions les soins bucco-dentaires. Normalement, c'est le rôle des familles d'emmener les brosses à dent et les dentifrices pour les résidents mais toutes ne le font pas. »*<sup>49</sup>

*« Les brosses à dents ne sont pas toujours adaptées, certains résidents sont sous anticoagulants or leurs brosses à dents sont trop rigides. Lorsque je brosse les dents, la gencive se blesse facilement et cela provoque des traumatismes et des saignements au niveau de la bouche. Il faudrait pour ces résidents aient des brosses à dents plus souples, moins agressives. »*<sup>50</sup>

Troisièmement, **le manque d'impulsion de la direction et de l'encadrement peut être un obstacle**. J'ai pu faire le constat à travers mes recherches et mes entretiens que l'effectivité des soins bucco-dentaire en EHPAD peut être limitée par le manque d'implication et d'impulsion de la direction et de l'encadrement. Durant mon stage long, mon maître de stage était particulièrement engagé sur l'amélioration de la santé orale des résidents accueillis. Toutefois, j'ai pu échanger avec des directeurs d'autres établissements sur cette problématique et noter qu'ils n'étaient pas toujours impliqués, ni sensibilisés, aux problèmes bucco-dentaires des résidents en EHPAD. Pour certains, la santé orale n'était pas une priorité.

### **2.1.2 Le manque de connaissance, de sensibilisation et de formation**

Tout d'abord, j'ai pu observer des actes d'hygiène bucco-dentaire inappropriés effectués par **manque de connaissance du personnel**. En effet, certains actes étaient réalisés en fonction des habitudes personnelles des agents mais ne correspondaient pas aux protocoles formalisés par le service et ne prenaient pas en compte le degré d'autonomisation du résident. A titre d'exemple, beaucoup d'agents dispensaient les soins dentaires avec leurs doigts ou avec des bains de bouche à usage non journalier. Le dentifrice n'était utilisé parfois que pour nettoyer les appareils dentaires. Les bâtonnets se substituaient souvent aux brosses à dent souples. La toilette bucco-dentaire était souvent effectuée précipitamment. Les soins d'hygiène de la langue et des muqueuses étaient fréquemment oubliés. Une partie significative des agents interrogés ne mesurait pas

---

<sup>49</sup> Entretien IDE-2-EHPAD-M

<sup>50</sup> Entretien AS-2-EHPAD-M

l'importance des conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire sur la santé et la qualité de vie des résidents. Il y avait une méconnaissance des affections et pathologies générées par une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

*« Je savais qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire pouvaient entraîner à la longue des caries ou des abcès mais j'étais loin de penser qu'il pouvait y avoir tant de conséquences sur la santé générale des résidents et leur qualité de vie ».*<sup>51</sup>

Ensuite, **un manque de formation et de sensibilisation.**

La majeure partie des agents interrogés expliquait que dans leur formation initiale, les soins bucco-dentaires étaient abordés brièvement ou ne l'étaient pas du tout. Certains agents (infirmiers, aides-soignants y compris médecin coordonnateur) m'ont confié n'avoir jamais reçus un enseignement sur les soins bucco-dentaires lors de leur formation initiale.

*« Je n'ai pas eu de module spécifique sur les soins bucco-dentaires et comment les réaliser durant ma formation initiale. »*<sup>52</sup>

*« En formation initiale je n'ai pas eu de véritables cours sur la santé bucco-dentaire. L'hygiène bucco-dentaire a été juste évoquée »*<sup>53</sup>

### **2.1.3 La perception des soins bucco-dentaires des résidents par les agents et les préjugés**

D'une part, les soins bucco-dentaires sont très souvent **perçus par le personnel comme une tâche trop chronophage**. Dans le cadre de mes différents entretiens, certains membres du personnel me confiaient que même avec un effectif normal, ils devaient dans un laps de temps limité, assurer quotidiennement une charge de travail colossale, tout en respectant les protocoles, les traçabilités et les règles instituées ce qui est déjà extrêmement chronophage. Rajouter les soins bucco-dentaires aux tâches précédemment citées, était jugé trop consommateur en temps. Paradoxalement, j'ai pu faire le constat personnel que durant certaines journées de travail où le personnel se retrouvait en sureffectif les soins bucco-dentaires n'étaient pas forcément assurés.

*« Si on veut réaliser les soins bucco-dentaires dans les règles de l'art pour tous les résidents, il nous faudrait plus de temps par résident. Les personnes démentes, celles atteintes de troubles cognitifs requièrent beaucoup plus de temps pour effectuer les soins d'hygiène bucco-dentaires. Or on a beaucoup de résidents dans l'EHPAD. Il faudrait en moyenne 10 à 15 min en plus par résident dément pour réaliser une toilette buccale bien faite »*<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> Entretien AS-1-EHPAD-P

<sup>52</sup> Entretien AS-1-EHPAD-C ; Entretien IDE-1-EHPAD-C, Entretien IDE-2-EHPAD-M ; Entretien MEDEC-1-EHPAD-P

<sup>53</sup> Entretien IDE-1-EHPAD-M

<sup>54</sup> Entretien AS-1-EHPAD-P

J'ai pu remarquer que les contraintes de temps couplées au problème de manque d'effectif génèrent des tensions, du stress et de la nervosité au sein du personnel qui se manifestent parfois en pratique par des gestes de soins brusques, des réactions ou encore des commentaires à l'égard des usagers inappropriés. Une telle situation résulte aussi en un manque de communication entre le résident et le soignant, ce dernier étant excédé par la charge de travail trop importante. Ainsi, le personnel se trouve dans l'incapacité de rassurer les résidents et d'instaurer un climat de confiance durant les soins car il est lui-même angoissé. Le résident est de ce fait souvent bousculé puisqu'il faut qu'il aille plus vite.

D'autre part, **les soins dentaires peuvent créer un sentiment d'aversion chez le personnel**. Beaucoup d'agents interrogés ont avoué ressentir du dégoût lorsqu'ils effectuent les soins bucco-dentaires, notamment en raison de la salive, des crachats, des aphtes, des glaires, hémoptysies et excréments divers pouvant susciter de l'aversion voire de la révulsion. Dans ce cas de figure, la cavité buccale est très peu examinée. La mauvaise haleine a été moult fois évoquée comme une situation rebutante pour certains agents.

*« Je vous avoue que je n'aime pas réaliser les soins d'hygiène bucco-dentaire, les dents abîmées, les crachats et la mauvaise haleine me rebutent. Quand je retire les prothèses dentaires, elles sont parfois dans un état tel que ce n'est joli à voir »<sup>55</sup>*

*« Croyez-moi ce n'est pas facile de faire les soins bucco-dentaires quand les résidents ont une mauvaise haleine, quand la bouche est pleine de résidus alimentaires, ça donne parfois envie de vomir. Dans ces conditions, je prends beaucoup sur moi pour effectuer la toilette buccale mais ce n'est pas facile »<sup>56</sup>*

Par ailleurs, **l'hygiène bucco-dentaire est parfois considérée par les agents comme un acte non urgent, secondaire voire facultatif**. Très souvent, les soins bucco-dentaires ne sont pas considérés comme prioritaires par les agents. En cas de surcharge de travail, les soins bucco-dentaires sont les premiers soins qui sont reportés. J'ai pu faire le constat au travers de mes investigations que les soins bucco-dentaires sont parfois associés exclusivement par certains membres du personnel à des actes de confort et de bien être des résidents sans un impact réel sur l'état de santé général. Pour les équipes soignantes, la direction et l'encadrement n'évaluent pas leur travail en fonction de la qualité des soins bucco-dentaires et prothétiques réalisés en faveur des résidents. *« Personne ne vient vérifier la bouche des résidents. Uniquement, la propreté extérieure des résidents et leurs vêtements sont les critères importants pour l'autorité hiérarchique<sup>57</sup> ».*

**En outre, les soins bucco-dentaires peuvent être perçus comme intrusifs et agressifs**. Dans le cadre de ce mémoire, j'ai réalisé une enquête par questionnaire auprès du personnel. Je suis parvenu à la conclusion que la grande majorité des agents ayant

---

<sup>55</sup> Entretien AS-1-EHPAD-M

<sup>56</sup> Entretien AS-1-EHPAD-C

<sup>57</sup> Entretien AS-1-EHPAD-P, Entretien AS-1-EHPAD-C et Entretien AMP-1-EHPAD-M

répondu au questionnaire considère **la cavité buccale comme une zone intime** du corps. Ainsi, la réalisation des soins bucco-dentaires est souvent perçue comme un acte intrusif, embarrassant et parfois agressif.

*« La bouche du résident est pour moi une partie intime de son corps. Moi-même en tant qu'individu je considère ma bouche comme une zone intime de mon corps. C'est pourquoi, j'ai toujours l'impression de violer l'intimité du résident quand je réalise des soins à l'intérieur de sa bouche. C'est très embarrassant. »*<sup>58</sup>

Ce sentiment de gêne du personnel est d'autant plus marqué quand les résidents arrivent en fin de vie. Beaucoup d'agents m'expliquaient qu'ils ne voulaient pas importuner avec des soins bucco-dentaires **la personne âgée en fin de vie**. Pour le personnel, en phase de fin de vie, les soins bucco-dentaires peuvent être ressentis par les résidents comme des actes invasifs, agressifs voire maltraitants. Il convient de souligner que la confrontation à la mort est parfois mal vécue par les agents, ce qui se traduit dans certains cas par un phénomène d'évitement des soins ou encore de distanciation par rapport aux personnes en fin de vie.

*« La prise en charge des personnes en fin de vie confronte le soignant à l'imminence de la mort dont il est le témoin impuissant...Elle est responsable du mécanisme d'évitement car entre en jeu, la pensée plus ou moins consciente, de sa propre mort. »*<sup>59</sup>

## 2.2 Les limites relatives aux résidents et leur famille

### 2.2.1 Les limites liées aux résidents :

Certaines limites dans la mise en œuvre efficace des soins bucco-dentaires en EHPAD sont liées à des facteurs propres aux résidents et à la typologie des usagers accueillis en EHPAD.

Premièrement, **le refus des soins**. Le personnel est souvent confronté à ce problème en EHPAD. Au cours de mes divers entretiens, j'ai constaté que les agents étaient bien souvent désireux d'effectuer des soins bucco-dentaires pour les personnes âgées mais se heurtaient fréquemment à un refus. Aussi, j'ai voulu, dans le cadre de ce mémoire, en comprendre les raisons. J'ai pu identifier plusieurs facteurs susceptibles d'entraîner un refus des soins par le résident. **Tout d'abord**, le refus des soins peut résulter d'**un manque de compréhension par le résident des consignes et du soin lui-même**. Une part importante de la population accueillie en EHPAD est atteinte de troubles cognitifs. Aussi, ces personnes n'ont plus la capacité de comprendre les explications données par le personnel quant à leur soin. *« C'est parfois difficile de faire la toilette dentaire pour les*

---

<sup>58</sup> Entretien AS-2-EHPAD-M et Questionnaire pour le personnel

<sup>59</sup> BERNARD MF., février 2003, « réalisation des soins de bouche », Revue professionnelle des cadres de santé, n°113, pp. 22-30

*résidents déments. Quand je mets le dentifrice dans la bouche de certains et que j'essaie de leur expliquer que ça sert à se brosser les dents. Ils ne comprennent pas, ils ont tendance à l'avaler pensant que c'est quelque chose à manger »*<sup>60</sup>. Ce manque de compréhension peut se traduire par des résidents non-coopératifs. Une telle situation complexifie la réalisation du soin par le soignant et peut s'avérer être préjudiciable pour le résident lui-même, ce dernier s'exposant à des risques d'altération de sa santé du fait de l'absence de soins. « *On a des résidents qui sont non coopérants, c'est compliqué de dispenser les soins dentaires dans de telles conditions »*<sup>61</sup>. **Ensuite**, la **personne âgée** peut percevoir les soins dentaires comme une agression, une **effraction**. En effet, les actes d'hygiène bucco-dentaire nécessitent le plus souvent une pénétration au sein de la cavité buccale par le soignant notamment pour les résidents non autonomes. Cette pénétration peut être ressentie par le résident comme une violation de son intimité. Ce dernier n'est pas forcément prêt à accepter une telle proximité avec le soignant. Ainsi, j'ai pu constater durant mon stage de professionnalisation, le refus par certains résidents d'une telle proximité avec l'équipe soignante et paradoxalement, l'acceptation totale d'une telle proximité, dès lors qu'il s'agissait d'un membre de sa famille. **De surcroît**, le refus de soins peut s'expliquer par **l'appréhension et la peur du soin**. Les soins bucco-dentaires peuvent générer un sentiment d'insécurité et de méfiance du résident (peur d'avoir mal, crainte de recevoir des soins trop brusques). Cette appréhension est souvent en lien étroit avec **l'art par le soignant de proposer le soin**. J'ai pu dénoter que certains agents avaient plus de facilité à obtenir l'adhésion des résidents pour la réalisation des soins comparativement à d'autres qui avaient plus de peine. En fait, l'attitude respectueuse et empathique du soignant vis-à-vis du résident joue un rôle déterminant dans l'instauration d'un climat de confiance. « *Certains collègues ont du mal à faire les soins mais moi, j'y arrive plutôt bien. Il faut juste savoir y faire avec les personnes âgées, leur parler avec douceur et avoir une attitude empathique, les valoriser en tant que personnes humaines à part entière et ne surtout pas les infantiliser. C'est ce que je fais et ça fonctionne en général plutôt bien »*<sup>62</sup>. Par ailleurs, **le refus de soin peut s'exprimer par la violence physique du résident envers le soignant**. J'ai pu étudier durant mon stage de professionnalisation, l'attitude des résidents, certains consciemment ou inconsciemment, utilisaient leurs dents comme une véritable arme. Le personnel hésitait à prodiguer les soins bucco-dentaires par peur de se faire mordre. « *Je veux bien réaliser les soins bucco-dentaires mais j'ai peur de me faire mordre par certains résidents »*<sup>63</sup>. En outre, **l'épuisement physique du résident peut favoriser son refus des soins**. La personne âgée peut développer un sentiment d'inutilité et d'incapacité, dès lors qu'elle ne se sent plus en mesure d'effectuer elle-même sa toilette

