



**HAL**  
open science

# La santé bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante en Martinique

Julien Marie-Magdeleine

► **To cite this version:**

Julien Marie-Magdeleine. La santé bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante en Martinique. Chirurgie. 2016. dumas-01310796

**HAL Id: dumas-01310796**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310796>**

Submitted on 3 May 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux  
Collège des Sciences de la Santé U.F.R. DES SCIENCES  
ODONTOLOGIQUES

Année: 2016

N°:17

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Julien Marie-Magdeleine  
Né le 30 Mai 1988 à Fort-de-France (Martinique)

Le 07 mars 2016

**La Santé bucco-dentaire chez la personne âgée  
dépendante en Martinique**

Directeur de Thèse : Élise ARRIVE

Membres du jury

Président	Marie-José BOILEAU	Professeur des Universités
Directeur	Élise ARRIVE	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur	Christophe BOU	Maître de Conférences des Universités
Assesseur	Cécile BADET	Maître de Conférences des Universités

# UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/11/2015

**Président** M. TUNON DE LARA Manuel  
**Directeur de Collège des Sciences de la Santé** M. PELLEGRIN Jean-Luc

## **COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES**

**Directrice** Mme BERTRAND Caroline 58-02  
**Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale** Mme ORIEZ-PONS Dominique 58-01  
**Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche** M. FRICAIN Jean-Christophe 57-02  
**Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales** M. LASSERRE Jean-François 58-02

### **ENSEIGNANTS DE L'UFR**

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme Caroline BERTRAND Prothèse dentaire 58-02  
Mme Marie-José BOILEAU Orthopédie dento-faciale 56-02  
Mme Véronique DUPUIS Prothèse dentaire 58-02  
M. Jean-Christophe FRICAIN Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme Elise ARRIVÉ Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-03  
Mme Cécile BADET Sciences biologiques 57-03  
M. Etienne BARDINET Orthopédie dento-faciale 56-02  
M. Michel BARTALA Prothèse dentaire 58-02  
M. Cédric BAZERT Orthopédie dento-faciale 56-02  
M. Christophe BOU Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-03  
Mme Sylvie BRUNET Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02  
M. Sylvain CATROS Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02  
M. Stéphane CHAPENOIRE Sciences anatomiques et physiologiques 58-03  
M. Jacques COLAT PARROS Sciences anatomiques et physiologiques 58-03  
M. Jean-Christophe COUTANT Sciences anatomiques et physiologiques 58-03  
M. François DARQUE Orthopédie dento-faciale 56-02  
M. François DE BRONDEAU Orthopédie dento-faciale 56-02  
M. Yves DELBOS Odontologie pédiatrique 56-01  
M. Raphael DEVILLARD Odontologie conservatrice- Endodontie 58-01  
M. Emmanuel D'INCAU Prothèse dentaire 58-02  
M. Bruno ELLA NGUEMA Sciences anatomiques et physiologiques 58-03  
M. Dominique GILLET Odontologie conservatrice – Endodontie 58-01  
M. Jean-François LASSERRE Prothèse dentaire 58-02  
M. Yves LAUVERJAT Parodontologie 57-01  
Mme Odile LAVIOLE Prothèse dentaire 58-02  
M. Jean-Marie MARTEAU Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02  
Mme Javotte NANCY Odontologie pédiatrique 56-01  
M. Adrien NAVEAU Prothèse dentaire 58-02  
Mme Dominique ORIEZ Odontologie conservatrice – Endodontie 58-01  
M. Jean-François PELI Odontologie conservatrice – Endodontie 58-01

M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

### **ASSISTANTS**

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences biologiques	57-03
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Nicolas	GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
M.	Ali	NOUREDDINE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Candice	PEYRAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
Mme	Charlotte	RAGUENEAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-02
M.	François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01
			Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
			Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

# Remerciements

**A Madame le Professeur Marie-José BOILEAU,**

*Notre juge et président*

- *Docteur en Chirurgie Dentaire*
- *Docteur d'État en Odontologie*
- *Docteur en Sciences Odontologique*
- *Spécialiste qualifiée en Orthopédie dento-faciale*
- *DERSO*
- *CES d'Orthopédie dento-faciale*
- *CES d'Anthropologie*
- *CES d'Informatique médicale et générale*
- *Professeur des Universités*
- *Praticien Hospitalier*
- *Responsable de l'enseignement du DES, du CECSMO et du DUO*
- *Responsable de l'Unité médicale Pellegrin du Département d'Odontologie et de Santé Buccale*
- *Sous-section : Orthopédie dento-faciale*

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

**A Madame le Docteur Élise ARRIVE,**

*Notre juge et directrice*

- *Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier*
- *Sous-section: Santé Publique*
- *Doctorat de l'université de Bordeaux 2 mention sciences biologiques et médicales option épidémiologie*
- *Docteur en Chirurgie Dentaire*
- *DU Prise en charge du VIH et des hépatites virales*
- *Master 2 Épidémiologie*
- *DESS Projets de santé en situation de développement*

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse.

Veillez recevoir ici l'assurance de ma sincère reconnaissance pour votre disponibilité et votre accueil.

**A Monsieur le docteur Christophe BOU,**

*Notre juge et rapporteur,*

- *Maître de Conférences des Universités*
- *Praticien Hospitalier*
- *Docteur en Chirurgie Dentaire*
- *Docteur en Sciences Odontologiques*
- *Expert judiciaire de la Cour d'appel de Bordeaux*
- *Membre UMR 5199 / PACE – A3P*

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Veillez trouver dans ce travail, le témoignage de mes sentiments les plus respectueux.

**A Madame le Docteur Cécile BADET,**

*Notre juge et assesseur,*

*- Maître de Conférences des Universités*

*- Praticien Hospitalier*

*- Doctorat de l'Université de Bordeaux 2, Mention Sciences Biologiques et Médicales Option Sciences Odontologiques*

*- Docteur en Chirurgie Dentaire*

*- CES de Pédiodontie -Prévention*

*- Coordonnateur de la sous section 57-03*

Je vous remercie d'avoir accepté de porter un jugement sur ce travail, en qualité d'assesseur.

**À mes proches,**

Mon père, ma mère, Jimi, Lora, Chloé, Patrick, Evelyne, Quentin, Pascal, Reynald, Yannis, Marraine, Marraine Fernande et toute ma famille.

**Au Docteur Maryse Jacques-Gustave,**

**Au syndicat des dentistes de Martinique,**

**À la Région Martinique.**

Je vous remercie de m'avoir accompagné dans cette étape de ma vie

# Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
<b>1. CONTEXTE.....</b>	<b>10</b>
1.1. La personne âgée dépendante .....	12
1.1.1. Définition de la dépendance.....	12
1.1.2. Epidémiologie de la dépendance.....	12
1.1.3. Causes de la perte d'indépendance.....	13
1.1.4. Conséquences de la perte d'indépendance chez la personne âgée.....	13
1.1.5. Les co-morbidités.....	14
1.1.6. Structures d'accueil des personnes âgées dépendantes.....	15
1.2. La santé bucco-dentaire de la personne âgée en institution.....	16
1.2.1. Epidémiologie.....	16
1.2.2. Le vieillissement de la sphère oro-faciale.....	18
1.2.3. Influence sur la santé générale.....	19
1.3. La Martinique et les personnes âgées dépendantes.....	21
1.3.1. La situation sanitaire en Martinique.....	21
1.3.2. L'offre de soin en Martinique.....	19
1.3.3. Evolution démographique et prévisions.....	23
1.3.4. La santé bucco-dentaire chez la personne âgée en Martinique.....	24
1.4. Objectif de l'étude.....	26
<b>2. METHODES.....</b>	<b>27</b>
2.1. Schéma d'étude.....	27
2.2. Population d'étude.....	27
2.3. Définition des critères d'intérêts.....	28
2.4. Recueil de données.....	29
2.5. Saisie des données.....	30
2.6. Aspects statistiques.....	30

2.6.1. Nombre de sujets nécessaire à l'étude.....	26
2.6.2. Analyse.....	26
2.7. Ethique.....	30
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>31</b>
3.1. Caractéristiques socio-démographiques.....	31
3.2. Problèmes médicaux et traitements médicamenteux.....	32
3.3. Alimentation.....	33
3.4. Examen exobuccal.....	34
3.5. Examen endobuccal.....	35
3.5.1. Examen des muqueuses.....	30
3.5.2. Examen de la salive.....	36
3.5.3. Examen dentaire.....	37
3.6. Besoins de soins.....	40
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>41</b>
4.1. Résumé des principaux résultats.....	41
4.2. Explication et mise en perspective des résultats.....	42
4.3. Limites de l'étude.....	45
4.4. Forces de l'étude.....	46
4.5. Perspectives de prises en charge.....	47
4.5.1. Une amélioration de l'hygiène des résidents.....	47
4.5.2. Une amélioration de la prévention.....	48
4.5.3. Une amélioration de l'accès aux soins.....	50
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>

## Liste des tableaux

- Tableau 1** : Principales maladies responsables de la dépendance chez le sujet âgé
- Tableau 2** : Distribution selon les tranches d'âge des résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015
- Tableau 3** : Etat des gencives des résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015
- Tableau 4** : La quantité de salive chez les résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015
- Tableau 5** : Etat dentaire des résidents en EHPAD en Martinique en 2014-2015
- Tableau 6** : Indice CAO et ses composantes des résidents en EHPAD en Martinique en 2014-2015