---

<sup>60</sup> Entretien-AS-2-EHPAD-P

<sup>61</sup> Entretien-ASG-1-EHPAD-M

<sup>62</sup> Entretien AS-1-EHPAD-P

<sup>63</sup> Entretien AS-1-EHPAD-C

intime au quotidien. Ainsi, cette perte d'autonomisation conduit à accroître progressivement leur sentiment d'impuissance, de dévalorisation et de perte de dignité ce qui se traduit parfois par la non-acceptation des soins par l'équipe soignante. Dans ce cas de figure la personne âgée éprouve souvent le besoin de pouvoir verbaliser ce qu'elle ressent et sollicite une écoute. Une telle démarche, bien que chronophage peut aider la personne à reprendre peu à peu confiance en elle et au final permettre au personnel d'obtenir l'assentiment du résident pour la réalisation des soins. **La plage horaire choisie par le soignant pour dispenser les soins dentaires peut constituer la raison d'un refus par le résident.** La tranche horaire choisie par le soignant pour la dispensation des soins bucco-dentaires s'impose souvent au résident. Un refus des soins dentaires par le résident peut en découler, si l'horaire choisi ne correspond pas à ses habitudes de vie. « *Je ne veux pas qu'on me brosse les dents à cette heure-là, moi, j'ai l'habitude de me brosse les dents plus tard* »<sup>64</sup>. Il est à noter que l'absence d'habitude d'hygiène bucco-dentaire chez certaines personnes âgées est loin d'être rare. Beaucoup n'ont consulté qu'occasionnellement un chirurgien-dentiste dans leur vie et certains jamais. De telles habitudes de vie peuvent constituer un frein pour la réalisation des soins bucco-dentaires par les soignants en faveur des résidents une fois ces derniers institutionnalisés. Ces résidents refusent les soins bucco-dentaires car ils n'en voient pas l'intérêt. Il convient de souligner que face au refus de soins les soignants se trouvent souvent face à un dilemme qui est soit l'obligation de prodiguer des soins aux résidents pour garantir leur santé, soit l'obligation de respecter le droit au non-consentement de ces derniers.

Deuxièmement, **la diminution des fonctions motrices des personnes âgées peut être un obstacle à la réalisation des soins de bouche.** Le vieillissement physiologique, les troubles cognitifs et aussi certaines pathologies génèrent un ralentissement des capacités motrices, une limitation dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, des difficultés en termes de coordination des mouvements et de compréhension. Ainsi, certains résidents bien qu'autonomes ou semi-autonomes éprouvent des difficultés à accomplir des gestes simples tels que tenir leur brosse à dents ou encore rapprocher la brosse à dents de leur bouche. Si certains résidents arrivent à procéder à leur toilette bucco-dentaire en toute autonomie, il n'en demeure pas moins qu'elle n'est pas toujours correctement réalisée. Aussi, bien qu'il faille préserver et favoriser l'autonomisation des résidents dans les actes de la vie quotidienne, elle peut néanmoins s'avérer être un frein à la mise en œuvre efficace des soins bucco-dentaires de par la diminution des facultés motrices de la personne âgée. « *Quand ils le peuvent on laisse les résidents faire leur toilette dentaire eux-mêmes afin de favoriser le maintien de leur autonomie. Mais beaucoup d'entre eux bien qu'autonomes n'arrivent pas par exemple à bien tenir leur*

---

<sup>64</sup> Entretien résident-1-EHPAD-M

*brosse à dents. La brosse à dents tombe tout le temps. D'autres résidents effectuent leur toilette buccale mais la font mal, elle n'est pas bien réalisée. »<sup>65</sup>*

Troisièmement, **le trismus empêche la réalisation des soins de bouche par l'équipe soignante**. Le trismus correspond à la contraction constante et involontaire des muscles de la mâchoire qui réduit voire empêche l'ouverture de la bouche. Il est provoqué par certaines pathologies et par certains médicaments. C'est la raison pour laquelle les pathologies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer et les traitements médicamenteux à base de neuroleptiques, favorisent l'apparition de ce phénomène. Bon nombre de résidents en EHPAD sont touchés par le trismus. Cette fermeture réflexe de la bouche due au trismus rend complexe voire impossible la réalisation des soins bucco-dentaires<sup>66</sup>.

Quatrièmement, **la fragilisation de la cavité buccale des résidents peut être aussi un frein à la réalisation des soins bucco-dentaires**. La fragilisation de la cavité buccale des personnes âgées peut résulter du vieillissement physiologique, de pathologies ou de traitements médicamenteux. Ainsi, les muqueuses buccales c'est-à-dire la gencive et langue sont plus susceptibles d'être traumatisées lors d'actes mécaniques par exemple lors du brossage des dents. De plus, un brossage de dents même souple peut provoquer chez les résidents sous traitement anticoagulant des blessures et saignements des tissus bucco-dentaires<sup>67</sup>. La conjonction de ces éléments génère une crainte du soignant de traumatiser la cavité buccale du résident et par conséquent de risquer d'aggraver son état bucco-dentaire. *« J'ai peur de faire les soins dentaires surtout quand les résidents sont sous anticoagulants. Même en faisant le plus attention que possible, même en utilisant des brosses à dents souples, on peut blesser facilement le résident parce que la bouche est plus fragile du fait du traitement »*.<sup>68</sup>

Cinquièmement, **la bonne santé orale peut être affectée par les problèmes liés aux prothèses dentaires des résidents**. *Lors des entretiens que j'ai pu réaliser, la perte des prothèses dentaires* a été systématiquement évoquée comme un problème limitant le maintien de la bonne santé orale des personnes âgées. Elle est fréquente en EHPAD de par la typologie de la population recueillie qui est en grande partie atteinte de troubles cognitifs. Toutes les structures que j'ai contactées faisaient face à ce problème. Or, sans prothèse dentaire le résident connaît des difficultés pour s'alimenter correctement ce qui peut rapidement aboutir à une situation de dénutrition. Un autre problème relatif à l'appareillage dentaire est **le déchaussement et l'inadaptation des prothèses avec le temps**. Par exemple quand le résident est amaigri la prothèse dentaire est de fait, inadaptée car elle bouge et ne reste plus fixée. Dès lors elle nécessite d'être remplacée. Cependant,

---

<sup>65</sup> Entretien IDE-1-EHPAD-M

<sup>66</sup> Revue professionnelle des cadre de santé : réalisations des soins de bouche-difficultés des soignants-N°113-Février 2003

<sup>67</sup> DGS, Rapport sur la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, FOLLIGUET M., Mai 2006

<sup>68</sup> Entretien AS-2-EHPAD-C

**une prothèse a un coût non négligeable** que certains résidents ne peuvent supporter financièrement. De plus, j'ai pu observer sur mon lieu de stage de professionnalisation que **certains résidents ont du mal à s'accommoder aux prothèses dentaires neuves** et les retirent systématiquement. Dans un tel cas de figure, l'alimentation des résidents doit être changée au profit de texture mixée ou hachée mais celle-ci ne favorise pas la bonne santé orale des résidents. *« J'ai perdu mon ancien dentier, on m'a refait un autre mais je ne suis pas à l'aise avec, donc je ne le mets pas »*.<sup>69</sup> Il convient de souligner que certaines prothèses dentaires inadaptées peuvent provoquer des douleurs, des traumatismes et des plaies au niveau de la bouche, ceci peut aussi dégrader la santé orale des résidents.

## 2.2.2 Les limites liées aux familles

Premièrement, **les familles ne sont pas toujours sensibilisées aux conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire pour leur parent institutionnalisé**. J'ai pu constater que les familles vérifient systématiquement l'apparence extérieure de leur parent mais très rarement leur l'état bucco-dentaire<sup>70</sup>. *« Quand je viens voir ma mère à l'EHPAD, je ne pense pas à regarder l'état de sa bouche »*<sup>71</sup>. Aussi, j'ai pu observer durant mon stage de professionnalisation que certaines familles achetaient du savon, des crèmes hydratantes ou encore du shampoing pour leur parent mais omettaient de leur emmener du dentifrice ou une brosse à dents pour la toilette buccale. *« C'est le rôle des familles de procurer à leur parent du dentifrice et une brosse à dents, les familles pensent toujours au savon mais ce n'est pas toujours le cas pour le dentifrice et la brosse à dent. »*<sup>72</sup> Paradoxalement, l'ensemble des familles ayant répondues aux questions de l'enquête par questionnaire, considèrent que la toilette buccale fait partie de la toilette corporelle à part entière et qu'un mauvais état bucco-dentaire peut être grave pour le résident<sup>73</sup>.

Deuxièmement, j'ai pu remarquer que parfois la famille oblige leur parent à mettre une prothèse dentaire alors que ce dernier ne veut pas car il se sent mieux sans. *« Parfois les résidents enlèvent le dentier car ils n'en veulent pas, ils sont plus à l'aise sans. Mais, la famille met la pression sur le résident pour qu'il mette son dentier car elle n'accepte pas de le voir sans dents. C'est la volonté de la famille et non le souhait du résident »*<sup>74</sup>

Troisièmement, j'ai pu noter que parfois le résident ayant perdu sa prothèse dentaire réclame auprès de sa famille une nouvelle prothèse. Cependant, bien qu'étant désireuse de fournir une autre prothèse à leur parent, la famille n'est pas en mesure financièrement de supporter les frais afférents à la conception d'une nouvelle prothèse. *« Refaire la*

---

<sup>69</sup> Entretien résidente-EHPAD-M

<sup>70</sup> Entretien IDE-1-M

<sup>71</sup> Entretien famille-EHPAD-C + Enquête par questionnaire pour les familles

<sup>72</sup> Entretien IDE- EHPAD-M

<sup>73</sup> Questionnaire pour les familles

<sup>74</sup> Entretien-psychologue-EHPAD-M

*prothèse dentaire coûte trop cher, il faut compter 2500 à 4000 euros, nous n'en n'avons pas les moyens. En plus, on se demande au sein de la famille est-ce que ça vaut vraiment la peine de refaire une nouvelle prothèse sachant que notre mère est démente et qu'avec ou sans dentier ça va pas changer grand-chose ».*<sup>75</sup> Le coût financier important des prothèses dentaires peut, chez certaines catégories socio-professionnelles précarisées, constituer une entrave à la bonne santé orale de leur parent institutionnalisés.

## 2.3 Les limites en termes d'accessibilité aux soins bucco-dentaires

### 2.3.1 Les difficultés d'accès des résidents aux cabinets dentaires libéraux

**Il est souvent compliqué d'obtenir un rendez-vous rapide avec un chirurgien-dentiste en cabinet dentaire libéral.** En effet, certaines familles lors de mes entretiens me confiaient la difficulté qu'elles rencontraient pour obtenir un rendez-vous (RDV) de consultation avec un chirurgien-dentiste. L'enquête par questionnaire réalisée auprès des familles conforte la réalité de cette difficulté pour les familles. J'ai pu m'entretenir avec plusieurs chirurgiens-dentistes à ce sujet. La plupart d'entre eux m'expliquaient que leur planning de RDV est en général surchargé car il y a une forte demande de consultations et de soins bucco-dentaires, tout âge confondu. Or les plages horaires de cabinet ne sont pas extensibles<sup>76</sup>. Les RDV sont attribués en fonction des plages horaires disponibles. Le temps d'attente pour obtenir une consultation avec un chirurgien-dentiste pouvant être parfois long, la conséquence est une aggravation de l'état bucco-dentaire des personnes vulnérables institutionnalisées et de leur santé générale. L'optimisation du temps pour l'obtention d'une consultation avec un chirurgien-dentiste est donc cruciale. *« J'ai pris un RDV pour mon père avec un chirurgien-dentiste mais il faut attendre quatre mois au minimum, c'est vraiment trop long, mon père a besoin de soins dentaires rapidement »*<sup>77</sup>.

**Par ailleurs, l'organisation du transport du résident de l'EHPAD vers le cabinet dentaire peut parfois comporter certaines limites.** En vue de garantir leur sécurité, Les résidents et plus particulièrement ceux atteints de troubles cognitifs doivent être accompagnés soit par un membre de sa famille ou un membre du personnel lors du transport et aussi durant la consultation. Cependant, les membres de la famille ne sont pas toujours disponibles pour accompagner le résident, car les plages horaires de RDV avec le chirurgien-dentiste sont souvent incompatibles avec les plages horaires de travail des membres de la famille. Lorsque la famille n'est pas disponible, le résident est dès lors accompagné par un membre du personnel. En situation d'effectif réduit, la mobilisation d'un membre du personnel pour accompagner le résident en consultation peut perturber

---

<sup>75</sup> Entretien Famille-EHPAD-C

<sup>76</sup> Entretien dentistes

<sup>77</sup> Entretien famille-EHPAD P + Enquête par questionnaire pour les familles

considérablement l'organisation du travail au sein des équipes de l'EHPAD. J'ai pu constater durant mon stage que, bien que variable en fonction des cas, le temps moyen de mobilisation d'un agent pour une consultation dentaire, du départ du résident à son retour à l'EHPAD est en moyenne de deux heures. De plus, les résidents dépendants, grabataires, en fauteuil roulant ou encore alités ont besoin d'être transportés en ambulance. Mais **le transport en ambulance est financièrement très onéreux pour le résident et sa famille** sachant de surcroît qu'il est peu voire pas du tout remboursé par la sécurité sociale. Dans le département où j'ai effectué mon stage de professionnalisation le transport en ambulance coûte en moyenne 100 euros pour 10 Km de trajet<sup>78</sup>, ce qui représente un coût financier non négligeable pour le résident et sa famille. Il est à noter que si le résident n'a pas de famille ou de tuteur, c'est l'EHPAD qui supporte la charge financière liée aux frais de transport. Aux difficultés relatives au transport des résidents dépendants vient s'ajouter le problème du transfert des résidents dépendants grabataires du brancard ou du fauteuil roulant vers le fauteuil d'examen dentaire. En effet, dans la plupart des cas les ambulanciers déposent le résident au cabinet dentaire et repartent aussitôt pour un autre transport. Le transfert du résident vers le fauteuil dentaire est laissé à la charge de l'aidant familial parfois âgé lui aussi ou de l'agent mobilisé, or certains résidents ont un poids important et de plus sont grabataires. Aussi, dans de telles conditions le transfert du résident peut s'avérer être une tâche délicate comportant des risques à la fois pour l'accompagnant et le résident lui-même.