## Liste des figures

- Figure 1** : Principales co-morbidités chez les résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015
- Figure 2** : Préparation de la nourriture chez les résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015
- Figure 3** : Santé bucco-dentaire chez les résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015
- Figure 4** : Niveau d'hygiène bucco-dentaire chez les résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015

# Liste des acronymes

<b>APA :</b>	Allocation personnalisée d'autonomie
<b>ARS :</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ART :</b>	Atraumatic Restorative Treatment
<b>AVC :</b>	Accidents vasculaires cérébraux
<b>CREDES :</b>	Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
<b>CSERD :</b>	Centre de soins d'enseignement et de recherche dentaires
<b>CVI :</b>	Ciments au verre ionomère
<b>EHPA :</b>	Etablissements d'hébergements pour personnes âgées
<b>EHPAD :</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>INSEE :</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>MID :</b>	Minimal Invasive Dentistry
<b>NABUCCOD :</b>	Prévention de la dénutrition en EHPAD
<b>USLD :</b>	Unités de soins de longue durée
<b>UFSBD :</b>	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
<b>URCAM :</b>	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
<b>URPS CD:</b>	Union Régionale de Professionnel de Santé Chirugiens-Dentistes

# Introduction

Département ultra-marin situé en mer des Caraïbes, la Martinique est, en 2011, le deuxième département français en termes de densité de population, selon l'INSEE. La France, comme les autres pays de l'union européenne voit sa pyramide des âges s'élargir de plus en plus vers le haut avec le vieillissement de la population et la Martinique n'échappe pas à ces changements démographiques (1). Ces changements semblent même être amplifiés en Martinique. La projection des tendances démographiques conduit, entre 2007 et 2040, à un doublement de la part des personnes de plus de soixante ans sur l'île. Elle passera au rang de deuxième département le plus âgé de France d'ici 2040 (2).

La personne âgée apparaît, par définition, comme un individu vulnérable aux agressions de la vie (stress, infection, traumatisme,...) (3). L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est problématique du fait d'un besoin de soins bucco-dentaires très important et un accès aux soins très limité. Il existe un rapport étroit entre les problèmes dentaires et les autres pathologies. Une mauvaise santé bucco-dentaire augmente le risque de dénutrition, d'ostéoporose et indirectement la perte d'autonomie (4). En effet, la santé bucco-dentaire influence la nutrition mais aussi joue un rôle sur le risque de développer des maladies cardio-vasculaires, sur le risque infectieux et par conséquent favoriser la perte d'indépendance de la personne âgée (4).

Ainsi, une bonne connaissance de l'état bucco-dentaire de ces personnes est nécessaire pour déterminer les besoins en prévention et en traitement et identifier les actions de santé à mettre en place. Cependant, il n'existe pas de données sur la santé buccale des personnes âgées dépendantes en Martinique. Nous nous sommes donc fixé comme objectif de décrire l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Martinique dans le cadre d'une campagne de dépistage des problèmes bucco-dentaires en EHPAD.

# **1. Contexte**

## **1.1. La personne âgée dépendante**

### *1.1.1. Définition de la dépendance*

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Bien que le terme de dépendance soit largement utilisé dans les textes réglementaires, on peut lui préférer le terme de perte d'indépendance fonctionnelle pour éviter toute ambiguïté avec le terme « dépendance » utilisé en psychiatrie/addictologie (5).

### *1.1.2. Epidémiologie de la dépendance*

La France comptait 1 320 000 personnes âgées dépendantes en 2008 d'après les enquêtes Handicap-Santé. Elles représentaient 10% des personnes de plus de 60 ans et une sur trois vivait en institution (6).

La prévalence de la dépendance augmente fortement avec l'âge, et l'âge est le principal facteur de risque : 20 % des plus de 85 ans sont dépendants contre 8 % chez les personnes de plus de 65 ans.

Le coût de la dépendance a récemment fait l'objet d'une estimation en France à 34 milliards d'euros par an (5).

Les projections liées à la dépendance ont été réalisées jusqu'en 2060 pour la France métropolitaine. Le nombre de personnes âgées dépendantes serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030, et par 2 entre 2010 et 2060 (7).

### 1.1.3. Causes de la perte d'indépendance

De nombreuses maladies peuvent être à l'origine d'une perte d'indépendance fonctionnelle. Les plus fréquentes sont rapportées dans le tableau 1.

Tableau 1: Principales maladies responsables de la dépendance chez le sujet âgé (5).

<b>Maladies neurologiques</b>	Maladies cérébrovasculaires, démences, maladie de Parkinson
<b>Maladies ostéoarticulaires</b>	Séquelles de fractures, arthrose invalidante, rhumatisme inflammatoire chronique
<b>Maladies cardiorespiratoires</b>	Insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique, artériopathie sévère
<b>Déficits neurosensoriels</b>	Cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge, rétinopathie diabétique, surdité évoluée non appareillée
<b>Conditions diverses</b>	Dénutrition, dépression, plaies chroniques, maladies psychiatriques chroniques

Les conséquences de la démence sur la perte d'autonomie sont à prendre en considération comme le montre le fait que 75 % des personnes âgées ayant une dépendance sévère et bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont atteintes de démences.

Chez le même sujet âgé, la dépendance est le résultat de plusieurs causes, qu'elles soient aiguës ou chroniques. C'est souvent l'intrication de ces causes qui fait la gravité de la situation (5).

### 1.1.4. Conséquences de la perte d'indépendance chez la personne âgée

Le maintien à domicile de la personne âgée dépendante impose l'intervention de personnes au domicile qui peuvent être ou non étrangères à la famille. Lorsque cela est le cas, des auxiliaires de vie ou d'autres professionnels viennent aider la personne âgée.

Il faut souvent vaincre la réticence de la personne âgée qui parfois considère comme une gêne, voire un danger véritable, ces interventions extérieures.

Lorsque le maintien à domicile n'est pas possible, on observe un abandon du domicile au profit de structures institutionnelles.

Il est nécessaire de préparer le changement de lieu de vie avec la personne âgée pendant une période d'adaptation durant laquelle l'acceptation de la perte du domicile et la préparation au nouveau logement sont réalisées (5).

La perte d'indépendance fonctionnelle influence la vie affective d'une personne et est un facteur associé au risque de maltraitance de la part des personnes de l'entourage du patient. La personne devenue dépendante de son entourage réactive des modes de relation anciens, infantiles parfois (5).

#### *1.1.5. Les co-morbidités*

Les personnes âgées dépendantes sont souvent des personnes présentant des poly-pathologies.

Selon l'enquête du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) réalisée en 2000, les personnes âgées de 65 à 79 ans déclaraient 4,9 maladies en moyenne et ceux de 80 ans et plus, 5,4 maladies en excluant les pathologies dentaires et oculaires (8).

D'après une enquête menée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en 2003, renseignée par un médecin pour environ 4 500 résidents, 85 % des résidents présentaient une affection neuropsychiatrique (états dépressifs, syndromes démentiels). Trois quarts des personnes âgées vivant en établissement étaient concernés par la maladie cardio-vasculaire (hypertension artérielle étant en particulier au premier rang des pathologies rencontrées). La moitié des résidents présentait au moins une affection ostéo-articulaire et enfin, les affections uro-néphrologiques et gastroentérologiques atteignaient environ un tiers des personnes âgées.

Globalement, les résidents cumulaient en moyenne sept pathologies diagnostiquées, mais huit ou plus pour un tiers d'entre eux, et près de la moitié de ceux accueillis en unité de soins de longue durée. Ils consommaient en moyenne 6,4 médicaments par jour, ce nombre atteignant 7,4 pour les personnes atteintes d'au moins huit pathologies (9).

Nombreuses de ces pathologies, en particulier les affections neuropsychiatriques, ont pour corollaire des prescriptions de médicaments susceptibles d'entraîner des déficits salivaires. La réduction du flux salivaire associée à des troubles de la déglutition, des difficultés masticatoires et à une augmentation de la concentration des germes anaérobies dans la cavité buccale prédisposent à la survenue de pneumopathies par inhalation (8).

### *1.1.6. Structures d'accueil des personnes âgées dépendantes*

En France, trois types d'établissements réalisent l'hébergement des personnes âgées lorsque celles-ci ne désirent ou ne peuvent plus résider à leur domicile :

- Les maisons de retraite, qui sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services et soins spécifiques.
- Les logements-foyers, qui sont des groupes de logements autonomes (parfois aussi, mais assez rarement, des chambres), assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif.
- Les unités de soins de longue durée (USLD) sont les structures les plus médicalisées et sont destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes. Elles dépendent d'un établissement sanitaire et accueillent des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Ces établissements peuvent par ailleurs signer une convention tripartite avec leur conseil général et l'assurance maladie, leur conférant le statut d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La convention définit notamment les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier et sur la qualité de la prise en charge des personnes qui y sont hébergées (10).

A la fin 2011, les 7752 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), signataires d'une convention tripartite avec le conseil général et l'Assurance maladie, offraient en moyenne 101 places pour 1000 personnes âgées dépendantes ou non de 75 ans ou plus dans toute la France, selon l'enquête auprès des établissements pour personnes âgées EHPA (11).

## **1.2. La santé bucco-dentaire de la personnes âgée en institution**

### *1.2.1. Epidémiologie*

L'état de santé bucco-dentaire des résidents d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est très préoccupant.

Le déficit d'hygiène bucco-dentaire et d'entretien des prothèses dentaires chez ces personnes est souvent décrit. La baisse des capacités physiques liée à la dépendance n'est pas seule responsable de cette mauvaise hygiène. Le manque de formation des personnels est souvent relevé (12).