De surcroît, **les locaux des cabinets dentaires ne sont pas toujours adaptés pour accueillir dans de bonnes conditions, les résidents atteints de troubles cognitifs**. Lors des entretiens<sup>79</sup> que j'ai menés aussi bien auprès des résidents, des familles, du personnel que des directeurs d'établissement, j'ai relevé qu'ils déploraient tous l'inadaptation des locaux des cabinets dentaires pour le type de population accueillie en EHPAD. Les réponses apportées aux enquêtes par questionnaire<sup>80</sup> réalisées auprès des résidents, des familles et du personnel sont en cohérence avec celles des entretiens. Beaucoup de cabinets dentaires ne sont pas adaptés pour les personnes en fauteuil roulant, les portes et les couloirs sont souvent trop étroits. Certains cabinets sont situés à l'étage d'immeubles qui n'ont pas d'ascenseur ou qui disposent d'un ascenseur trop exigu pour recevoir un fauteuil roulant. Il n'est pas rare que pour accéder à quelques-uns des cabinets dentaires, le résident doit emprunter les escaliers et gravir un nombre conséquent de marches.

En outre, **Les troubles de démence dont sont atteintes certaines personnes âgées compliquent parfois la réalisation des soins par le chirurgien-dentiste**. Les

---

<sup>78</sup> Entretien agent de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM 91)

<sup>79</sup> Entretien ASG-1-EHPAD M + Entretien IDEC-C + entretien cadre de santé-EHPAD-P + Entretien directeur- EHPAD-P et M

<sup>80</sup> Enquête par questionnaire pour les familles + Enquête pour les résidents + Enquête pour le personnel

personnes âgées faisant l'objet de syndrome démentiel peuvent avoir des troubles du comportement notamment lorsqu'elles se retrouvent hors de leur lieu de vie ordinaire. Un sentiment d'insécurité et de crainte peut s'installer. Ainsi, certains résidents déments peuvent être perturbés et/ou agités ce qui rend plus complexe la réalisation des soins dentaires<sup>81</sup>. A titre d'exemple, un chirurgien-dentiste me confiait qu'il était parfois très difficile d'effectuer un panoramique dentaire pour les personnes démentes avec des troubles de comportement, car la réalisation de ce cliché radiologique nécessite que la personne reste parfaitement immobile. Aussi, devant de telles situations, certains dentistes sont démunis ne sachant pas comment appréhender le problème et comment se comporter pour rassurer les personnes âgées démentes. A telle enseigne que certains dentistes refusent de prendre en charge les clients âgés présentant des troubles de démence. La plupart des chirurgiens-dentistes est peu sensibilisé à l'accompagnement spécifique et particulier que requiert la prise en charge des personnes âgées atteinte de troubles cognitifs. Ainsi, un chirurgien-dentiste m'expliquait lors d'un entretien, qu'il n'existe pas dans leur formation initiale un enseignement spécifique sur la prise en charge bucco-dentaire des personnes dépendantes. En fait, en me renseignant auprès des facultés d'odontologie, j'ai appris qu'il existe un module de géroodontologie (chirurgie dentaire spécialisée pour les personnes âgées). Cependant ce module n'est pas obligatoire dans le cadre de la formation initiale mais juste optionnel.

Enfin, **l'isolement géographique de divers EHPAD peut aussi se présenter comme une limite d'accès aux soins pour les résidents qui y sont accueillis**. En effet certains EHPAD étant situés en zone rurale isolées, se retrouvent parfois éloignés des cabinets dentaires et des plateaux techniques. Il n'y a donc pas forcément un chirurgien-dentiste à proximité ou un réseau bucco-dentaire organisé sur le territoire. Dans ces conditions, l'accès aux soins bucco-dentaires pour les résidents est plus difficile.

### **2.3.2 Les EHPAD souvent peu attractifs pour les chirurgiens-dentistes**

La majeure partie des résidents, familles et personnel interrogée lors de mes entretiens ou par le biais du questionnaire préférerait que les chirurgiens-dentistes aillent à la rencontre des résidents plutôt que ce ne soient ces derniers qui se déplacent vers les cabinets dentaires. Selon eux, la prise en charge bucco-dentaire du résident serait facilitée et optimisée car le résident demeurerait dans son milieu de vie ordinaire et l'organisation des services de l'EHPAD serait moins perturbée<sup>82</sup>. Toutefois, beaucoup de chirurgiens-dentistes émettent des réserves à effectuer des consultations ou des soins dentaires en

---

<sup>81</sup> Entretiens avec les chirurgiens-dentistes

<sup>82</sup> Enquêtes par questionnaire

EHPAD. Les chirurgiens-dentistes avec lesquels j'ai pu m'entretenir évoquent diverses raisons qui pourraient expliquer ce manque d'enthousiasme :

Tout d'abord, **le chirurgien-dentiste peut percevoir son déplacement pour réaliser des consultations en EHPAD comme une perte de temps et une perte d'argent**. Le déplacement en EHPAD peut être très chronophage surtout si ces derniers ne sont pas à proximité du cabinet dentaire. De plus, le type de population hébergée en EHPAD requiert un temps de prise en charge et d'accompagnement plus important. L'état bucco-dentaire des personnes atteintes de troubles cognitifs est souvent dégradé ce qui nécessite plusieurs interventions du chirurgien-dentiste, ce qui tend à rallonger encore le temps de prise en charge. Or, en restant dans son cabinet, le chirurgien-dentiste optimise son temps et son argent.

Plus encore, **la typologie des populations recueillies en EHPAD n'attire pas forcément les chirurgiens-dentistes**. Les personnes âgées atteintes de troubles de mémoire peuvent être agitées lors des examens dentaires. En raison de leur pathologie, elles ne comprennent pas toujours les consignes données par le chirurgien-dentiste. De plus. Surtout, les affections bucco-dentaires de cette catégorie de population sont très souvent multiples et peuvent être associées à d'autres pathologies ce qui complexifie la prise en charge. L'état bucco-dentaire parfois extrêmement dégradé couplé à une mauvaise haleine peut générer la réticence du chirurgien-dentiste.

Ensuite, **le manque de matériels spécialisés et l'inadaptation des locaux de certains EHPAD peuvent décourager les chirurgiens-dentistes** à intervenir en institution. En effet, la mise en œuvre de soins bucco-dentaires en EHPAD nécessite de prévoir un local adapté et dédié à cet effet qui soit assez large pour recevoir des fauteuils roulants et mettre à l'aise le résident et le dentiste. De plus, l'exercice de la chirurgie dentaire requiert l'acquisition de matériels et d'équipements spécialisés pour permettre l'intervention du chirurgien-dentiste dans l'EHPAD. Le coût et l'impact financier de tels équipements doivent être prévus par la direction de l'EHPAD dans son budget.

Enfin, **les règles déontologiques et ordinales du corps des chirurgiens-dentistes peuvent tendre à limiter l'intervention des chirurgiens-dentistes en EHPAD**. Les chirurgiens-dentistes avec lesquels je me suis entretenu m'expliquaient que leur corps est soumis aux règles ordinales établies par le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes (COCD). Conformément aux règles ordinales, le chirurgien-dentiste n'a pas le droit de procéder à de l'exercice forain<sup>83</sup>. En d'autres termes il ne peut pas exercer une activité de chirurgie-dentaire en dehors du cabinet dentaire hormis dérogation particulière du COCD. Ainsi, pour chaque intervention d'un chirurgien-dentiste en EHPAD, il faut au préalable que ce dernier obtienne une autorisation dérogatoire du COCD. *« Le problème pour nous n'est pas tant l'obligation d'avoir une dérogation du COCD mais le fait que pour chacune des*

---

<sup>83</sup> Article R4127-274 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes

*interventions en dehors du cabinet il faut demander une autorisation pour l'intervention en question. Ce serait plus facile pour nous, s'il était possible d'obtenir une autorisation unique pour toutes les interventions en EHPAD »<sup>84</sup>.*

### **2.3.3 L'absence d'une véritable politique nationale en faveur de l'accessibilité aux soins bucco-dentaires des personnes âgées**

Il existe des initiatives par les pouvoirs publics en faveur de la santé bucco-dentaire, en témoignent le lancement du **Plan national de prévention bucco-dentaire en 2007** dont les mesures ont été confortées par **loi de santé publique adoptée en décembre 2015** qui réaffirme l'importance de la prévention dans le champ de la santé bucco-dentaire. Cependant, l'ensemble des initiatives des pouvoirs publics en la matière se focalise principalement sur les jeunes et les adolescents. Le Plan national de prévention bucco-dentaire prévoit une consultation dentaire systématique qui est proposée tous les 3 ans aux jeunes et adolescents entre 6 et 13 ans. Chaque consultation bucco-dentaire est prise en charge à 100 % sans avance de frais et cela est aussi valable pour les soins de suivi éventuels (les prothèses dentaires ne sont pas comprises). Ce plan prévoit aussi la mise en œuvre d'action d'information en milieu scolaire et par le biais des médias. Paradoxalement, très peu de mesures ont été développées en faveur des seniors. La plupart des actions menées en faveur de la santé orale des personnes âgées sont d'initiative régionale ou départementale donc très hétérogènes, en fonction des territoires. Il n'existe pas une politique globale de santé bucco-dentaire conjuguant mesures de prévention et d'amélioration de l'accessibilité aux soins prenant en compte de façon égalitaire toutes les tranches d'âge de la population. Ce constat est aussi partagé par le **cour des comptes dans son rapport relatif à la loi de financement de la sécurité sociale sur les soins dentaires en 2010** : *« Une politique globale des soins dentaires fait défaut. Aucune stratégie explicite n'articule l'ensemble des problématiques tant d'accès aux soins dentaires, d'un point de vue financier ou géographique, que de prévention, de recherche, de formation, de stratégie thérapeutique et de hiérarchisation des actes. Cette situation tient en partie à la faiblesse des moyens de la puissance publique dans ce domaine, qu'il s'agisse de la structuration de l'offre de soins, de sa capacité d'expertise ou simplement de sa connaissance du secteur... Les affections bucco-dentaires, outre leurs incidences locales retentissent parfois gravement sur l'état général. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez certains **usagers fragilisés**. Elles peuvent aussi altérer l'alimentation et avoir des conséquences psychologiques et sociales importantes. De ce fait, la question de l'accès aux soins dentaires est importante. Or, aujourd'hui, celui-ci n'apparaît pas garanti pour toute la*

---

<sup>84</sup> Entretien avec un chirurgien-dentiste

*population. Plus généralement, les enjeux sanitaires paraissent insuffisamment affirmés, pour ce qui concerne la prévention ou les contrôles sur la qualité des soins »<sup>85</sup>*

Dans la seconde partie de ce mémoire nous avons pu identifier les principaux freins à une mise en œuvre efficace des soins bucco-dentaires en EHPAD. Nous aborderons dans la dernière partie de cette étude les leviers d'actions et les pistes à explorer pour garantir l'effectivité de la bonne santé orale des personnes âgées institutionnalisées.

---

<sup>85</sup> Cour des comptes, Rapport sur la loi de Financement de la sécurité sociale, volet santé dentaire, 2010



### **3 Les leviers d'action en vue de garantir l'effectivité d'une bonne santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD**

L'effectivité de la bonne santé bucco-dentaire des résidents nécessite inéluctablement d'intégrer la prévention et les soins bucco-dentaires dans le parcours de vie et de soins du résident, de coopérer avec les acteurs territoriaux afin de garantir aux usagers l'accessibilité aux soins bucco-dentaires. Pour autant, la bonne santé bucco-dentaire des résidents ne peut être effective sans le rôle moteur et de fédérateur du directeur d'établissement en la matière.

#### **3.1 Intégrer la prévention et les soins bucco-dentaires dans le parcours de vie et de soins du résident**

##### **3.1.1 Formaliser la prise en charge des soins bucco-dentaires dans l'institution**

La formalisation de cette prise en charge doit s'effectuer tout au long des étapes du parcours de vie du résident au sein de l'EHPAD. Elle se traduit par les actions suivantes :

###### **3.1.1.1 Procéder à un bilan de l'état bucco-dentaire du résident dès l'admission**

Ce bilan peut être réalisé par l'équipe soignante de l'EHPAD, s'il s'avère laborieux de trouver un dentiste. L'objectif est de faire un état des lieux de la situation bucco-dentaire et prothétique du résident. Il s'agira de déterminer le nombre de dents manquantes et présentes, vérifier la présence ou l'absence de prothèses dentaires et le type d'appareillage, évaluer l'état général des muqueuses.

###### **3.1.1.2 Inscrire un volet bucco-dentaire dans le projet de soin de l'EHPAD**

J'ai pu découvrir dans le cadre de ce mémoire, que les projets de soin en EHPAD n'intègrent pas ou alors très rarement les soins bucco-dentaires des résidents. L'effectivité d'une bonne santé bucco-dentaire des résidents accueillis en EHPAD ne peut se concrétiser efficacement sans une reconnaissance de son importance dans le projet de soin. Le rôle du médecin coordonnateur est dans ce cas déterminant.