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) Nord – Pas de Calais a entrepris une étude sur l'état de santé bucco-dentaire et l'organisation des soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes âgées de plus de 60 ans en 2005 hébergées en établissements. L'examen clinique des résidents, possible chez 975 personnes, a mis en évidence la présence de problèmes parodontaux chez 32 %, de plaque dentaire chez 45 %, et de tartre chez 36 %, la présence de foyers infectieux dentaires chez 30 % des résidents (soit 57 % des résidents dentés) (13).

Parmi les 507 résidents dentés, 63 % avaient besoin de détartrage ou de soins parodontaux, 60 % présentaient des dents à extraire, et 39 % nécessitaient des soins conservateurs. Au total, 51 % des résidents portaient une prothèse amovible, 51 % d'entre eux portaient une prothèse amovible complète haute et basse.

Sur les 468 résidents édentés totaux, 63 % étaient appareillés. Sur les 501 résidents édentés partiels, 47 % étaient appareillés. Il restait en moyenne 7 dents en bouche chez les résidents.

Des besoins prothétiques ont été mis en évidence : en effet, chez 52 % des résidents édentés totaux, les prothèses étaient à faire ou refaire. De même, chez les résidents édentés partiels, 73 % des prothèses étaient jugées à faire ou refaire (13).

Selon une enquête initiée par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) et l'Agirc-Arrco, où 358 fiches de dépistages ont été recueillies sur un an, d'octobre 2012 à octobre 2013, dans 13 EHPAD il a été décrit:

- 32 % des résidents présentaient une prothèse adjointe et 23 % une prothèse totale.
- Nombre moyen de dents absentes non remplacées: 9,32 (+/-8,85).
- Nombre moyen de dents absentes: 16,34 (+/-9,08).
- Nombre moyen de caries non traitées: 1,37 (+/-2,63).
- Nombre moyen de racines résiduelles: 1,16 (+/-2,39).
- Nombre de dents cariées, absentes ou obturées (CAO) moyen de 20,29 (+/-8,20) (4).

L'enquête menée en 2006 chez 114 résidents de l'hôpital de San Rafael, centre d'accueil pour les personnes âgées dépendantes, à Grenades, en Espagne, a révélé les chiffres suivants:

- 41,2% étaient édentés mais seulement 13,2% d'entre eux étaient porteurs d'une prothèse.
- 56% des patients montraient des signes de sécheresse buccale.
- chez 89% des patients présentant des dents naturelles et 70% des patients porteurs de prothèses amovibles, on descellait la présence de plaque bactérienne (14).

Dans une étude menée au Japon en 2007, chez des personnes âgées placées en institution, il a été observé que sur 25 résidents examinés, 72% avaient besoin de faire ou de réparer une prothèse, 64% avaient besoin de réaliser un traitement endodontique et 60% avaient besoin de réaliser des soins bucco-dentaires (15).

### 1.2.2. *Le vieillissement de la sphère oro-faciale*

Les tissus et organes de la cavité buccale subissent de profondes modifications au cours du vieillissement, ce qui altère leurs fonctions et leur potentiel d'adaptation et de cicatrisation (16).

L'ensemble des tissus constituant l'organe dentaire (émail, dentine, tissu pulpaire et cément) subit un processus de sénescence. Ces phénomènes limitent de façon importante le potentiel de cicatrisation et de réparation de l'organe dentaire.

Par ailleurs, la rétraction physiologique de la gencive favorise l'exposition des racines dentaires et la zone de jonction entre la couronne et la racine, appelée collet dentaire et offre une moindre résistance au développement de lésions carieuses. On a ainsi une augmentation importante du risque carieux chez la personne âgée (16).

Les complications des lésions carieuses sur le tissu pulpaire ne se font pas sur un mode aigu chez le sujet âgé et le développement de foyers infectieux latents à partir de dents nécrosées se fait sans symptomatologie d'appel (16).

Les changements morphologiques et physiologiques des tissus parodontaux au cours du vieillissement jouent un rôle majeur sur les capacités de défense et de cicatrisation de ces tissus vis-à-vis d'une agression microbienne (16).

De nombreuses études cliniques ont montré que les muqueuses buccales deviennent atrophiques chez le sujet âgé et qu'elles présentent progressivement un aspect fin et lisse, associé à une perte d'élasticité. Les répercussions fonctionnelles sont nombreuses, notamment en termes de fragilité muqueuse, de susceptibilité accrue aux agressions externes et de retard de cicatrisation (16).

On constate des modifications histologiques des glandes salivaires apparaissent avec le vieillissement. On peut ainsi observer une atrophie et une diminution de volume des acini, une irrégularité des canaux sécrétoires, parallèlement à une augmentation du tissu conjonctif fibreux et du tissu adipeux.

Cependant, les études cliniques menées chez les sujets âgés ne montrent pas d'impact fonctionnel des modifications histologiques (16).

### 1.2.3. *Influence sur la santé générale*

Il existe une relation bilatérale étroite entre les pathologies générales et les pathologies bucco-dentaires (17).

La santé bucco-dentaire influence la nutrition. Le vieillissement de la cavité buccale et les pathologies qui y sont associées entraînent une diminution du potentiel masticatoire qui est sous l'influence de nombreux cofacteurs. Ces cofacteurs sont le nombre, l'état et la mobilité des dents, la diminution du flux salivaire, le port éventuel de prothèses, la présence d'une inflammation gingivale ou de pathologies des muqueuses associées à des douleurs. Le potentiel masticatoire influence le type d'alimentation de la personne âgée, avec un impact sur ses apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs, son confort et son bien-être (18).

La santé bucco-dentaire joue un rôle sur le risque de développer des maladies cardio-vasculaires. Les infections bucco-dentaires sont le seul facteur, en dehors des risques classiques de maladies coronariennes, qui ait une association indépendante avec la sévérité de l'athérosclérose des coronaires chez l'adulte. Ainsi, sur une série de 1147 hommes suivis pendant 16 mois, on a montré que sur les 207 malades qui avaient développé des maladies cardio-vasculaires, 59 étaient décédés de maladies coronariennes et 40 d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Chez ces patients, on a observé que l'état parodontal augmentait le risque de maladie cardio-vasculaire par un facteur de 1,5 à 3 (19).

La santé bucco-dentaire joue un rôle sur le risque infectieux. Une étude sur les patients âgés soignés dans les structures de soins de longue durée a fait apparaître que la plaque dentaire ainsi que les prothèses dentaires pouvaient constituer un réservoir pour les bactéries pathogènes respiratoires.

Plusieurs études ont montré qu'une hygiène buccale mécanique quotidienne chez des personnes âgées hospitalisées réduisait non seulement la colonisation par les agents pathogènes buccaux mais aussi le taux de pneumonie d'environ 50% (19).

La santé bucco-dentaire influence la qualité de vie. Au cours des dernières années, des études ont montré l'impact des pathologies buccales sur la qualité de vie.

Chez les personnes âgées institutionnalisées, il peut se manifester de façon différente du fait notamment de la forte prévalence des troubles cognitifs. Ainsi, une gêne ou une douleur buccale ne sera pas nécessairement verbalisée et pourra être à l'origine d'un comportement agressif, agité, de déambulation ou de refus de soins.

C'est pourquoi l'application de mesures d'hygiène rigoureuses, l'assainissement de la cavité buccale et un suivi régulier doivent être réalisés pour optimiser la qualité de vie des personnes âgées.

L'ensemble des pathologies buccodentaires, en altérant la phonation ou la nutrition, sont un obstacle majeur à la communication et à la vie sociale et peuvent être source d'isolement (18).

## **1.3. La Martinique et les personnes âgées dépendantes**

### *1.3.1. La situation sanitaire en Martinique*

Une étude menée en 2003-2004 révèle que la prévalence du diabète en Martinique (6,5 %) était le double de la prévalence en Métropole (3 %) et les femmes étaient plus touchées que les hommes. L'évolution se faisait très rapidement vers la situation nord-américaine où la prévalence était environ de 8 % en 2003. De plus, chez les adultes de plus de 65 ans, la Martinique présentait un des taux les plus élevés de la Caraïbe avec 18 % de diabétiques et 20,5 % chez les femmes.

Par comparaison, la prévalence chez les femmes de plus de 65 ans était de 21,5 % à Mexico et Barbade et 11 % en métropole. Enfin, les diabétiques en Martinique cumulaient d'autres facteurs de risque vasculaire comme l'hypertension et le surpoids (20).

En 2012 l'incidence de la maladie Alzheimer s'élevait à 225 000 nouveaux cas par an en France et 240 en Martinique (2).

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès chez les femmes mais la deuxième chez les hommes après les cancers depuis 2005.

Sur la période 2006 - 2008, les taux standardisés de mortalité par maladies cardio- vasculaires en Martinique étaient équivalents à ceux de l'Hexagone (218,8 pour 100 000 habitants contre 218,9 pour 100 000).

Sur la période 2006-2008, les taux standardisés de mortalité par maladies vasculaires cérébrales en Martinique étaient supérieurs à ceux de l'Hexagone (75,3 pour 100 000 contre 48,5 pour 100 000) (21).

### *1.3.2. L'offre de soin en Martinique*

#### 1.3.2.1. Pour l'accueil de la personne âgée dépendante

La Martinique fait partie des sept départements français affichant un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale. Ainsi au 1er janvier 2010, le taux d'équipement en structures d'hébergement complet (maisons de retraite, foyers logements) était de 46,91 pour 1000 habitants de 75 ans et plus, alors qu'il était de 121,4 lits pour la France métropolitaine, soit trois fois moins.