###### **3.1.1.3 Elaborer des procédures et des protocoles de prise en charge bucco-dentaire adaptés à la typologie des résidents accueillis et s'assurer de leur bonne communication auprès des équipes.**

J'ai observé lors de mes différentes recherches qu'en l'absence de procédures et protocoles formalisés, la prise en charge bucco-dentaire pour un même résident variait au gré des habitudes du soignant effectuant le soin. Ainsi, la formalisation de procédures et de

protocoles permettrait de standardiser les méthodes de prise en charge du résident par les soignants.

#### **3.1.1.4 Adapter les textures alimentaires en fonction de l'état bucco-dentaire du résident**

Il s'avère important de toujours privilégier dans la mesure du possible, une alimentation normale. Cependant, il convient d'adapter les *textures alimentaires (mixées, hachées...)* en fonction de l'état bucco-dentaire du résident. C'est aussi un moyen de prévenir la dénutrition. Le suivi de ces prescriptions peut se faire durant les relèves entre équipes et lors des réexamens des Projets de Vie Personnalisés.

#### **3.1.1.5 Identifier les prothèses dentaires amovibles et adapter le matériel de soins en fonction des besoins des résidents**

La perte de prothèses dentaires étant récurrente en EHPAD, il est indispensable de procéder à l'identification des prothèses dentaires amovibles. Aussi, le matériel utilisé pour la toilette buccale et prothétique doit être adapté en fonction des besoins des résidents. A titre d'exemple, les soins bucco-dentaires des résidents sous anticoagulants doivent être réalisés avec des brosses à dents extrêmement souples afin de prévenir d'éventuels traumatismes et saignements.

#### **3.1.1.6 Tracer les soins bucco-dentaires effectués ainsi que les difficultés rencontrées et faire le point quotidiennement en réunion de transmission**

La traçabilité journalière des soins bucco-dentaires dispensés aux résidents et des difficultés rencontrées est primordiale. Aussi, les réunions de transmission sont sans nul doute un levier d'amélioration des pratiques de soins bucco-dentaires. C'est le lieu idéal pour faire remonter les difficultés rencontrées par les agents dans la mise en œuvre des soins bucco-dentaires au quotidien et l'occasion d'échanger sur les pistes à explorer pour améliorer la prise en charge.

#### **3.1.1.7 Suivre les recommandations de bonnes pratiques instituées par les organismes compétents**

La mise en œuvre des soins bucco-dentaires en EHPAD doit prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques des organismes compétents en la matière afin d'optimiser l'efficacité. Plusieurs organismes ont élaboré des recommandations de bonnes pratiques en matière de santé dentaire : l'Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie (ORIG), le Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN), L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) en partenariat avec le CCLIN

ouest, le Guide de UFSBD 2014, la HAS, l'ANESM notamment sur la dénutrition et l'Association Dentaire de France (ADF).

### **3.1.2 Mettre en place un référent bucco-dentaire au sein de l'EHPAD<sup>86</sup>**

Le rôle de ce référent consisterait à promouvoir les bonnes pratiques de soins bucco-dentaires et l'actualisation des connaissances en la matière auprès du personnel, conseiller les familles et les résidents sur les déterminants d'une bonne santé bucco-dentaire en EHPAD, participer à la formalisation des procédures, participer à la veille documentaire et réglementaire et pour finir, travailler en partenariat avec l'encadrement hiérarchique.

### **3.1.3 Favoriser le repérage et le dépistage<sup>87</sup> précoces des affections dentaires**

Il est particulièrement important de promouvoir des consultations de repérage et de dépistage par des chirurgiens-dentistes pour les usagers de l'EHPAD. Le but étant de dresser un bilan complet de l'état de santé bucco-dentaire et prothétique des résidents, grâce auquel, le personnel soignant et l'équipe encadrante pourront connaître les besoins réels des usagers et dès lors déterminer les actions à mettre en œuvre. Le dépistage et le repérage permettront d'identifier les résidents ayant besoin de soins bucco-dentaires urgents et de prioriser leur prise en charge en tenant compte de leurs besoins et de leur niveau de leur dépendance.

**La Graduation des soins bucco-dentaires des résidents en EHPAD se décline comme suit :**

**1-**Simple vérification quotidienne, **2-**Soins simples à effectuer en cabinet dentaire libéral, **3-** Soins complexes adressés à une structure avec un plateau technique adapté, **4-**Soins réalisés sous anesthésie générale en établissement de santé (hôpital, clinique)

Favoriser le repérage et le dépistage est un élément déterminant pour maintenir la bonne santé bucco-dentaire et une alimentation correcte des résidents au quotidien. Il convient de souligner que la mise en œuvre du repérage et du dépistage en EHPAD exige au préalable **le consentement écrit et signé** du résident, à défaut de la famille ou du tuteur. **Une fiche de dépistage** ou un dossier dentaire retraçant l'évaluation complète de l'état de santé bucco-dentaire des usagers dépistés doit être créé pour faire la liaison entre les différents intervenants. L'évaluation de l'état bucco-dentaire conditionnera aussi **la stratégie alimentaire** adoptée par l'établissement (**texture normale ou modifiée**).

Le repérage et le dépistage intègrent **l'évaluation de la situation prothétique des résidents**. Ils permettront de déterminer le type d'appareillage dont disposent les

---

<sup>86</sup> Entretien IDEC-EHPAD-C + Entretien avec les directeurs + Entretien avec réseau APPOLLINE

<sup>87</sup> Union Française pour les Soins Bucco-Dentaire et AGIRC-ARRCO, enquête sur la santé bucco-dentaire en EHPAD, 2012-2013

résidents : prothèse totale ou partielle, amovible ou fixe. Mais aussi d'estimer, s'il est nécessaire de procéder d'une part, à la réparation ou au rebasage de la prothèse existante d'autre part, à la conception d'une nouvelle prothèse.

### **3.1.4 Promouvoir la formation de l'ensemble des acteurs**

Garantir la bonne santé orale des résidents en EHPAD ne peut s'envisager sans la formation des différents acteurs intervenant auprès des résidents.

**3.1.4.1 Mettre dès la formation initiale un module obligatoire de Gérontologie pour des professionnels de santé susceptibles d'intervenir auprès des personnes âgées<sup>88</sup>:** Les différents professionnels de santé que j'ai interrogés dans le cadre de mes entretiens (AS, ASG, IDE, MEDEC, AMP, Médecin traitant) m'expliquaient que dans leur formation initiale, la notion de prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées était dans la plupart des cas non abordée ou brièvement évoquée. Il faudrait selon eux un cours spécifique et obligatoire sur la prise en charge en odontologie gériatrique en formation initiale. Ce souhait est aussi partagé par l'ensemble des chirurgiens-dentistes que j'ai pu interviewer car en France comme dans la majeure partie des pays du monde, l'enseignement de la gérontologie en faculté d'odontologie n'est pas obligatoire pour les futurs chirurgiens-dentistes dans le cadre de la formation initiale, il n'est qu'optionnel.

### **3.1.4.2 Favoriser la formation continue des professionnels de santé exerçant en EHPAD**

La totalité des professionnels avec lesquelles j'ai pu m'entretenir considère à l'unanimité que s'inscrire dans une logique de formation continue est un élément indispensable pour permettre une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des soins bucco-dentaires en faveur des résidents accueillis en EHPAD.<sup>89</sup> A cet égard, j'ai pu, avec le soutien de l'encadrement et de la direction de l'EHPAD où j'ai effectué mon stage de professionnalisation, mettre en place des sessions de formation pour les agents (avec la collaboration du réseau bucco-dentaire APPOLLINE) sur les bonnes pratiques en soins bucco-dentaires en faveur des personnes âgées. Ces sessions de formation ont été appréciées par l'ensemble du personnel et ont permis une meilleure prise en compte de la santé orale des résidents dans leur pratique professionnelle au quotidien..

Il convient toutefois de prévoir des formations régulières pour pallier le « **turn over** » du personnel. **Exemples d'organisme de formation** : Association SOHDEV (Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité), Association Dentaire de France (ADF), UFSBD, Réseaux bucco-dentaires territoriaux.

<sup>88</sup> Entretien AS-MEDEC-IDE + Entretien Dentiste

<sup>89</sup> Entretien IDEC-MEDEC-IDE-ASG-PSY-Directeur-Dentiste

En outre, les agents ont pu bénéficier conjointement de **la formation « HUMANITUDE »**. En effet, je tiens à souligner l'intérêt d'une telle formation dans l'amélioration des pratiques en soins bucco-dentaires dans les EHPAD. **Cette formation a permis d'adapter les gestes et l'attitude des agents en fonction des pathologies et besoins spécifiques de chaque individu.** A titre d'exemple : choisir l'heure adaptée pour la réalisation du soin, mettre une musique de fond appréciée par le résident pendant le soin, expliquer d'un ton doux et rassurant ce qu'on fait au résident, ne pas se mettre face au résident pour effectuer la toilette buccale mais derrière lui car il pourrait se sentir agressé et pour les résidents qui ont du mal à ouvrir la bouche glisser délicatement une cale. En ce qui concerne les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer qui ont tendance à avaler le dentifrice, réduire la dose de fluor sur la brosse à dents ou utiliser un dentifrice qu'on peut ingérer.<sup>90</sup> La mise en œuvre de ces techniques a contribué à aider les professionnels à mieux faire face aux difficultés de prise en charge des résidents notamment ceux atteints de troubles cognitifs sévères et à améliorer significativement la qualité des soins bucco-dentaires prodigués au sein de l'EHPAD.

### **3.1.5 Recourir si nécessaire à certaines techniques pharmacologiques (MEOPA) pour permettre la réalisation des soins dentaires aux résidents déments**

Chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, il s'avère parfois difficile pour le personnel de réaliser les soins bucco-dentaires du fait des troubles de comportement provoqués par cette pathologie. Une solution possible pourrait être de recourir à la technique de la « **Sédation consciente du résident par inhalation de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA)** ». La sédation est une technique qui consiste à recourir à des moyens, la plupart du temps médicamenteux, pour soulager et apaiser l'utilisateur afin de permettre la réalisation des soins. Elle prend en compte l'environnement et le confort de l'utilisateur pour l'aider à soulager ses douleurs psychologiques et physiques. Elle peut être consciente ou inconsciente. Aussi, le recours à la sédation consciente par inhalation de MEOPA chez les personnes âgées pour effectuer des soins bucco-dentaires apporte des avantages considérables car elle est appropriée et adaptée à la physiologie de la personne âgée. En effet, cette technique est non-évasive, facilement réversible, l'absence significative d'interaction médicamenteuse permet son utilisation chez les résidents faisant l'objet de poly-médication, son innocuité clinique favorise la récurrence des soins. Ainsi, cette technique peut être utilisée largement pour

---

<sup>90</sup> Evaluation de la méthode Gineste-Marescotti adaptée à la santé bucco-dentaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer-Guide AGIRC-ARRCO, 2012-2013

réaliser les soins dentaires des personnes âgées, dans le respect néanmoins de certaines contre-indications (pneumothorax, hypertension intracrânienne, embolie gazeuse...).<sup>91</sup>

### 3.1.6 Sensibiliser les familles et les résidents

Les familles sont en général très peu sensibilisées aux nombreux problèmes que peut générer la mauvaise santé orale des personnes de leur famille institutionnalisées. **Il est important que le personnel de l'EHPAD communique auprès des familles** sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et sur les risques encourus en cas de défaillance. L'information des familles peut se faire par le biais d'entretiens, de réunions familles, des Conseils de vie sociale (CVS), des plateformes internet (site de l'EHPAD, Blog...).

Le personnel ainsi que les familles doivent veiller à **sensibiliser les résidents** notamment ceux autonomes sur l'importance de prendre soin de leur santé orale.

### 3.1.7 Lutter contre les idées reçues

Mes recherches m'ont amené au constat suivant, c'est qu'il existe beaucoup d'idées reçues sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées, les plus fréquentes sont :

- « Trop vieux !!! »,
- « Pas la peine !!! »,
- « Trop cher !!! »,
- « Un mauvais état bucco-dentaire c'est normal à cet âge !!! »
- « Le résident ne veut pas, donc on laisse comme ça !!! »
- « Ça va faire mal !!! »

Si les actions de formation du personnel sont des leviers pour lutter contre ces préjugés. Toutefois, Il convient en sus que l'encadrement de la structure mette en place des programmes d'information et de sensibilisation en direction de l'ensemble des acteurs intervenant au sein de l'EHPAD pour changer progressivement ces fausses représentations sociales.<sup>92</sup>

#### **FOCUS sur démarche de la prévention bucco-dentaire en EUROPE :**

Durant le congrès international d'odontologie gériatrique qui s'est tenu à Paris en juin 2016, il a été relevé que le suivi dentaire et le recours aux soins dentaires préventifs sont relativement importants en Suède, en Allemagne, en Suisse, au Danemark et aux Pays-Bas (Politique plus orientée sur le « **dental CARE** »). En revanche, ils sont faibles en Espagne, en Italie, en France, en Grèce, en Pologne et en Irlande (Politique plus orientée plus sur le « **dental CURE** »). Mettre plus l'accent sur une politique de « **dental CARE** » diminuerait l'apparition d'affections dentaires graves et à long terme, la réduction du coût de la prise en charge pour le système de santé

<sup>91</sup> MAKSOUD R., HOUACHINE F., BORY E., octobre 2009, « Soins dentaires sous MEOPA chez les personnes âgées », Revue Gériatrie tome 34 n°8, pp 671-676

<sup>92</sup> Union Française pour les Soins Bucco-Dentaire et AGIRC-ARRCO, enquête sur la santé bucco-dentaire en EHPAD, 2012-2013

## 3.2 Travailler en coopération avec les partenaires territoriaux afin de garantir l'accès aux soins bucco-dentaires aux résidents

L'effectivité de l'accessibilité aux soins bucco-dentaires ainsi que son suivi pour les résidents ne peuvent s'envisager sans une collaboration étroite avec les partenaires territoriaux. Aussi, mes investigations m'ont permis d'identifier plusieurs leviers de coopérations que les directeurs d'établissement peuvent exploiter pour garantir l'accès aux soins des usagers accueillis en EHPAD.