La tendance de ce taux semble être à la baisse : en Martinique il était de 48,7 en 2005, 50,53 en 2006, 49,06 en 2007, 48,12 en 2008. Le taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD et d'Unités de Soins de Longue Durée) était de 23,86 en 2010 contre 101,3 en France métropolitaine soit quatre fois inférieur.

Il existait en 2012, 1227 lits d'EHPAD en Martinique, soit 665 lits d'établissement d'hébergement public pour personnes âgées dépendantes pour 477 lits dans le privé à but non lucratif et 85 à but lucratif. On comptait par ailleurs six maisons de retraite non médicalisées totalisant 84 lits, soit des petites structures de 14 lits en moyenne. Ajoutés aux 150 lits d'Unité de Soins de Longue Durée, le nombre de lits totaux était de 1461, nettement insuffisant en regard des besoins de la population (2).

#### 1.3.2.2. Pour la santé bucco-dentaire

Selon les chiffres fournis par la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Martinique, en avril 2015, il y avait 160 dentistes installés en Martinique pour une population de 398 864 personnes. Cela représente 40 dentistes pour 100 000 habitants contre une densité moyenne en France métropolitaine de 63,1 dentistes pour 100 000 habitants en 2013 (22). Leur répartition sur l'île se fait de manière inégale avec des zones, comme le centre caraïbe, où la densité approche celle de la France métropolitaine avec 59 dentistes pour 100 000 habitants et des zones, comme le nord caraïbe, où la densité est très faible avec 14,3 dentistes pour environ 100 000 habitants.

L'offre de soins, au niveau de la santé bucco-dentaire, apparaît donc comme limitée en Martinique. Dans ce contexte, l'accès aux soins bucco-dentaires, pour la personne âgée dépendante, est d'autant plus compliqué. Parmi elles, seules celles pouvant se déplacer, peuvent se rendre à des cabinets qui ne sont pas tous équipés pour les accueillir.

### 1.3.3. *Evolution démographique et prévisions*

La population mondiale vieillit. Ce phénomène social, probablement le plus important de ce 21<sup>ème</sup> siècle, touche les populations de tous les continents.

Le mécanisme du vieillissement est accentué en Martinique. Deux formes d'évolution du vieillissement se combinent en Martinique, expliquant l'accentuation du phénomène :

- Une réduction de la part des jeunes générations dans la population en raison de la baisse de la natalité et de la fécondité (la fécondité de la Martinique en 2007 est de 2 ,02 enfants par femme) ; le vieillissement se développe par la base de la pyramide des âges, c'est le vieillissement «par le bas».
- Une croissance des classes d'âge supérieures à 60 ans, et son corollaire, l'allongement de la durée moyenne de vie, avec comme conséquence le vieillissement par le sommet de la pyramide des âges ; c'est le «vieillissement par le haut».

À l'horizon 2040, la Martinique « pourrait devenir la seconde région la plus âgée de France derrière la Corse avec un âge moyen de 48 ans, soit 10 ans de plus qu'en 2007».

Le nombre de personnes de 60 ans ou plus serait multiplié par 2,3, passant de 74 000 à 169 000, soit 4 martiniquais sur 10, alors qu'ils ne sont que 2 sur 10 aujourd'hui.

La population des personnes âgées de 80 ans et plus, population la plus concernée par la dépendance, sera multipliée par 3,5 en Martinique (52 000 versus 14 700 en 2007) contre 2,3 pour la métropole.

Cette progression, plus forte qu'en métropole, pose de façon aigüe la question de la prise en charge du grand âge (2).

### *1.3.4. La santé bucco-dentaire chez la personne âgée en Martinique*

L'analyse de la littérature montre qu'aucune étude n'évalue la santé bucco-dentaire chez la personne âgée en Martinique ou même dans les autres départements et territoires ultra-marins de France.

Cependant des études dans des pays voisins de la caraïbes ont été menées.

Ainsi, l'étude SABE, réalisée entre 1999 et 2000, visait à décrire l'état de santé bucco-dentaire et son association avec des conditions de santé et facteurs socio-économiques chez les personnes âgées (60 ans et plus) vivant à Santiago au Chili, Montevideo en Uruguay, et Buenos Aires en Argentine, les capitales avec les populations les plus âgées en moyenne en Amérique du Sud.

Les résultats montraient un édentement total chez 72,3 % des personnes étudiées à Santiago, 34,0 % à Buenos Aires, et 70,4 % à Montevideo; un édentement partiel chez 25,9 % des personnes étudiées à Santiago, 64,0% à Buenos Aires et 25,2 % à Montevideo.

Les résultats montraient également une absence de prothèses pour compenser les édentements chez 32,0 % des personnes étudiées à Santiago, 24,4% à Buenos Aires et 22,5 % à Montevideo.

Cette étude a conclu que les personnes âgées vivant dans les capitales avec les populations les plus âgées d'Amérique du Sud avaient une mauvaise santé buccodentaire, même si des différences importantes avaient été observées entre les trois capitales étudiées (23).

Le vieillissement de la population et la perte d'indépendance chez la personne âgée sont des problèmes de santé publique mondiaux qui n'épargnent pas la France et plus particulièrement la Martinique. Selon les estimations, entre 2010 et 2060, le nombre de personnes âgées dépendantes aura doublé en France et triplé en Martinique.

La perte d'indépendance, chez la personne âgée, est souvent causée par une accumulation de maladies graves.

En tant que chirurgiens-dentistes, nous savons également qu'une mauvaise santé bucco-dentaire est un facteur de risque pour certaines de ces maladies.

La perte d'indépendance entraîne par ailleurs une incapacité, pour ces personnes, à réaliser seul les gestes de l'hygiène quotidienne. La polymédication constatée chez la très grande majorité des patients dépendants est susceptible d'entraîner une perturbation du flux salivaire qui a des conséquences importantes sur la santé bucco-dentaire.

Tout cela montre que le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire est un défi important dans la prise en charge de la personne âgée dans le maintien de sa santé et de son autonomie.

Les études réalisées en France chez les personnes âgées en état de dépendance révèlent un mauvais état de santé bucco-dentaire et un besoin de soins important chez ces personnes. Dans la littérature, aucune étude ne permet d'évaluer le niveau de santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes en Martinique et l'étude menée a pour but d'apporter les premiers éléments descriptifs.

## **1.4. Objectif de l'étude**

L'objectif de notre étude était de décrire l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées institutionnalisées dans les EHPAD de Martinique et leurs besoins en soin.

## **2. Méthodes**

### **2.1. Schéma d'étude**

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive et transversale dans le cadre d'une campagne de dépistage des problèmes bucco-dentaires en EHPAD.

En effet, les dentistes de Martinique ont constaté, au cours de leur pratique quotidienne, que le passage en EHPAD était souvent, pour la personne âgée, la période au cours de laquelle ils observaient une dégradation importante de sa santé bucco-dentaire.

Face à ce constat, le syndicat des dentistes de Martinique, en association avec le comité d'hygiène bucco-dentaire, l'Union Régionale de Professionnel de Santé Chirurgiens-Dentistes (URPS CD), la sécurité sociale et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Martinique ont mis en place une formation et une sensibilisation du personnel des EHPAD aux soins de bouche et à la santé bucco-dentaire, ainsi qu'une campagne de dépistage des problèmes bucco-dentaires des résidents des EHPAD de Martinique.

A l'occasion de la campagne de dépistage, des fiches de recueil de l'état bucco-dentaire ont été remplies par les dentistes participants.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons analysé ces fiches de recueil.

### **2.2. Population d'étude**

Sur les 20 EHPAD que comptait la Martinique, 14 ont participé à la campagne de dépistage. Tous les résidents de ces EHPAD, d'accord pour participer et dont l'état de santé a permis la réalisation d'un examen clinique durant la période de novembre 2014 à février 2015 ont été inclus dans l'étude.

### **2.3. Définition des critères d'intérêts**

Les informations suivantes ont été recueillies :

- L'indice CAO. C est le nombre de dents cariées (les caries radiculaires ont été prises en compte avec les caries coronaires), A le nombre de dents absentes pour cause de carie et O le nombre de dents obturées définitivement dans la bouche de la personne examinée. L'indice CAO moyen a été calculé.
- La quantité de salive, le niveau d'hygiène bucco-dentaire, l'état gingival, les besoins en soins dentaires, la présence de prothèse(s) adaptée(s).
- Les problèmes médicaux parmi les principales pathologies survenant chez le sujet âgé : troubles neuro-psychologiques, les pathologies cardio-vasculaires, les cancers, les pathologies ostéo-articulaires, le diabète et l'hypertension artérielle.
- Les traitements médicamenteux parmi les principaux médicaments agissant sur la santé bucco-dentaire : psychotropes, les héparines /AVK, les corticoïdes, les bi-phosphonates, anti Tnf alpha, immunosuppresseurs, et autres médicaments.
- La consistance de la préparation des aliments pour chaque résident et l'altération du goût.

## 2.4. Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé pendant la campagne de dépistage de novembre 2014 à février 2015 par les 21 chirurgiens-dentistes participants. Il a consisté en un examen clinique et un questionnaire (voir annexe 1) réalisé en une vingtaine de minutes pour chaque patient.

Le chirurgien-dentiste volontaire a noté les antécédents médicaux, les traitements en cours et les habitudes alimentaires. Il a ensuite réalisé l'examen bucco-dentaire pour chaque résident comme suit :

- Examen exobuccal
- Observation de l'aspect des lèvres, des muqueuses et de la langue
- Evaluation de l'odeur de l'haleine
- Evaluation de la quantité de salive présente
- Détermination de la présence d'inflammation, de saignements et de douleurs gingivales
- Evaluation de l'hygiène bucco-dentaire
- Evaluation l'état dentaire
- Observation de la présence de prothèses dentaires amovibles et de leur adaptation
- Recueil du schéma dentaire en notant pour chaque dent si elle était cariée, absente ou obturée
- Evaluation du besoin en soins et de leur nature: détartrage, extractions dentaires, soins conservateurs et/ou prothèses dentaires.

## **2.5. Saisie des données**

Les données ont été saisies à l'aide d'un masque de saisie réalisé sur le logiciel EPI-INFO version 3.5.4

## **2.6. Aspects statistiques**

### *2.6.1. Nombre de sujets nécessaires à l'étude*

Aucun calcul de taille d'échantillon n'a été réalisé puisqu'il était exhaustif des EHPAD participants et des personnes présentant les critères d'inclusion.

### *2.6.2. Analyse*

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif, de pourcentage.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectif, moyenne, écart-type, médiane, étendue et étendue interquartile.

Les données ont été analysées avec le logiciel EPI-INFO version 3.5.4.

Des graphiques réalisés avec le logiciel Pages ont été associés.

## **2.7 Ethique**

Les données qui ont été utilisées au cours de cette étude étaient issues de fiches qui sont consignées dans le dossier médical des patients. De plus les données ont été anonymisées lors de leur saisie. Pour cela, cette étude transversale n'a pas nécessité de considérations éthiques particulières.

## 3 . Résultats

### 3.1. Caractéristiques socio-démographiques

L'étude concernait les 638 résidents composant la population des EHPAD de Martinique.

L'âge moyen des pensionnaires était de  $83,5 \pm 10,02$  ans. Le patient le plus jeune avait 60 ans et le plus vieux 109 ans. Le tableau 2 montre la distribution des patients selon les tranches d'âge.

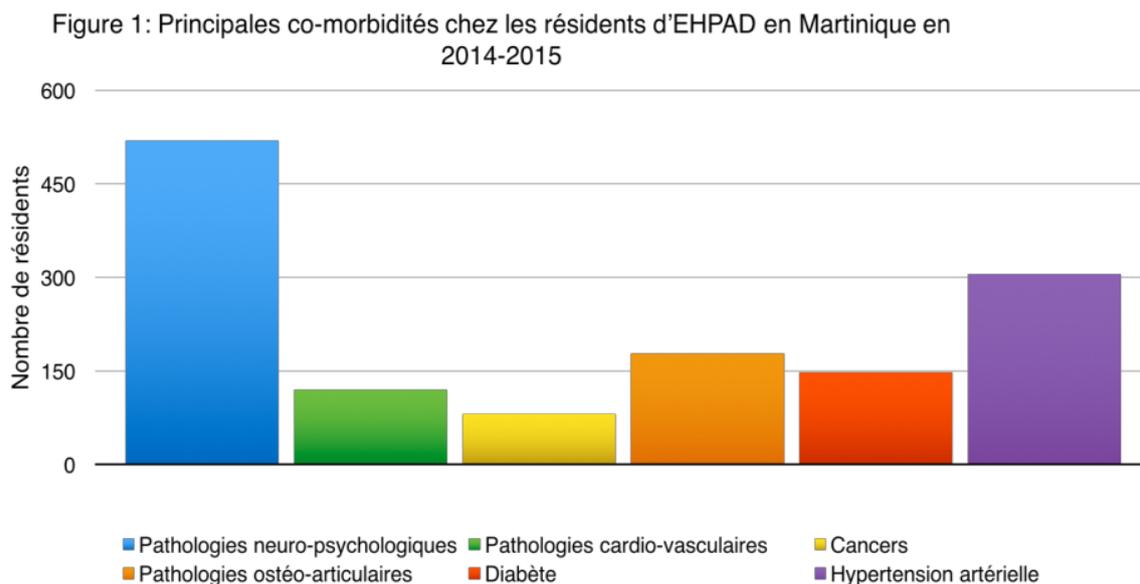
Tableau 2: Distribution selon les tranches d'âge des résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015

Age	N	%
<b>De 60 à 69 ans</b>	68	10,6 %
<b>De 70 à 79 ans</b>	138	21,6 %
<b>De 80 à 89 ans</b>	241	37,8 %
<b>De 90 à 99 ans</b>	153	24 %
<b>Plus de 100 ans</b>	38	6 %
<b>Total</b>	638	100 %

Il apparaît que les femmes (n=370, 58 %) étaient plus nombreuses que les hommes (n=268, 42 %).

### 3.2. Problèmes médicaux et traitements médicamenteux

Les pathologies le plus fréquemment retrouvées chez les résidents étaient les troubles de nature neuro-psychologique (n=513, 80,4%) et l'hypertension artérielle (n=305, 47,8%). La figure 1 montre le nombre de résidents pour chaque pathologie relevée.

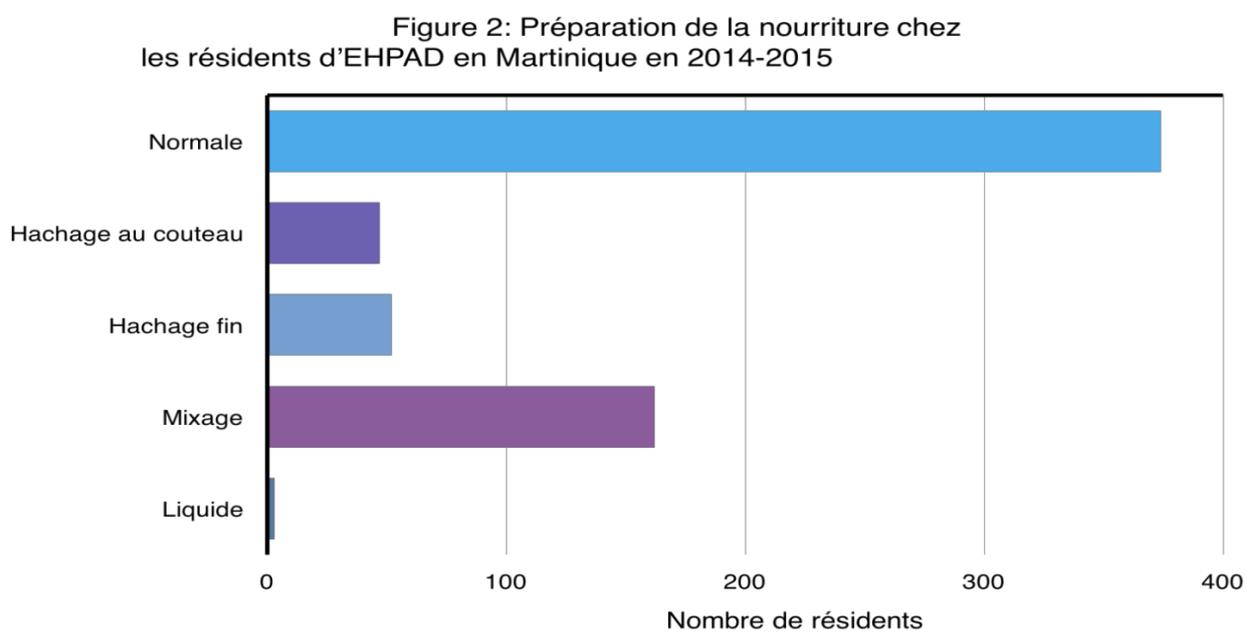


- Seuls 26 résidents, sur les 638, n'avaient aucun traitement médicamenteux
- 271 résidents prenaient des psychotropes
- 116 étaient sous AVK/ héparines
- 7 étaient sous corticoïdes
- 7 étaient sous biphosphonates
- 1 était sous anti TNF alpha,
- 2 prenaient des immunosuppresseurs et 583 avaient un traitement autre que ceux listés précédemment.

### 3.3. Alimentation

Très peu de résidents déclaraient une perception du goût altérée (2,7% n=14). Il n'a pas été possible d'évaluer cette perception du goût chez environ 20% des résidents (n=120). Chez tous les autres elle était normale (n=504).

La consistance des repas était normale pour 374 (58,6%) résidents (Figure 2)



### **3.4. Examen exobuccal**

L'examen clinique réalisé chez les résidents a mis en évidence les chiffres suivants :

- Concernant l'aspect du visage, il a été observé que l'étage inférieur du visage était diminué chez un peu plus de 1 patient sur 2 (n=331).
- Concernant l'aspect des lèvres des résidents, il a été observé qu'elles étaient d'un aspect rose normal chez la grande majorité des résidents (n=428). Elles étaient sèches chez 32% des résidents et on a observé des perlèches chez un peu plus de 1% des résidents (n=9).
- Chez 72,1% des résidents, l'haleine était bonne, mauvaise chez 12,3%, fétide chez 3,2% et chez 12,3% d'entre eux elle est non évaluée.

### 3.5. Examen endobuccal

#### 3.5.1. Examen des muqueuses

L'examen des gencives a permis d'obtenir les résultats présentés dans le tableau 3.

Tableau 3: Etat des gencives des résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015

Variable		N	%
Inflammation des gencives	Absence	437	68,4
	Localisée	151	23,7
	Généralisée	50	7,9
Saignement gingival	Présence	79	12,4
	Absence	559	87,6
Douleurs au niveau des gencives	Présence	40	6,3
	Absence	598	93,7

### 3.5.2. Examen de la salive

Le tableau 4 présente les résultats obtenus concernant la quantité de salive : elle était de consistance normale pour 459 (71,9%) des résidents.