### 3.2.1 Contractualiser si possible avec un dentiste libéral qui interviendrait directement au sein de l'EHPAD dans un espace dédié à cet effet <sup>93</sup>

L'objectif est d'éviter de déplacer les résidents et de mobiliser du personnel pour accompagner les résidents en cabinet dentaire de ville. Il s'agira *tout d'abord* de rencontrer le ou les chirurgiens-dentistes (s'il y en a) exerçant sur le territoire à proximité de l'EHPAD, les sensibiliser sur les problèmes d'accès aux soins des résidents accueillis en EHPAD. *Ensuite*, pour le ou les chirurgiens-dentistes volontaires, de prévoir dans un cadre conventionnel, les modalités d'intervention au sein de l'EHPAD dans le respect des normes réglementaires et déontologiques (plages horaires, périodicité, moyens alloués...). Cependant le directeur de l'EHPAD devra prévoir une salle au sein de l'EHPAD dédiée aux consultations et soins bucco-dentaires. L'EHPAD devra en accord avec le chirurgien-dentiste, **s'équiper de matériels spécifiques** (Malette de soins bucco-dentaire ambulatoire, fauteuil adapté...). Le directeur quant à lui, devra **prévoir aussi sur son budget l'impact financier résultant de l'acquisition de tels équipements**. Durant mon stage de professionnalisation, avec le soutien de la direction, j'ai pu participer à la mise en œuvre d'un tel dispositif au sein de l'EHPAD. Nous avons pu consacrer une salle à ces services et mettre en place des consultations sur place en faveur des résidents. Toutefois, les contraintes budgétaires et architecturales pesant sur la majorité des EHPAD peuvent représenter un obstacle à la mise en place d'une salle dédiée aux soins bucco-dentaires. Dans ce cas de figure, la mutualisation entre EHPAD peut être recherchée pour trouver un lieu adapté pour l'ensemble des établissements et acquérir par exemple une mallette de soins bucco-dentaires ambulatoire circulant entre établissements.

---

<sup>93</sup> Union Française pour les Soins Bucco-Dentaire et AGIRC-ARRCO, enquête sur la santé bucco-dentaire en EHPAD, 2012-2013

En ce qui concerne plus spécifiquement **la prise en charge des prothèses dentaires en EHPAD**. Il existe des organismes spécialisés dans l'entretien et l'hygiène des prothèses dentaires des résidents accueillis en EHPAD. A l'occasion de mes recherches, j'ai pu rencontrer le responsable de la société « **CONCEPTYS** » qui réalise sur place le nettoyage, le polissage, la décontamination, le détartrage et l'identification des prothèses dentaires des résidents. Un tel dispositif comporte des avantages pour l'établissement et ses résidents, car l'intervention des professionnels de la société s'effectue sur site. Un bilan prothétique complet est transmis aux résidents concernés et au personnel soignant de l'EHPAD. Le périmètre d'intervention de la société couvre l'ensemble du territoire national et les coûts financiers peuvent en général être supportés par les EHPAD. L'EHPAD dans lequel j'ai effectué mon stage de professionnalisation a eu recours à cette société pour l'entretien et le suivi des prothèses dentaires des résidents mais aussi l'entretien de leurs paires de lunettes et leurs appareils auditifs.

### 3.2.2 Collaborer dans la mesure du possible avec un réseau bucco-dentaire

Une des solutions à la disposition du Directeur pour garantir aux résidents l'accès aux soins bucco-dentaires, pourrait être (s'il existe) de travailler en partenariat avec un réseau bucco-dentaire sur le territoire. Le réseau de soins est destiné à coordonner la formation, le dépistage, la prise en charge précoce, le traitement et les actions de prévention des affections bucco-dentaires en faveur des personnes vulnérables. L'EHPAD dans lequel j'ai effectué mon stage de professionnalisation travaille en collaboration avec **les professionnels du réseau bucco-dentaire APPOLLINE, de ce fait**, j'ai eu l'opportunité d'échanger sur les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires que connaît le public institutionnalisé en EHPAD.

#### **L'exemple du réseau bucco-dentaire APPOLLINE :**

*Ce réseau situé dans le département de l'Essonne (91) travaille en partenariat avec le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ARS Ile-de-France, l'Hôpital Privé Gériatrique des Magnolias et plusieurs établissements médico-sociaux du département. Opérationnel depuis 2009, les missions de ce réseau s'orientent principalement vers des actions de **prévention primaire** (sensibilisation des différents acteurs sur l'importance de préserver la bonne santé orale des publics fragilisés), des actions de **prévention secondaire** (le dépistage, la formation des aidants qui accompagnent les personnes vulnérables institutionnalisées ou à domicile) et des actions de **prévention tertiaire** (éducation thérapeutique). En Parallèle, le réseau réalise des bilans bucco-dentaires des personnes fragiles soit à domicile ou en institution aux fins d'une orientation vers les*

*structures de soin adaptées : cabinets libéraux ou centres hospitaliers. J'ai pu dans le cadre de mon stage de professionnalisation et avec l'appui de la Direction et de l'encadrement de l'EHPAD, mettre en place des sessions de formation et de dépistage au sein de l'EHPAD réalisés par les professionnels du réseau APPOLLINE. Le partenariat avec le réseau APPOLLINE a permis à l'équipe soignante d'améliorer ses pratiques professionnelles et de mieux adapter la réponse pour les besoins en soins bucco-dentaires des résidents.*

### **3.2.3 Recourir si nécessaire à des services bucco-dentaires spécialisés**

Beaucoup de chirurgiens-dentistes ne sont pas enclin à intervenir en EHPAD car ils ne disposent pas du matériel et de l'équipement adéquats pour effectuer leur soin dans des conditions optimales. Parallèlement, certains EHPAD n'ont pas le financement nécessaire pour acquérir des équipements spécialisés pour les soins bucco-dentaires. Une des réponses possibles pourrait être de recourir à des services spécialisés dans le domaine bucco-dentaire qui pourraient apporter, à chaque intervention du chirurgien-dentiste au sein de l'EHPAD, toute la logistique dont ce dernier aurait besoin. A cet effet, lors de mes recherches, j'ai découvert une société qui réalise ce type de service, la société INCISIV.

#### **L'exemple de la société INCISIV :**

*« Cette société propose des soins dentaires à domicile ou en EHPAD. Son action s'oriente vers les personnes dont l'âge ou la pathologie empêche tout déplacement normal au cabinet dentaire. L'association dispose d'équipement miniaturisé et transportable permettant de reconstituer sur place un cabinet dentaire complet. L'ensemble des soins dentaires peuvent être réalisés : détartrage, dévitalisations, couronnes, extractions dentaires, réparations et réajustement des prothèses dentaires. La société dispose d'un équipement radiologique permettant d'obtenir un diagnostic plus précis. Cette société travaille en partenariat avec des chirurgiens-dentistes qualifiés de « Solidaires », c'est-à-dire qui acceptent de venir exercer en EHPAD dans le respect des règles déontologiques. Le rôle de la société sera d'apporter sur place toute la logistique (1 camion avec tout l'équipement d'un cabinet dentaire, 1 assistant dentaire et 1 assistant administratif) pour permettre au dentiste « solidaire » d'intervenir sur place dans les meilleures conditions. Les honoraires sont facturés par le chirurgien-dentiste et comme en cabinet sont pris en charge par la Sécurité Sociale et la mutuelle. Les frais financiers relatifs à la logistique sont pris en charge par le résident (environ 85 euros). Le périmètre d'intervention de cette société se situe essentiellement sur Paris et l'Île-de-France mais ce concept gagnerait à s'étendre sur tout le territoire car la demande en soins bucco-dentaires pour les résidents en EHPAD est importante. »<sup>94</sup>*

<sup>94</sup> Documents fournis par la société INCISIV

### **3.2.4 Etablir un partenariat avec un hôpital gériatrique dispensant des soins géro-dentologiques**

Si l'EHPAD ne trouve pas de chirurgiens-dentistes pour intervenir sur place. Il convient de vérifier si le territoire où est implanté l'EHPAD, dispose d'un hôpital gériatrique dispensant des soins géro-dentologiques à proximité. Ainsi, une solution pourrait être de contractualiser avec cet hôpital afin de réserver des plages horaires pour des consultations et soins bucco-dentaires. Il faut dans ce cas de figure prévoir l'accompagnement des résidents notamment ceux faisant l'objet de syndrome démentiel, par un membre de sa famille ou un membre du personnel à l'hôpital gériatrique. L'avantage des structures gériatriques, c'est que la prise en charge et l'architecture des locaux sont adaptées à la population âgée. Toutefois, la difficulté pratique réside dans le fait que le nombre de ces structures (quand elles existent) sur un territoire est loin d'être pléthorique. Ainsi les rendez-vous de consultation peuvent être dans certains cas très longs. L'EHPAD dans lequel j'ai réalisé mon stage de professionnalisation a conclu une convention avec un hôpital gériatrique dispensant des soins d'odontologie gériatrique<sup>95</sup>. Ce dispositif permet de prendre en charge les résidents nécessitant des soins bucco-dentaires urgents, de bénéficier des conseils et de l'expertise de professionnels habitués à prendre en charge le type de population accueillie en EHPAD

### **3.2.5 Recourir si possible à une unité mobile de soins bucco-dentaires (bucco-bus)**

Le concept du bucco-bus peut être comparé à celui d'une unité mobile de soins bucco-dentaires. Il a pour avantage de pouvoir être installé à proximité de l'EHPAD. C'est un réel confort pour les résidents car ils n'ont pas besoin d'être longuement mobilisés et ils demeurent dans un environnement qui leur est familier. En outre, le chirurgien-dentiste peut échanger plus facilement avec le personnel exerçant dans l'EHPAD et les aidants pour obtenir des informations nécessaires pour la prise en charge des résidents. Grâce à ce type de dispositif les résidents restent en contact avec des personnes connues, ce qui tendra à favoriser de meilleures conditions médicales et psychologiques pour la réalisation des soins bucco-dentaires. Bien que les avantages d'un tel dispositif pour les résidents soient tangibles, on y trouve néanmoins une limite. Elle réside dans son coût d'acquisition non négligeable. Il faut compter en moyenne 200 000 à 300 000 euros pour l'acquisition d'un bucco-bus. L'appui financier des autorités de tarifications et autres financeurs est indispensable pour instaurer un tel dispositif. Il est donc plus efficient qu'il soit envisagé sur un échelon territorial.

---

<sup>95</sup> Hôpital privé gériatrique des Magnolias

### **L'exemple d'un Bucco-bus déployé en Haute-Normandie**

L'association RG2 a mis en place avec le soutien de l'ARS de Haute-Normandie et la Mutualité Française Seine-Maritime un bucco-bus. Ce camion est équipé d'une unité mobile qui propose aux résidents des EHPAD des soins bucco-dentaires sur site. Depuis janvier 2013, le bucco-bus se rend auprès de plusieurs EHPAD de la rive gauche de Rouen.

### **3.2.6 Conventionner avec un centre hospitalier disposant d'un centre bucco-dentaire**

Afin de garantir l'accès aux soins bucco-dentaires des résidents institutionnalisés, une piste à exploiter serait de favoriser le développement de centres bucco-dentaires dans les centres hospitaliers (CH) sur la base des besoins recensés sur les territoires. Ainsi, les CH dotés d'un centre bucco-dentaire pourraient contractualiser avec les EHPAD du territoire pour réaliser les soins bucco-dentaires de leurs résidents.

### **L'exemple novateur du centre bucco-dentaire du CH de Janzé**

Le CH de JANZE a réalisé dans ses locaux un centre bucco-dentaire après avoir répondu à un appel à projets lancé par l'ARS Bretagne en novembre 2013 sur la prise en charge odontologique des personnes en grande dépendance. La mission principale du centre bucco-dentaire est de favoriser l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en grande dépendance hébergées en structure et d'adapter la prise en charge pour les personnes vulnérables. Aussi, Le centre bucco-dentaire réalise un bilan bucco-dentaire à chaque admission en structure, dispense des soins et des traitements prothétiques adaptés, répond aux urgences signalées. Les professionnels qui y exercent ont été formés aux techniques de prise en soin de la personne âgée (formation Humanitude, connaissances des pathologies type Alzheimer) et de la personne en situation de handicap (formation Emmi Pickler). Les locaux sont spacieux et accessibles aux personnes en fauteuil roulant. Le transport étant identifié comme principal frein à l'accès aux soins, il est organisé par le CH de Janzé. C'est un transport spécial, on vient chercher et ramener les résidents dans chaque EHPAD ou structure médico-sociale. Le CH de JANZE assure les soins et le suivi bucco-dentaires de résidents de plus d'une vingtaine de structures médico-sociales du département de l'Ille et Vilaine. Cette initiative innovante portée par le CH de Janzé a reçu le prix de la fondation Médéric Alzheimer et celui de la Fédération Hospitalière de France.

### 3.2.7 Développer la télé-odontologie dans les EHPAD situés en zones isolées.

Les EHPAD isolés géographiquement qui connaissent de grandes difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires peuvent se doter de l'outil de télé-médecine et développer la télé-odontologie ou télé-dentisterie. La télé dentisterie consiste à permettre à un chirurgien-dentiste d'un centre hospitalier ou libéral de lire et analyser à distance des images ou des vidéos, enregistrées par un agent qualifié de l'établissement à l'aide d'une caméra numérique endo-buccale. L'établissement pourra ainsi bénéficier d'une télé-expertise (téléconsultation, télédiagnostic, télé-conseil) ce qui permettra l'optimisation de la prise en charge bucco-dentaire du résident.