Tableau 4 : La quantité de salive chez les résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015

Quantité de salive	N	%
Normale	459	71,9 %
Diminuée	70	11 %
Augmentée	70	11 %
Non évaluable	39	6,1 %

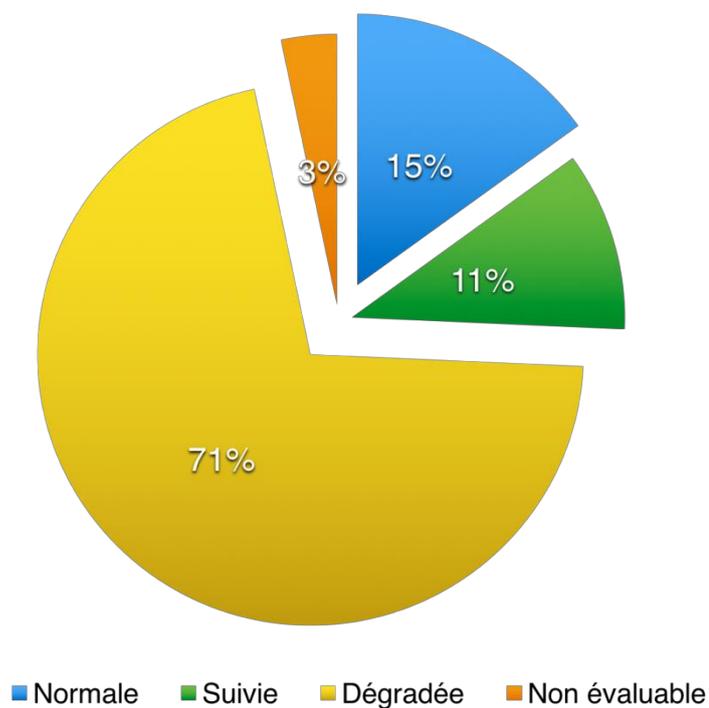
### 3.5.3. Examen dentaire

Quatre cent quarante et un patients (69,1%) présentaient des dents (Tableau 5). L'état dentaire, évalué chez les 638 résidents, selon l'appréciation de chaque examinateur, était dégradé pour 71% des résidents (Figure 3).

Tableau 5: Etat dentaire des résidents en EHPAD en Martinique en 2014-2015

Dents	N	%
Toutes présentes	6	0,9 %
Partiellement présentes	435	68,2 %
Absentes en totalité	191	30 %
Non évaluable	6	0,9 %

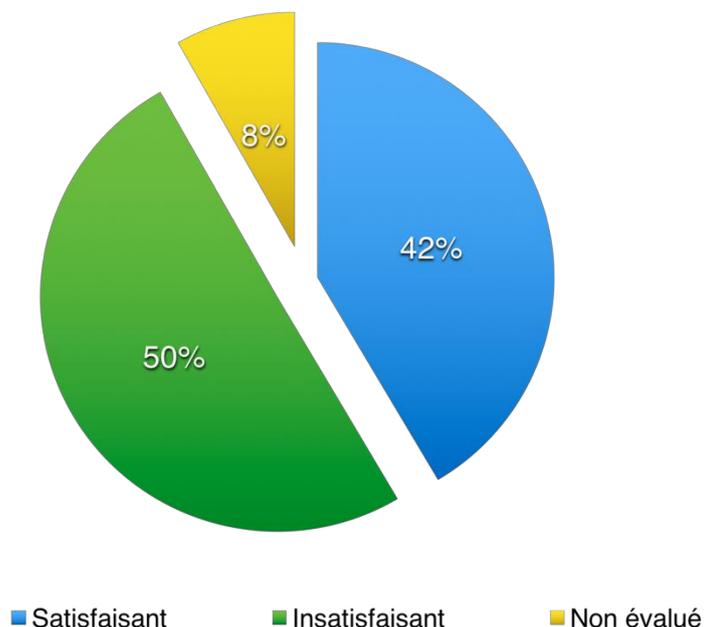
Figure 3: Santé bucco-dentaire chez les résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015



Deux cent dix-huit résidents soit 34,1 % des résidents des EHPAD martiniquais portaient au moins une prothèse amovible et dans un cas sur deux ces prothèses amovibles étaient instables.

Une évaluation du niveau d'hygiène chez chaque résident a montré qu'elle n'était pas satisfaisante (présence de plaque et de débris alimentaire dans la bouche et sur les prothèses) pour 50 % des résidents (Figure 4).

Figure 4: Niveau d'hygiène bucco-dentaire chez les résidents d'EHPAD en Martinique en 2014-2015



Le CAO moyen était de 21,5 +/- 7,35 (Tableau 6), principalement lié à la composante A.

Tableau 6: Indice CAO et ses composantes des résidents en EHPAD en Martinique en 2014-2015

Indice	Moyenne	Ecart-type	Min	Max	%CAO
C	1,15	2,34	0	19	5,4
A	19,85	8,23	0	28	92,6
O	0,43	1,41	0	13	2
CAO	21,43	7,35	0	31	

### **3.6. Besoins de soins**

L'examen bucco-dentaire a révélé un besoin en :

- Détartrage dans 43 % des cas soit 274 résidents
- Extraction dentaire dans 35 % des cas soit 223 résidents
- Soins conservateurs dans 23 % des cas soit 147 résidents
- Prothèses dentaires dans 78 % des cas soit 498 résidents

Au total 89% des résidents avaient besoin de consulter un chirurgien-dentiste (n=568).

Sur les 223 résidents qui avaient besoin de réaliser une extraction dentaire, 22% avaient du diabète et 21,2% prenaient un traitement anti-coagulant.

# **4. Discussion**

## **4.1. Résumé des principaux résultats**

Cette étude permet d'obtenir plusieurs indications sur le niveau de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Martinique :

- L'état bucco-dentaire était jugé dégradé chez 71 % des résidents
- Le CAO moyen était de 21,43 dents avec en moyenne 1,15 dents cariées, 19,85 dents absentes et 0,43 dents obturées.
- Le niveau d'hygiène était évalué insatisfaisant chez 50% des résidents

Cette étude permet de faire le constat que les besoins en soins bucco-dentaires chez les personnes âgées dépendantes sont importants et variés.

On a pu voir que les résidents avaient besoin de soins d'hygiène pour 43 % d'entre eux.

On a pu constater que les résidents avaient besoin de soins dentaires. Des extractions étaient nécessaires chez 35 % et des soins conservateurs chez 23 % des résidents.

Les résidents avaient également besoin de soins prothétiques pour 78 % d'entre eux.

Les dents absentes représentaient 92,6 % du CAO moyen. Cela se confirme par le fait que 98,2 % des résidents étaient édentés partiels ou totaux. Seuls 34,1 % des résidents possédaient au moins une prothèse amovible et dans un cas sur deux ces prothèses étaient inadaptées.

Sur les 223 résidents qui avaient besoin de réaliser une extraction dentaire, 22 % avaient du diabète et 21,2 % prenaient un traitement anti-coagulant.

## 4.2. Explication et mise en perspective des résultats

L'observation d'un état bucco-dentaire dégradé chez les résidents des EHPAD est très fréquente. Une étude menée dans trois EHPAD parisiens montrait que 70% des résidents de ces EHPAD présentaient des dents délabrées, à l'état de racine ou cariée (24).

De même, l'UFSBD faisait le constat en 2009 que trois résidents sur quatre des EHPAD français avaient un état dentaire délabré qui ne leurs permettait pas de s'alimenter correctement (17).

Ce chiffre montre que les résultats obtenus en Martinique, sans être bons, sont proches des chiffres de la France métropolitaine. L'indice CAO moyen donnant une mesure de l'atteinte carieuse dans une population est un bon indicateur du niveau de la santé bucco-dentaire.

En obtenant un CAO moyen de 21,43, on dépasse largement les 6,5 qui sont la limite à partir de laquelle on peut dire que le niveau d'atteinte carieuse est très élevé.

Les résidents des EPHAD martiniquais sont donc concernés par l'expérience carieuse et leurs conséquences dans des proportions très importantes.

Le CAO moyen obtenu dans les EPAHD martiniquais peut être comparé aux CAO moyens relevés en France métropolitaine. Lors d'une étude, dans les EHPAD Agirc-Arrco, réalisée entre octobre 2012 et octobre 2013 le CAO moyen observé était de 20,29 (4). Là encore, les 6,5 étaient largement dépassés. Des valeurs voisines étaient relevées, en 2009, en France, par l'UFSBD chez les 65-74 ans avec un CAO moyen de 23,3 (17).

La personne âgée dépendante en Martinique comme en France métropolitaine est une personne à risque, chez qui les indicateurs d'expérience carieuse sont très élevés.

Plusieurs éléments permettent d'expliquer les résultats obtenus dans les EHPAD concernant la santé bucco-dentaire. Les mauvais chiffres obtenus peuvent trouver une explication, dans un premier temps, dans le fait que l'hygiène buccale est faible dans les EPAHD martiniquais.

Lors de notre étude, nous avons pu observer que l'hygiène bucco-dentaire des résidents n'était pas satisfaisante dans 50 % des cas. Une étude réalisée en 2005-2007, qui avait pour but de réaliser un état des lieux de la santé bucco-dentaire des personnes âgées résidant en établissement dans le Nord-Pas de Calais, donnait des chiffres proches concernant l'hygiène bucco-dentaire avec de la plaque dentaire observée chez 45 % des résidents, du tartre chez 36 % et des dépôts alimentaires chez 28 % d'entre eux (13).