#### ***L'exemple du projet e-DENT dans la région Languedoc-Roussillon***

*« Le but du projet « e-DENT » est de proposer une consultation à distance aux résidents de structures médico-sociales. L'Agence Régionale de Santé (ARS) a financé ce projet à hauteur de 110 000 €. Ainsi, le centre dentaire du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Montpellier a pu investir dans l'acquisition de 5 caméras « endo-buccales » qui utilisent la lumière fluorescente pour mettre en évidence les lésions carieuses et les inflammations gingivales. Le système comprend également un ordinateur portable, un logiciel informatique, une transmission sécurisée et un serveur agréé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP) pour le stockage des données. La caméra, reliée à l'ordinateur, permet une vision des images en direct par le professionnel de santé réalisant l'acte (par exemple un infirmier formé à cette technique au sein d'un EHPAD) et leur enregistrement. Le logiciel permet alors de réaliser le schéma dentaire du résident et de préparer la téléconsultation qui sera réalisée par le chirurgien-dentiste. La transmission vers le serveur se fait de manière instantanée afin qu'aucune donnée ne soit stockée sur l'ordinateur. La confidentialité des informations médicales est ainsi totalement préservée. Une fois les images transmises, le chirurgien-dentiste pourra se connecter au serveur sécurisé afin de prendre connaissance des clichés, des vidéos et des données relevées par le professionnel de santé auprès du patient. Ces informations lui permettront de réaliser une véritable consultation à distance et de décider si ce patient doit se rendre ou non dans un cabinet dentaire afin d'y recevoir des soins ».*<sup>96</sup>

<sup>96</sup> <http://www.reseau-chu.org/article/telemedecine-e-dent-une-consultation-a-distance-pour-une-egalite-de-soin/>

### **3.2.8 Contribuer à faire reconnaître par les pouvoirs publics, la santé orale des personnes âgées comme un enjeu national de santé publique**

Afin de garantir efficacement et de manière pérenne aux séniors, l'accès aux soins bucco-dentaires aux séniors, il est nécessaire que ce problème soit reconnu comme étant un enjeu national de santé publique. Cette reconnaissance permettrait de mettre en place un véritable plan global de prise en charge en faveur de la santé orale des personnes âgées qui comporterait des actions de prévention, d'accès et de suivi des soins bucco-dentaires. Une telle démarche permettrait d'homogénéiser les actions de promotion de la santé orale sur tout le territoire. Elle pourrait contribuer à l'extension des prestations et des actes remboursés par la sécurité sociale pour les personnes âgées et de développer une logique de parcours de soins bucco-dentaires sans ruptures pour les usagers âgés par une meilleure coordination des acteurs territoriaux et locaux.

### **3.3 Le Directeur d'établissement : un acteur déterminant pour l'impulsion d'actions en faveur de la bonne santé orale des résidents**

#### **3.3.1 Le Directeur Garant de la qualité de vie des résidents au sein de l'institution**

Nous avons vu dans la première partie de ce mémoire que la mauvaise santé bucco-dentaire a un impact néfaste sur la dimension physique, mentale et sociale des résidents accueillis en EHPAD mettant à mal leur qualité de vie dans l'institution. Le directeur d'établissement en tant que garant de la qualité de vie des usagers a un rôle clé dans la mise en œuvre d'une politique favorisant l'effectivité de la bonne santé bucco-dentaire, au sein de son établissement. Aussi, *il s'avère indispensable pour le Directeur* :

##### **3.3.1.1 D'intégrer la santé bucco-dentaire dans le projet d'établissement**

La bonne santé orale des résidents ne pourra être effective sans la reconnaissance et l'inscription de son importance dans le projet d'établissement. Elle sous-tend au préalable que le directeur soit lui-même sensibilisé par les risques qu'induit une santé orale dégradée pour les résidents, le personnel et l'établissement. Il ne peut y avoir d'implication réelle du personnel et de l'équipe encadrante sans une implication totale du directeur. Le rôle d'impulsion de la direction est donc une condition sine qua non pour le succès d'une telle démarche dans l'établissement.

##### **3.3.1.2 De s'assurer que la santé orale soit prise en compte dans le projet de vie personnalisé du résident**

Chaque résident fait l'objet d'un état bucco-dentaire particulier et une situation orale qui lui est propre. La loi de janvier 2002-2 prévoit l'individualisation de la prise en charge du

résident. Cette notion d'individualisation ne peut se concevoir sans une prise en compte des spécificités bucco-dento-prothétiques inhérentes à chaque résident et ne peut s'envisager sans une personnalisation de la prise en charge des soins bucco-dentaires. Toutefois, le volet bucco-dentaire est trop souvent occulté lors de l'élaboration des projets de vie individualisés. Le rôle d'impulsion du directeur en la matière est donc central.

### 3.3.1.3 De fédérer l'ensemble des agents de l'EHPAD sur l'importance des soins bucco-dentaires et s'assurer du respect des bonnes pratiques professionnelles en la matière

Il ne s'agit pas pour le directeur de fédérer uniquement l'équipe soignante, même si c'est elle qui prodigue aux résidents les soins dentaires au quotidien. L'impact multidimensionnel d'une mauvaise santé orale notamment les conséquences psychosociales impliquent pour le directeur de **fédérer à la fois l'équipe soignante, socio-éducative, administrative et technique** sur ce problème. **Le directeur doit aussi s'assurer de la mise en œuvre effective par les professionnels des procédures et protocoles formalisés.** Trop souvent, les actes d'hygiène bucco-dentaires sont négligés par les soignants car ils savent que l'équipe encadrante ne vérifie pas leur réalisation effective au quotidien.

### 3.3.1.4 D'inscrire son établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des soins bucco-dentaires

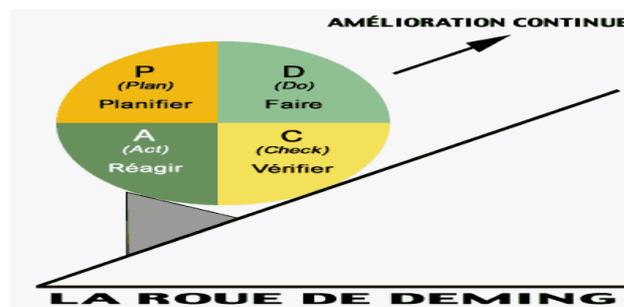
Pour garantir la réussite d'une démarche d'amélioration continue dans la prise en charge des soins bucco-dentaires, le directeur doit suivre les 4 étapes de la « **ROUE de DEMING** » :

1-**PLAN** : Dire ce que l'on va faire en définissant les objectifs, les missions et comment les atteindre

2-**DO** : Faire ce que l'on a dit c'est-à-dire exécuter les actions préalablement définies

3-**CHECK** : Vérifier ce que l'on a fait en d'autres termes vérifier et mesurer les résultats obtenus

4-**ACT** : Faire mieux en mettant en place les actions correctives



Aussi, dans le processus qualité, le directeur ne devra pas omettre de bien inscrire les risques liés aux mauvais états bucco-dentaires des résidents ainsi que les actions à mener pour les maîtriser ou les réduire dans certains documents qualifiés que sont : Le rapport d'Evaluation Interne (EI)<sup>97</sup>, le Document d'Analyse des Risques Infectieux (DARI) et les Fiches de Signalement d'Evènements Indésirables (FSEI). La mauvaise santé orale des usagers pouvant avoir des effets néfastes sur les résidents, le personnel de l'établissement, et le directeur devront s'associer et co-construire la démarche qualité en faveur de la santé orale des résidents avec l'ensemble des instances (Conseil de Vie Sociale (CVS), Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT), Comité Technique d'Etablissement (CTE).

### **3.3.2 Le directeur, un rôle moteur et fédérateur auprès des acteurs territoriaux**

Pour améliorer significativement la santé orale des résidents accueillis en EHPAD le directeur ne doit pas réduire son action aux limites de son établissement mais développer une vision stratégique territoriale en la matière. Ainsi le directeur devra :

#### **3.3.2.1 Sensibiliser et associer les autorités de tarification à l'enjeu que représente le maintien d'une bonne santé orale des résidents**

Les conséquences liées à une mauvaise hygiène bucco-dentaire des résidents peuvent se traduire comme nous l'avons explicité dans la première partie de ce mémoire, par une aggravation de leur état de santé et de leur degré de dépendance. Une telle situation peut aboutir à une revalorisation significative des ressources financières allouées par les autorités de tarification (Agence Régionale Santé (ARS) et Conseil Départemental (CD). Or, dans un contexte contraint des finances publiques et de rationalisation des dépenses, directeurs d'établissement et autorités de tarification ont intérêt à collaborer ensemble dans la promotion d'actions proactives en la matière et en soutenant financièrement les démarches préventives (bilan d'entrée, formation du personnel, accès aux soins dentaires), lesquelles se traduiront à long terme par une meilleure santé générale des résidents et une réduction des coûts financiers pour les établissements et les autorités de tarification. *A titre d'exemple dans le département de l'Essonne, le travail partenarial entre l'ARS, le Conseil départemental, les directeurs d'établissement et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) donne aujourd'hui à toute personne âgée admise en EHPAD la possibilité de bénéficier d'un bilan d'entrée bucco-dentaire financé par l'assurance maladie.*

---

<sup>97</sup> - L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, RBPP-ANESM-2012

### 3.3.2.2 Travailler en partenariat dans le cadre de groupement de coopération

Les dispositifs de coopération que sont les Groupement de Coopération Social et Médico-Social (**GCSMS**), Groupement de Coopération Sanitaire (**GCS**) et Groupement Hospitalier de Territoire (**GHT**) peuvent aider le directeur d'EHPAD dans la prise en charge et l'accessibilité aux soins bucco-dentaires des résidents. Cette facilitation s'explique par la mutualisation possible, dans le cadre de la coopération, des moyens financiers, matériels, humains, organisationnels. Ainsi, le directeur pourrait optimiser l'efficacité de la prise en charge bucco-dentaire des résidents et diminuer les coûts s'y rattachant. A titre d'illustration, un EHPAD participant à un GHT, pourrait bénéficier des compétences et de l'expertise du pôle d'odontostomatologie du Centre Hospitalier Support. De plus, le directeur pourrait contribuer à intégrer dans le **projet médical partagé** l'offre de soins bucco-dentaires en faveur des résidents de l'EHPAD. C'est le cas du GHT haute Bretagne qui a associé dans l'élaboration de son projet médical partagé des structures médico-sociales et notamment des EHPAD. « Associer les structures médico-sociales au projet médical partagé est un moyen de répondre à l'enjeu d'une organisation territoriale coordonnée de l'offre de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, et créer une véritable dynamique organisationnelle permettant d'assurer une prise en charge graduée et de qualité aux patients ou résidents âgés sur le territoire. »<sup>98</sup>

### 3.3.2.3 Coopérer avec le pilote MAIA sur le territoire

Pour la gestion des cas complexes, le directeur peut collaborer avec le gestionnaire de cas MAIA (MAIA : *Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*) afin de coordonner les actions de soins bucco-dentaires en faveur des résidents entre les différents professionnels sur le territoire.

### 3.3.3 Le Directeur garant du respect de la réglementation relative aux actes de soins bucco-dentaires

Effectuer un acte de soin bucco-dentaire pour un résident n'est pas de la compétence de tous les agents exerçant en EHPAD. Les corps professionnels compétents pour effectuer de tels actes sont expressément prévus par les dispositifs réglementaires. Aussi, Il est de la responsabilité du Directeur de s'assurer de la compétence légale des agents réalisant les soins bucco-dentaires des résidents.

Les articles R. 4311-1 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP) disposent que : « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à caractère sanitaire, social ou médico-

---

<sup>98</sup> Direction de la communication du CHRU de Rennes : dossier de presse sur la création du GHT Haute Bretagne, juillet 2016

*social, l'infirmier ou l'infirmière (IDE) peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignantes (AS), d'auxiliaires de puéricultrice ou d'aides médico-psychologique (AMP) 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, en vertu de cet article, le directeur doit s'assurer que certains corps de métiers tels que les agents de services hôteliers (ASH), ne réalisent pas d'actes de soins bucco-dentaires pour les résidents (comme cela peut se produire dans la pratique) car ils sont incompétents juridiquement. Un agent non qualifié réalisant des soins bucco-dentaires pour des personnes vulnérables peut aggraver la santé orale de cette population. Le directeur de ce fait se doit d'être particulièrement vigilant quant au respect scrupuleux de la réglementation dans ce domaine.

Les activités pouvant être prodiguées en EHPAD par certains personnels (IDE, AS, AMP, ASG) dans le cadre de l'hygiène bucco-dentaire se déclinent comme suit : Aider à l'hygiène bucco-dentaire, aider au brossage des dents, faire un soin de bouche, vérifier que la bouche soit 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 en place.

En revanche, d'autres actes relèvent de la compétence exclusive du chirurgien-dentiste. Conformément à l'article L.4141-1 du CSP : « *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* ».

En outre, l'Article R4127-274 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes prévoit que : « *L'exercice habituel de l'art dentaire hors d'une installation professionnelle fixe conforme aux dispositions définies par le présent code de déontologie est interdit. Toutefois, des dérogations peuvent être accordées dans l'intérêt de la santé publique par les conseils départementaux, notamment pour répondre à des actions de prévention, à des besoins d'urgence, ou encore à des besoins permanents de soins à domicile. Les conseils départementaux, en liaison avec les autorités compétentes, vérifient la conformité de ces interventions avec les principes généraux du présent code de déontologie.* » Conformément au code de déontologie les chirurgiens-dentistes ne peuvent intervenir au sein d'un d'EHPAD que sur dérogation du Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CDOCD). Le directeur doit s'assurer lors des interventions des chirurgiens-dentistes en EHPAD que ces derniers disposent bien d'une dérogation du CDOCD.

Aussi, **le médecin traitant et le médecin coordonnateur** ne sont pas des odontologistes<sup>99</sup>. En cas d'affections bucco-dentaires, leur rôle sera principalement d'orienter l'utilisateur vers un chirurgien-dentiste. Ils peuvent toutefois en cas d'infection et douleur, prescrire des traitements médicamenteux antalgiques ou antibiotiques<sup>100</sup>.

---

<sup>99</sup> Entretien avec médecins coordonnateurs et Entretien avec médecins traitants

<sup>100</sup> Article L-162-2-Code de la sécurité sociale et Article D-312-158 du Code de l'action sociale et des familles

## Conclusion

La mauvaise santé bucco-dentaire des résidents accueillis en EHPAD est préoccupante. L'état bucco-dentaire et prothétique des personnes âgées institutionnalisées est très souvent dégradé. Cette situation tend à avoir des effets délétères sur leur santé physique, psychique et sociale et a pour corollaire l'altération de leur qualité de vie. En outre, le mauvais état bucco-dentaire des résidents a des répercussions néfastes sur l'institution tant dans son organisation que son fonctionnement, mais aussi des conséquences préjudiciables sur le système de santé par l'inflation des dépenses santé qu'il génère.

Aussi, Le directeur établissement en tant que garant de la qualité de vie des résidents et en tant qu'acteur de santé publique doit contribuer, par son impulsion au sein de son institution et sa collaboration avec les partenaires territoriaux, à promouvoir les actions favorisant l'effectivité de la bonne santé orale des personnes âgées institutionnalisées.

Toutefois, au-delà du rôle déterminant du directeur d'établissement en la matière, Il importe que la santé orale des seniors institutionnalisés ou à domicile soit mieux prise en compte par notre système de santé, qu'elle soit reconnue par les pouvoirs publics comme un enjeu national majeur de santé publique.

Pour autant, il convient de souligner qu'aux problèmes bucco-dentaires particuliers dont font l'objet les résidents en EHPAD s'ajoutent des problèmes plus généraux de déficiences sensorielles (oculaires, auditifs...). Ainsi, il semble indispensable de définir et de mettre en œuvre un plan national de promotion de la santé et de prise en charge des soins en faveur des seniors prenant en compte de manière globale l'ensemble des problèmes touchant la personne âgée.



---

## Sources et Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016. [visité le 15 juillet 2016], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Journal officiel, n° 0301 du 29 décembre 2015. [visité le 20 juillet 2016], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, janvier 2002 [en ligne]. Journal officiel, du 3 janvier 2002. [visité le 28 juillet 2016], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Article D-312-158 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)
- Article L-162-2-Code de la sécurité sociale (CSS)
- Article R. 4127-274 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes
- Articles R. 4311-1 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP)
- Article L. 4141-1 du Code de la Santé Publique (CSP)

### Ouvrages

- FERRY L., janvier 2014, La naissance de l'esthétique et la question des critères du beau, 1<sup>e</sup> édition, Le figaro éditions, 94 p.
- RAS P., février 2013, Estime de soi, confiance en soi, amour de soi : Les trois piliers du succès, 1<sup>e</sup> édition, Jouvence éditions, 95 p.
- FISCHER GN., 2015, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, 5<sup>e</sup> édition, Dunod, 336 p.

### Articles (de périodiques)

- VEILLE-FINET A., FOLLIGUET M., RADOI L., DUPUIS V., janvier 2016, « Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances », Revue de Gériatrie, tome 41, n°1, pp. 3-17
- BERTRAND MF., MACQUERON N., BALARD P., mai 2015, « Hiérarchiser les facteurs de risque de la dégradation de la santé orale des personnes âgées dépendantes en EHPAD », Revue de Gériatrie, tome 40, n°5, pp. 261-271
- MAKSOUUD R., HOUACHINE F., BORY E., octobre 2009, « Soins dentaires sous MEOPA chez les personnes âgées », Revue Gériatrie tome 34 n°8, pp 671-676

- BERNARD MF., février 2003, « réalisation des soins de bouche », Revue professionnelle des cadres de santé, n °113, pp. 22-30

#### **-Etudes**

- Factors related to aspiration in old adults requiring long-term care-Sakai K-2016 ;43 :103-10
- Treatment of periodontal disease for glycaemic control-Simon TC-cochrane database syst rev 2015; 11: Cd004714
- Periodontitis in the development of nosocomial pneumonia-Gomes-Filho IS-J Periodontol 2014; 58 :771-82
- Association between oral hygiene and head and neck cancer-Chang JS-Oral oncol 2013; 49 :1010-7
- Association between tooth loss and orodigestive cancer-Takata Y-BMC Public Health-2013; 13 :814
- Tooth risk for stroke in Korean population-Choe H-Kim YH-2009 ;203 :550-6
- Associations between chronic periodontitis and coronary disease-Dietrich T-2008 ;117 :1668-74
- Preventing pneumonia in dentate elderly-Abe S-Gerontol Geriatr 2006; 43 :53-64
- The effect of periodontal health on metabolic control in diabetes mellitus-Kiran M- 2005; 32 :266-72

#### **Rapports, enquêtes**

- INSEE Première n° 142, Bilan démographique 2013, janvier 2014, disponible sur le site [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- INPES, baromètre santé, 2014, disponible sur le site [www.inpes.santepubliquefrance.fr](http://www.inpes.santepubliquefrance.fr)
- ARS Aquitaine, Santé bucco-dentaire en EHPAD sur la santé bucco-dentaire des résidents des EHPAD : Etat des lieux des pratiques, 2014
- Enquête Eurostat, Communiqué de presse n°173/2013, novembre 2013
- UFSBD, Rapport des français à leur dentiste et accès aux soins bucco-dentaires, 2013
- Union Française pour les Soins Bucco-Dentaire et AGIRC-ARRCO, enquête sur la santé bucco-dentaire en EHPAD, 2012- 2013
- ANESM, Recommandation des bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD volet 4, 2012
- ANESM, Recommandation des bonnes pratiques professionnelles, l'évaluation interne repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 2012
- Cour des comptes, Rapport sur la loi de Financement de la sécurité sociale, volet santé Dentaire, 2010

- INSEE Première n°1320, Projection de population à l'horizon 2060, octobre 2010, disponible sur le site [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- HAS, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, avril 2007 disponible sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- INSEE, Bulletin d'information en économie de la santé, N° 123 -Allonier C-juin 2007
- Guide AGIRC-ARRCO, Evaluation de La méthode Gineste-Marescotti adaptée à la santé bucco-dentaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, 2014
- DGS, Rapport sur la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, FOLLIGUET M., Mai 2006
- OMS, Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, 2003
- DRESS, pathologies rencontrées par les résidents en établissement, FOLLIGUET M., 2003

### **Thèses et mémoires**

- SIMON M., 2011-2012, Lutter contre la dénutrition des personnes âgées : L'exemple du Pôle de gérontologie clinique du CHU de NANTES, Mémoire DESSMS : EHESP, 53 p

### **Conférences**

- Association internationale de gérontologie, 13<sup>e</sup> Congrès internationale sur l'odontologie Gériatrique, 3-4 juin 2016, Paris
- Faculté d'odontologie Paris-Descartes, 13<sup>e</sup> Journée de santé publique dentaire-personnes âgées, 7 novembre 2013, Montrouge, Philippe 2014, 73 p

### **Documents, guides, Programmes**

- Ministère de la santé, PNNS 3, Programme national nutrition santé 2011-2015
- DGS, Programme MT dent de l'assurance maladie plan nationale de prévention bucco-dentaire 2006-2010
- HAS, Stratégies de prévention de la carie dentaire synthèse et recommandation, mars 2010

### **Sites Internet**

- <http://www.reseau-chu.org/article/telemedecine-e-dent-une-consultation-a-distance-pour-une-egalite-de-soin/>



---

## **Liste des annexes**

---

**Annexe 1 : Questionnaire pour les résidents**

**Annexe 2 : Questionnaire pour le personnel**

**Annexe 3 : Questionnaire pour les familles**

**Annexe 4 : Guide d'entretien pour le personnel et guide d'entretien pour les résidents**

**Annexe 5 : Guide d'entretien pour les directeurs et pour les chirurgiens-dentistes**

**Annexe 6 : Liste des personnes reçues en entretien**

**Annexe 7 : Exemple de convention entre chirurgiens-dentistes et EHPAD**



## Annexe 1 : Questionnaire pour les résidents

	Oui	Non	Parfois	Ne sait pas
1-Est-ce que pour vous la toilette buccale fait partie de l'hygiène corporelle ?				
2-Considérez-vous la bouche comme une zone intime ?				
3-Est-ce que pour vous la carie est une maladie ?				
4-Est-ce normal de perdre ses dents lorsqu'on est vieux ?				
5-Peut-on mourir d'une carie ?				
6-Selon vous est-ce grave d'avoir une mauvaise hygiène ?				
7-Avez-vous peur quand on met les doigts dans votre bouche pour vous faire un soin bucco-dentaire ?				
8-Avez-vous du mal à manger des aliments durs (pain, pomme) à cause de problèmes bucco-dentaires ou prothétiques ?				
9-Préférez-vous vous brosser les dents vous-même ou qu'un agent ou un membre de votre famille le fasse pour vous ?				
10-Avez-vous peur qu'on vous blesse quand on vous enlève votre prothèse ?				
11-Est-ce important pour vous de vous brosser les dents tous les jours ?				
12-Êtes-vous satisfait des soins bucco-dentaires et prothétiques dispensés par le personnel soignant de l'EHPAD ?				
13-Est-ce facile de trouver un dentiste en cas de nécessité de soins dentaires ou prothétiques ?				
14-Avez-vous eu l'occasion d'aller en cabinet dentaire pour un soin ?				
15-La prise en charge en cabinet dentaire était-elle adaptée ?				
16-Est-ce que votre famille vous accompagne systématiquement en cas de déplacement vers un cabinet dentaire ?				
16-Pensez-vous qu'il soit plus avantageux que le dentiste se déplace vers L'EHPAD au lieu que n'avez à vous déplacer vers un cabinet dentaire ?				



## Annexe 2 : Questionnaire pour le personnel

Questionnaire pour le personnel	Oui	Non	Parfois	Ne sait pas
1-Est-ce que pour vous la toilette buccale fait partie de l'hygiène corporelle ?				
2-Considérez-vous la bouche comme une zone intime ?				
3-Eprouvez-vous des difficultés à réaliser la toilette buccale pour un résident porteur de prothèses dentaires ?				
4-Avez-vous peur de blesser le résident en enlevant ses prothèses ?				
5-Faut-il arrêter le brossage quand les gencives saignent ?				
6-Est-ce normal de perdre ses dents quand on est vieux ?				
7-Eprouvez-vous des difficultés à réaliser la toilette buccale pour un patient ayant ses dents naturelles ?				
8-Est-ce que pour vous la carie est une maladie ?				
9-Peut-on mourir d'une carie ?				
10-Selon vous est-ce grave d'avoir une mauvaise hygiène bucco-dentaire ?				
11-Ressentez-vous du dégoût lors de la réalisation de la toilette buccale ?				
12-Avez-vous peur de mettre les doigts dans la bouche d'un résident ?				
13-Si le résident évite de manger des aliments durs (pain, pomme...), pensez-vous d'emblée à un problème bucco-dentaire ?				
14-Faut-il laisser tremper une prothèse dentaire toute la nuit dans de l'eau pour la nettoyer ?				
15-y-a-t-il une différence entre soin et hygiène bucco-dentaire ?				
16-Quels sont les problèmes dentaires les plus fréquemment rencontrés par les résidents accueillis en EHPAD ?				
17-La toilette bucco-dento-prothétique des résidents est-elle quotidiennement réalisée par le personnel soignant ?				
18-Est-ce que le projet de soin comprend un volet bucco-dentaire ?				
19-Existe-t-il un protocole formalisé retraçant les bonnes pratiques en matière de soins bucco-dentaires pour les résidents ?				
20-Est-ce plus avantageux qu'un dentiste se déplace dans l'EHPAD en cas de besoin ou que le résident soit transféré au cabinet dentaire ?				
21-Est-ce intéressant selon vous de mettre en place un référent BD ?				
22-Avez-vous suivi une formation sur la promotion de santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD ?				



### Annexe 3 : Questionnaire pour les familles

	Oui	Non	Parfois	Ne sait pas
1-Est-ce que pour vous la toilette buccale fait partie de l'hygiène Corporelle ?				
2-Considérez-vous la bouche comme une zone intime ?				
3-Est-ce que pour vous la carie est une maladie ?				
4-Est-ce normal de perdre ses dents lorsqu'on est vieux ?				
5-Peut-on mourir d'une carie ?				
6-Selon vous est-ce grave d'avoir une mauvaise hygiène ?				
7-Avez-vous peur de mettre les doigts dans la bouche de votre parent résidant dans l'EHPAD ?				
8-Si le résident évite de manger des aliments durs (pain, pomme), Pensez-vous d'emblée à un problème bucco-dentaire ?				
9-Quand vous visitez votre parent dans L'EHPAD pensez-vous à vérifier systématiquement l'état bucco-dentaire et prothétique ?				
10-Avez-vous peur de blesser le résident en enlevant sa prothèse ?				
11-Vous arrive-t-il de procéder au brossage des dents de votre parent accueilli en EHPAD ?				
12-Est-ce que le résident est toujours coopérant lors du brossage de dent ?				
13-Est-ce facile de trouver un dentiste en cas de nécessité de soins dentaires ou prothétiques pour votre parent résidant en EHPAD ?				
14-Est-ce que les cabinets dentaires de ville sont adaptés pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ?				
15-Est-ce que vous accompagnez systématiquement votre parent dans le cabinet dentaire ?				
16-Pensez-vous qu'il soit plus avantageux que le dentiste se déplace vers l'EHPAD au lieu que ce ne soit le résident vers le cabinet dentaire ?				
17-Etes-vous satisfait de la prise en charge bucco-dentaire et prothétique par le personnel de l'EHPAD ?				