De même, une étude menée en 2004, dans le Lot, sur les personnes âgées institutionnalisées, montrait des dépôts de plaque dentaire, de tartre ou des dépôts alimentaires chez 51 % des sujets (25).

La réalisation quotidienne des gestes d'hygiène est essentielle pour le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire. Pour la personne âgée dépendante, la réalisation de cette hygiène buccale quotidienne est une tâche difficile. Parmi les obstacles à la réalisation de cette tâche, on peut noter le déclin des capacités sensorielles (vision, goût, odorat), la diminution de sécrétion salivaire ainsi que de son rôle protecteur ou encore la disparition de la dextérité manuelle et de la proprioception.

De plus, la baisse des défenses immunitaires implique moins de réaction inflammatoire et ainsi moins de gêne vis à vis d'une prothèse insuffisamment nettoyée.

Enfin, la croyance populaire injustifiée reliant l'inévitable perte des dents et vieillissement physiologique de la bouche et la iatrogénie induite par certains médicaments, en particulier la sécheresse buccale, n'encourage pas le patient âgé à changer ses habitudes (12). Lorsque la personne âgée dépendante n'est plus capable d'effectuer les gestes de la toilette quotidienne, cette tâche relève du rôle de l'IDE en collaboration avec l'aide soignante.

Cependant, la tâche n'est pas facile pour le personnel soignant. Dans l'étude menée dans les EHPAD du Nord - Pas de Calais en 2005-2007, les personnes soignantes évoquaient plusieurs raisons qui expliquaient que la toilette bucco-dentaire n'était pas réalisée de manière conventionnelle (13). Ces raisons sont notamment le manque de temps, le manque de matériel, une formation insuffisante, une tâche non prévue, la crainte d'une fausse route. De plus, l'état de démence fréquemment rencontré chez la personne âgée dépendante entraîne un manque dans la communication et la coopération avec le personnel soignant vis-à-vis, entre autre, des soins d'hygiène bucco-dentaire (26).

Nous avons pu observer qu'un grand nombre (89 %) de résidents avait besoin de consulter un chirurgien-dentiste. Les chiffres obtenus sont proches des résultats obtenus en France métropolitaine.

En 2006, une étude transversale descriptive a évalué les besoins en santé buccodentaire pour un échantillon représentatif des résidents des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes du Limousin et du Poitou-Charentes. Les résultats obtenus montraient un besoin de consulter un chirurgien-dentiste pour 86 % des résidents, un besoin de soins d'hygiène pour 64,9 % des résidents, un besoin de soins pour éliminer des foyers infectieux pour 52,3 % des résidents et un besoin de réhabilitation prothétique pour 55,6 % d'entre eux (27).

Les affections buccodentaires des personnes âgées dépendantes sont souvent sous-estimées malgré les complications qu'elles génèrent. Les états de dépendance s'accompagnent souvent d'une incapacité à mesurer et à exprimer ses propres besoins.

Les états induits par la dépendance et le vieillissement, les troubles cognitifs et dépressifs, les caractéristiques socioculturelles des générations de plus de 85 ans peu sensibilisées au domaine de la santé buccodentaire sont des facteurs qui peuvent expliquer que les résidents des EHPAD ne manifestent, que très rarement, de demande par rapport à leur santé bucco-dentaire.

Les besoins en soins bucco-dentaires importants chez les personnes âgées dépendantes en Martinique pourraient, en partie, s'expliquer par le fait que l'accès aux soins est particulièrement difficile pour ces personnes. Nous l'avons vu précédemment, la densité de dentistes en Martinique est bien plus faible qu'en France métropolitaine (40 dentistes contre 63,3 pour 100 000 habitants).

Dans ce contexte, où l'offre de soins est réduite, les dentistes n'ont pas forcément les moyens de mettre en place les stratégies de prise en charge adaptées à la personne âgée dépendante.

Le patient âgé peut être considéré comme un patient comme les autres, c'est-à-dire unique, mais il est aussi un patient particulier du fait même des répercussions générales et orales du vieillissement. Pour cela, en gériatrie, le chirurgien-dentiste doit développer des stratégies qui sont souvent chronophages.

### 4.3. Limites de l'étude

Notre étude présente un certain nombre de limites.

Tout d'abord, avoir des EHPAD qui n'ont pas souhaité participer à l'étude entraîne un biais de sélection. Dans les EHPAD ayant participé à l'étude, certains résidents ont refusé de participer en raison de leur état de santé car ne leur permettant pas de réaliser l'examen clinique ; ce qui a également entraîné un biais de sélection. Ainsi, nous pensons que les résidents n'ayant pas participé étaient susceptibles d'avoir un état bucco-dentaire altéré et que les données sur l'état bucco-dentaire présentées dans ce travail peuvent être sous-estimées.

Par ailleurs, l'examen a été réalisé sans cryospray, ce qui induit une impossibilité de vérifier la vitalité pulpaire de la dent, qui est donc considérée comme saine alors qu'elle pourrait être nécrosée et nécessiter un traitement. Le manque de matériel radiologique a pu contribuer à des erreurs notamment au niveau des dents couronnées, celles-ci étant considérées comme saines alors qu'elles pourraient comporter une parodontite péri-apicale chronique asymptomatique invisible sans examen radiologique.

De même, l'examen visuel ne permet pas de dépister certaines caries, notamment proximales (28). Ainsi, ces conditions d'examen clinique ont pu contribuer à sous-estimer la présence de carie et les besoins en soins.

De plus, l'indice CAOD utilisé dans cette étude ne prend pas en compte les lésions énamélaires débutantes, ce qui peut nous conduire à ignorer des caries débutantes amenées à se développer. Ces caries sont réversibles si des mesures sont prises comme l'application de fluorures topiques qui facilitent la reminéralisation des zones amélaire déminéralisées, stoppent le métabolisme des bactéries cariogènes et activent la précipitation de cristallites fluorés à la surface de l'émail (29).

Il existe un risque de biais de réponse au niveau du questionnaire, le sujet étant âgé, ne comprenant pas forcément bien la question du fait de surdité ou de problèmes cognitifs.

Enfin il existe un biais lié aux enquêteurs. Les chirurgiens-dentistes ayant effectué les dépistages sont issus de facultés différentes et il n'y a pas eu de formation et de calibrage pour harmoniser l'examen clinique. De ce fait, nous ne connaissons pas la reproductibilité inter-examineur ; des chirurgiens-dentistes ont pu conclure à des résultats différents pour des situations limites. Par ailleurs, certaines questions ne s'appuyaient pas sur des classifications objectives comme la détermination du niveau d'hygiène ou encore de l'état dentaire.

#### **4.4. Forces de l'étude**

Lors de notre revue de la littérature, nous n'avons trouvé aucune étude traitant de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes dans les territoires ultra-marins de France. Cette étude permet d'avoir une première évaluation de la santé bucco-dentaire chez ces personnes et de pouvoir la mettre en perspective avec les standards de France métropolitaine.

Cette étude permet de voir que, à part certaines spécificités, la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes en Martinique est confrontée aux mêmes problématiques qu'en France métropolitaine.

Le biais de sélection due à la non participation de certains EHPAD apparaît limité puisque sur les 20 EHPAD que comptait la Martinique à cette époque, seuls six n'ont pas souhaité participer à cette étude.

## 4.5. Perspectives de prises en charge

Nous pensons que l'amélioration de la santé bucco-dentaire chez les résidents des EHPAD martiniquais passe par des progrès à réaliser dans trois domaines principaux.

### 4.5.1. Une amélioration de l'hygiène des résidents

A notre avis, une amélioration de l'hygiène chez les résidents des EHPAD martiniquais passe par la mise en place, avec le personnel soignant et les résidents, de protocoles pour la toilette bucco-dentaire, adaptés à l'état de santé de chaque résident comme suggéré dans d'autres contextes.

Dans une étude réalisée en 2008 à Paris à la fondation Rouguet, qui accueille des personnes âgées dépendantes, il a été constaté que les mesures d'hygiène buccodentaires existantes dans ce type de structure n'étaient pas en adéquation avec les mesures préconisées. Ce soin était souvent négligé par la personne âgée et le personnel soignant qui ne mesurait pas forcément ses implications sur l'état général de la personne.

Face à ce constat, un protocole spécifique a été mis en place. Une évaluation de l'état de santé bucco-dentaire et du degré d'autonomie de chaque résident a été déterminée. Les résidents ont été classés dans 4 groupes : les personnes autonomes, les personnes édentées totaux non coopérantes, les personnes édentées partiels non coopérantes et les patients dentés non coopérantes.

Des recommandations pour chacune des étapes de la toilette bucco-dentaire, en fonction du groupe auquel appartenait le résident, ont été faites aux personnels soignants et aux résidents.

Une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire a été constatée à l'issue de cette étude à la fois par le personnel soignant et les résidents (12). Par ailleurs, le programme NABUCCOD a été mis en place dans 138 EHPAD en Aquitaine. Il permet le contrôle de la nutrition et de la santé buccale de 646 personnes âgées. Des sessions de formation, avec auto-évaluation, étaient organisées pour le personnel soignant. Les résultats obtenus sont positifs concernant la capacité du personnel pour le dépistage de la dénutrition et de la santé bucco-dentaire (30).

Ce genre d'initiative, où le personnel soignant et les résidents sont sensibilisés à la santé bucco-dentaire, devrait être adaptée à chaque contexte, généralisée, mais aussi répétée de manière fréquente de façon à ce que l'investissement à garder une bonne santé bucco-dentaire ne soit pas relâché.