## **Annexe 4 : Guide d'entretien personnel et Guide d'entretien résident**

### ***Guide d'entretien pour le personnel :***

- 1-Dans votre formation initiale avez-vous été sensibilisé aux problèmes bucco-dentaires et notamment ceux des personnes âgées ?
- 2-L'hygiène bucco-dentaire fait-elle partie des soins habituellement dispensés aux résidents non autonomes ?
- 3-Parmi les résidents connaissez-vous tous ceux qui portent une prothèse amovible ?
- 4-Existe-t-il un système d'identification des prothèses ?
- 5-L'hygiène bucco-dentaire des résidents est-elle à votre avis, satisfaisante ?
- 6-En cas de problème dentaire chez un résident quelle démarche adoptez-vous ?
- 7-Existe-t-il un protocole formalisé pour les soins bucco-dentaires ?
- 8-Selon vous quelles sont les raisons d'éventuelles limitations aux soins bucco dentaires des résidents ?
- 9-A votre avis, quelles seraient les actions à envisager pour faciliter la prise en charge du problème dentaire des personnes âgées accueillis en EHPAD ?

### ***Guide d'entretien pour les résidents :***

- 1-Avez-vous limité la quantité ou le genre d'aliments que vous mangez, en raison de problèmes avec vos dents ou avec vos appareils dentaires ?
- 2-Avez-vous des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que la viande ou une pomme ?
- 3- Avalez-vous confortablement ?
- 4- Vos dents ou vos appareils dentaires vous gênent-ils pour parler et discuter ?
- 5-Arrivez-vous à manger de tout sans ressentir une sensation d'inconfort
- 6- Avez-vous limité vos contacts avec les autres résidents en raison de l'état de vos dents ou de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?
- 7- Etes-vous satisfait de l'état de l'aspect de vos dents ?
- 8-Prenez-vous parfois des médicaments pour soulager des douleurs bucco-dentaires ?
- 9-Etes-vous préoccupé ou encore inquiet voire mal à l'aise en raison de problèmes dentaires ou d'appareil dentaire ?
- 10-Etes-vous gêné de manger devant les autres résidents ?
- 11-Vos dents sont-elles (ou ont-elles déjà été) sensibles au froid et au chaud ?
- 12-Vous brossez-vous seul, les dents ? **Si oui** combien de fois par jour ?
- 13- (Pour les résidents qui ne sont pas autonomes) Un agent vous aide t'il quotidiennement à vos broser les dents ? **Si oui** combien de fois par jour ? Vos parents lors de leur visite dans l'EHPAD vous aident-ils à vous broser les dents ?



## **Annexe 5 : Guide d'entretien directeur et guide d'entretien chirurgien-dentiste**

### **Guide d'entretien pour les Directeurs :**

- 1-Quels sont les problèmes bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrés par les résidents au sein de votre établissement ?
- 2-Quelles sont selon vous les limites de la prise en charge des soins bucco-dentaires
- 3-Connaissez-vous des difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires ?
- 4-Est-ce facile pour les résidents d'obtenir un rendez-vous avec un chirurgien-dentiste ?
- 5- L'établissement a-t-il déjà organisé une formation sur les soins bucco-dentaires pour l'équipe soignante ?
- 6-Le projet de soins de l'établissement prend-il en compte les soins dentaires ?
- 7-Existe-t-il un examen bucco-dentaire lors de l'admission des résidents dans l'EHPAD ?
- 8-Est-ce certains chirurgiens-dentistes interviennent dans l'établissement ? **Si oui** quels sont les actes qui sont réalisés ?
- 9-Existe-t-il une procédure formalisée pour les soins bucco-dentaires dans votre établissement ?
- 10-Quels sont selon vous les leviers qui pourraient permettre d'améliorer l'état bucco-dentaire des résidents ?

### **Guide d'entretien pour les chirurgiens-dentistes**

- 1-Quels sont les impacts d'une mauvaise santé bucco-dentaire et prothétique ?
- 2-Avez-vous déjà reçu des personnes âgées dépendantes, atteintes de troubles cognitifs dans votre cabinet ? Si oui, avez-vous rencontré des difficultés pour réaliser les soins dentaires ?
- 3-Avez-vous été sensibilisé durant votre formation initiale aux problèmes bucco-dentaires rencontrés par les personnes âgées et notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ?
- 4-Avez-vous déjà eu l'occasion d'intervenir en EHPAD ?
- 5-Pourquoi selon vous est-ce si difficile de trouver des chirurgiens-dentistes qui acceptent d'intervenir en EHPAD ?
- 6-Quels sont selon vous, les limites pour les chirurgiens-dentistes pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents au sein de l'EHPAD ?
- 7-Que faut-il faire pour rendre plus attractifs les EHPAD pour les chirurgiens-dentistes ?
- 8-Le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes est-il sensibilisé au problème d'accessibilité aux soins bucco-dentaires que connaissent les résidents accueillis en EHPAD ?



## **Annexe 6 : liste des personnes reçues en entretien**

### **-Dans l'EHPAD M**

- Le Directeur
- Le médecin coordonnateur
- le cadre de santé
- La psychologue
- La qualitiennne
- Deux infirmières diplômées d'Etat
- Deux aides-soignantes
- Une assistante en soins gérontologiques
- Une aide médico-psychologique
- Trois résidents
- Deux familles de résidents

### **-Dans l'EHPAD C**

- La Directrice
- L'infirmière coordonnatrice
- La psychologue
- Une infirmière diplôm e d'Etat
- Deux aides-soignantes
- Deux résidents
- Quatre familles de résidents

### **-Dans l'EHPAD P**

- La Directrice
- Le médecin coordonnateur
- Le cadre de santé
- la psychologue
- Un infirmier diplômé d'Etat
- Une aide-soignante
- Une aide médico psychologique
- Deux résidents
- Une famille de résident

### **-Autres personnes reçues en entretien**

- Deux chirurgiens-dentistes
- Deux médecins traitants
- Un agent de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
- Un agent de l'agence régionale de santé Ile-de-France



## Annexe 7 : Exemple de convention entre Chirurgiens-Dentistes et EHPAD

**CONTRAT PORTANT SUR LES CONDITIONS D'INTERVENTION  
DES CHIRURGIENS DENTISTES LIBERAUX VOLONTAIRES  
DANS LES E. H. P. A. D.**  
(Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

Entre :

L'EHPAD .....  
représenté par son directeur.....,  
agissant en qualité de directeur de l'EHPAD,

Et :

Dr ..... , Chirurgien Dentiste Retraité, volontaire  
Ou Chirurgien Dentiste Libéral, volontaire

Considérant que :

- l'article L 1110-8 du code de la santé publique et l'article L 162-2 du code de la sécurité sociale garantissent la liberté du choix du praticien au malade ;
- L'article L 311-3 du code de l'action sociale et des familles rappelle que l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Conformément à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles, une charte des droits et libertés de la personne accueillie est délivrée au résidant ou à son représentant ;
- L'article L 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit que : Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant et intervenant à titre libéral sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes visant notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation ;
- La mise en place d'un bilan bucco-dentaire destiné aux résidents permanents qui entrent dans les EHPAD de la région Franche-Comté prévoyant de faire appel à des chirurgiens dentistes volontaires pour effectuer ces actes de bilans .

Il est convenu ce qui suit :



### **Article 1<sup>er</sup> : Objet du contrat**

Suite à un appel à candidature organisé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes en coordination avec le Conseil Régional de l'Ordre, le Dr ..... s'est porté volontaire pour réaliser cet examen de prévention sous forme d'un bilan bucco-dentaire qui sera proposé à chaque résident volontaire qui entre de façon permanente dans l'un des EHPAD de la région Franche-Comté

- Le but de cet examen est d'établir un état des lieux de l'état sanitaire et bucco-dentaire chez ces nouveaux résidents, dans la perspective d'une amélioration de la prise en charge odontologique, débouchant à terme, sur une meilleure qualité et confort de vie.
- Le présent contrat vise donc à décrire les conditions particulières et limitées d'intervention de chirurgiens dentistes volontaires exerçant à titre libéral, salarié ou en retraite et leur permettant d'assurer notamment la transmission d'information et la coordination avec l'équipe soignante (médecin, infirmière ...). Par ailleurs, l'EHPAD concerné est tenu de veiller au respect de la réglementation et d'assurer les conditions optimales de mise en œuvre de l'examen.
- Les conditions particulières d'exercice décrites ci dessous, garantissent aussi, d'une part au nouveau résident le respect de la charte des droits et libertés ainsi que les engagements du contrat de séjour et d'autre part au chirurgien dentiste la liberté d'exercer dans des règles déontologiques à travers les articles R 4127-1 à R4127 - 112 du code de la santé publique

### **Article 2 : Modalités d'intervention et de transmission d'information relatives à l'intervention du chirurgien dentiste volontaire**

2-1 : L'EHPAD s'engage à faciliter l'accès et l'intervention du chirurgien dentiste :

- En recueillant le consentement éclairé du futur résident dès l'admission dans l'établissement pour le présenter au chirurgien dentiste le jour de l'examen.
- en assurant la conservation, des fiches de dépistage au sein du dossier médical du nouveau résident dans des conditions propres à assurer leur confidentialité.
- En mettant à disposition du chirurgien dentiste volontaire, le matériel nécessaire (masque, gants etc)
- En prévoyant l'organisation pratique de l'intervention du chirurgien dentiste sur une demi-journée au sein de l'établissement permettant le dépistage de 5 à 6 résidents.
- En mettant à disposition, une personne qualifiée de l'équipe soignante (infirmière ou aide soignante) pour l'assister éventuellement et l'accompagner pour la parfaite réalisation de sa mission.
- En assurant, en interne, la formation de son personnel, pour la mise en place de la toilette buccale des résidents.
- En respectant la prise en charge des frais d'intervention des praticiens chirurgiens dentistes expérimentateurs sur la base d'une consultation de 40 € par résident dépisté (y compris des frais de déplacement.)
- En assurant la mise en place et le suivi de la toilette buccale du nouvel arrivant par un personnel qualifié et formé.



- En respectant l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec le nouvel entrant.
- En l'informant, au préalable, de la liste des produits de santé ayant fait l'objet d'une convention d'achat avec un fournisseur d'une marque donnée.

2-2 : Le Chirurgien dentiste s'engage à :

- S'assurer que le consentement du résident a été recueilli, selon les règles, avant de pratiquer le bilan bucco-dentaire.
- Respecter la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD prévu à l'article L 311 - 7 du code de l'action sociale et des familles.
- Répondre, promptement, au sollicitation du directeur de l'établissement s'il est averti dans un délai raisonnable (1 mois avant le jour de l'examen).
- Remplir scrupuleusement et à renseigner précisément, la fiche du bilan bucco-dentaire annexée au dossier médical du résident.
- Ne pas prodiguer des **soins en même temps que le bilan**. Néanmoins, il devra signaler à l'équipe soignante s'il décèle une infection bucco-dentaire, pouvant mettre en jeu ou aggraver l'état de santé du résident contrôlé (conformément à l'article R4127-250 du code de la santé publique).
- Réaliser le Bilan Buco Dentaire dans le respect du code de déontologie est en particulier les articles R4127 - 202, R 4127 - 206, R4127 - 211 et R4127 - 213 du code de la santé publique.
- Prendre les dispositions nécessaires pour être couvert par une assurance professionnelle en responsabilité civile.

### **Article 3 : Droit de rétractation**

A compter de la date de signature du contrat, un délai de rétractation de deux mois calendaires est ouvert aux parties.

Pour l'exercice de ce droit, la partie en prenant l'initiative respecte un délai de prévenance de sept jours calendaires qui ne peut pas avoir pour effet d'augmenter la durée du délai de rétractation.

### **Article 4 : Résiliation du contrat et règlement des litiges.**

En cas de désaccord soulevé pour l'interprétation du présent contrat ou par son exécution, les deux parties conviennent de soumettre leur différend au président du Conseil Départemental de l'Ordre comme prévu par le code de déontologie, afin de trouver une solution amiable. L'un des conciliateurs devra être un membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes et l'autre choisi par le directeur de l'établissement. Le chirurgien dentiste comme le directeur de l'EHPAD pourront se faire assister par la personne de leur choix.

Il pourra être mis fin à ce contrat à l'initiative de l'une ou l'autre des parties sous réserve du respect d'un préavis de deux mois.



**Article 5 : Communication de contrat**

Le présent contrat, conclu en application de l'article R4127 - 83 du code de la santé publique, sera communiqué, dans le mois qui suit sa signature par le praticien, au Conseil Départemental de l'Ordre du Tableau auquel il est inscrit. Une copie sera conservée par le praticien, et un troisième exemplaire par l'établissement.

Fait à ....., le .....

Le Directeur de l'EHPAD

Le Chirurgien dentiste volontaire



MARIE-ANNE

Fabrice

Décembre 2016

## DESSMS

Promotion 2015-2016

### **Les difficultés de prise en charge des soins bucco-dentaires des résidents accueillis en EHPAD**

#### **Résumé :**

Le vieillissement de la population se traduit aussi par un vieillissement de la cavité buccale. L'avancée en âge a un impact sur la santé bucco-dentaire. Ainsi, les résidents accueillis en EHPAD font souvent l'objet d'une santé bucco-dentaire dégradée ou voit leur santé bucco-dentaire se détériorer. Aussi, la vulnérabilité des personnes âgées dépendantes accentue le risque d'aggravation de leur état de santé orale.

Un état bucco-dentaire altéré, génère des effets néfastes tant sur le plan psycho-social, économique que sur la santé physique des résidents. Elle peut aussi induire des conséquences préjudiciables pour l'institution. Dans un tel contexte, la qualité de vie du résident peut être mise à mal.

Le Directeur d'établissement en tant que garant de la qualité de vie des résidents et des bonnes conditions de travail au sein de son établissement doit jouer un rôle déterminant en impulsant une politique favorisant l'effectivité d'une prise en charge efficace des soins bucco-dentaires des résidents.

#### **Mots clés :**

Vieillesse de la population, Santé bucco-dentaire et prothétique des personnes âgées, Sénescence, Déterminant, Comorbidité, Dénutrition, Cascade gériatrique, Gérodontologie, Qualité de vie, Prévention, Dépistage, Accessibilité aux soins bucco-dentaires, Référent bucco-dentaire, Réseau bucco-dentaire, Télé dentisterie

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*