Une revue de la littérature sur l'hygiène bucco-dentaire chez les patients âgés atteints de troubles cognitifs conclue que l'amélioration de l'hygiène chez ce type de personne passe par une sensibilisation des administrateurs et du personnel infirmier dans les structures d'accueil. De plus, la nomination dans chaque établissement, d'un « responsable de la santé bucco-dentaire » ou une « aide dentaire » serait une idée à développer (26). Cette pratique a été testée dans les maisons de soins infirmiers en Suède et serait un succès.

#### *4.5.2. Une amélioration de la prévention*

Une amélioration de la santé bucco-dentaire passe obligatoirement par un dépistage précoce des troubles qui peuvent apparaître chez les personnes âgées dépendantes. Or, dans les EHPAD, elles sont isolées vis-à-vis des soins bucco-dentaires.

L'UFSBD recommande la mise en place d'un examen bucco-dentaire obligatoire à l'entrée en établissement pour personnes âgées dépendantes associée à la mise en place d'un examen de prévention bucco-dentaire tous les ans, pour maintenir une habitude de consultation et éviter la rupture du lien avec le chirurgien-dentiste (17).

Les rares études réalisées sur ce sujet montrent que près de la moitié des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'ont pas eu de consultation réalisée par un chirurgien-dentiste depuis plus de 5 ans (31).

Une alternative peut être trouvée dans la télémédecine appliquée à l'odontologie. Lors d'une consultation en télémédecine appliquée à l'odontologie, une infirmière crée un dossier pour le patient dans le logiciel et la prise d'image peut commencer. Le protocole mis en place consiste à réaliser 4 vidéos d'environ une minute chacune grâce à la caméra intra-buccale. Le dossier du patient, comprenant les différentes informations, est transmis automatiquement dès que l'ordinateur est connecté.

Les étudiants du centre de soins d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD), sous la validation d'un senior, peuvent étudier les images et les informations du patient. Ils analysent les vidéos et donnent leur diagnostic, organisent un plan de traitement en fonction de l'état général du patient et proposent une prise en charge dans un parcours de soin. Tous ces éléments peuvent ensuite être récupérés par l'établissement du patient et être insérés dans son dossier (32).

Le service médical de l'assurance maladie du Languedoc-Roussillon a tenté l'expérience en réalisant une campagne de visite dans 200 EHPAD de la région sur 2012 et 2013.

La prise en charge buccodentaire des personnes âgées est souvent rendue difficile par l'existence de comorbidités et la polymédication ; c'est pourquoi il convient de privilégier le recours aux mesures préventives pour maintenir un état buccal satisfaisant.

L'application de produits fluorés dont l'efficacité est largement reconnue apporte un bénéfice à tous les patients ayant des difficultés à réaliser la toilette buccale quotidienne, en particulier les personnes âgées et notamment les patients déments. L'utilisation de produits topiques fluorés permet de réduire l'incidence des nouvelles lésions, la progression des lésions existantes et de fait, de limiter le besoin de soins (30).

Des études rapportent une réduction de 50 % du phénomène de déminéralisation avec la consommation d'eau fluorée chez des sujets en institution, une diminution de 67 % des caries radiculaires avec l'emploi d'un dentifrice fluoré et une réduction de la profondeur des lésions carieuses de 20 % avec un vernis fluoré, à une concentration de 22600 ppm (33, 34).

Lorsque l'hygiène est médiocre ou impossible, le recours aux bains de bouche est possible pour alcaliniser et humidifier la bouche. On peut alors utiliser du bicarbonate à 14 %. Cette alcalinisation peut être prolongée sans limite. Elle permet de réduire le développement des germes buccaux, d'éliminer les débris alimentaires, de diluer les acides buccaux et les toxines de la plaque dentaire, de diminuer l'acidité orale et de protéger les muqueuses (18).

La bouche sèche (xérostomie), est également très fréquente. Là encore, de simples soins de bouche type rafraîchissement par des sprays d'eau, glaçons, eau gazeuse glacée et brossage des prothèses améliorent l'état buccal et le confort. Des traitements médicamenteux peuvent être associés en cas d'hyposialie importante : les substituts salivaires ou salives artificielles, les sialogogues qui stimulent la sécrétion salivaire, et les protecteurs de la muqueuse buccale (18).

#### *4.5.2. Une amélioration de l'accès aux soins*

Nous pensons que l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes âgées dépendantes passe par une adaptation des soins à l'état de santé de ces personnes.

Le chirurgien dentiste amené à soigner des personnes âgées dépendantes devra garder en tête un certain nombre de clés afin que la thérapeutique soit une réussite.

La réalisation de soins bucco-dentaires chez l'individu âgé est plus complexe. L'histoire et l'état médical modifient souvent considérablement, voire limitent, les possibilités thérapeutiques. De même, la prise de médicaments, ajoutée au vieillissement organique, peut participer à la précarisation de l'état bucco-dentaire et contraindre les traitements.

Enfin, la fragilité de l'individu, physique et/ou mentale participe également à l'élaboration de la solution thérapeutique. Par exemple, la question de la conservation de dents sur l'arcade, chez la personne âgée, dépend d'autres facteurs que le délabrement coronaire.

Ainsi, la conservation sera préférentiellement envisagée dans les situations où le patient est coopérant et en bon état de santé général, le patient est coopérant et présente des pathologies chroniques bien contrôlées, la cavité est peu ou modérément profonde, le patient n'est pas prêt psychologiquement à perdre la dent, la dent est stratégiquement essentielle par exemple, en cas de forte résorption mandibulaire (35). Nous avons été confrontés à cette difficulté dans cette étude lorsque, parmi les résidents qui avaient besoin de réaliser des extractions dentaires, 21,2 % étaient sous anti-coagulant et 22% étaient diabétiques.

Quelques stratégies opératoires en dentisterie restauratrice gériatrique peuvent être mises en place. Dans ces protocoles, les soins sont détaillés en fonction de l'état de dépendance et de coopération du patient. On peut citer les techniques Atraumatic Restorative Treatment (ART), Minimal Invasive Dentistry (MID) et la technique sandwich. Par exemple, la technique ART ne fait pas intervenir d'instrumentation rotative. Le curetage de la cavité se fera au ciseau à émail ou à l'excavateur. Le débridement de la carie et l'obturation doivent se faire le plus rapidement possible. Les ciments au verre ionomère (CVI) conventionnel seront privilégiés.

Ces techniques rendent service au patient lorsqu'il n'est pas compliant ou lorsqu'il n'est pas en mesure de coopérer (démence légère à modérée). Cela permet d'éviter un certain nombre de douleurs et de conserver la dent sur l'arcade. Une dent même délabrée permet de manger mieux que n'importe quelle prothèse amovible, même très bien réalisée (35).

Il nous paraît également que l'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes âgées dépendantes passe par une amélioration de l'offre des soins pour ces personnes en particulier pour lesquelles le déplacement en cabinet dentaire peut être compliqué.

Une solution originale peut être évoquée, le bucco-bus, même si certains aspects de ce projet comme le financement restent des obstacles à sa mise en place.

Un bucco-bus est conçu comme une unité mobile de soins. Cette unité, qui répond à des problèmes concrets de prise en charge, présente de nombreux intérêts, notamment celui de la proximité du lieu de soins. Sa présence constitue un confort pour la personne âgée qui ne sera pas mobilisée longuement et dans un environnement qu'elle ne connaît pas, l'unité mobile pouvant être installée dans la cour de l'EHPAD pour la journée. De plus, le chirurgien-dentiste pourra échanger avec le personnel de l'EHPAD (4).

Le refus de soins lié à la démence est également un grand défi pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents en EHPAD. Dans une étude américaine de 2011, les auteurs ont tenté de limiter les comportements de refus de soin des personnes âgées dépendantes, afin d'améliorer leur santé bucco-dentaire, en agissant sur la sensation de peur et la perception de menace ressenties par les patients lors de ces soins.

Les personnes âgées atteintes de démence ont été réparties dans deux groupes : l'un étant pris en charge par un personnel spécialement formé pour tranquilliser les patients, l'autre constituant le groupe témoin et recevant les mêmes soins d'hygiène dentaire de la part d'une personne n'ayant pas reçu de formation.

Le soignant, lorsqu'il détectait un comportement hostile aux soins, mettait en place une stratégie visant à réduire la sensation de menace et de peur durant les soins : sourire, attitude décontractée, distractions, politesse, gestes réalisés en un temps. Les résultats de cette enquête préliminaire soulignaient l'effort de formation du personnel qui doit être réalisé (36).

Il convient de développer ces initiatives au maximum pour améliorer la qualité de vie des résidents.

# Conclusion

Le niveau de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Martinique est très altéré mais similaire à celui décrit en France métropolitaine, malgré une offre de soins bien moins importante.

L'offre de soins bucco-dentaire particulièrement réduite en Martinique n'explique pas entièrement le besoin en soins très importants constaté chez les résidents, qu'il s'agisse de soins d'hygiène ou de traitements plus lourds comme l'élimination de foyers infectieux.

Il nécessite des stratégies de prise en charge adaptées pluridisciplinaires, impliquant le résidents et sa famille, le personnel soignant des EHPAD et les chirurgiens-dentistes.

Des actions répétées de sensibilisation à la santé bucco-dentaire et de formation à la fois sur la bonne pratique de la toilette bucco-dentaire quotidienne mais aussi sur les stratégies qui peuvent être mises en place face à un résident non coopérant sont une solution afin d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire des résidents.

Des stratégies originales comme le bucco-bus pourraient être développées afin de faciliter l'accès aux soins des résidents. Cependant, ces solutions sont complexes et longues à mettre en place. En attendant, il nous apparaît donc comme essentiel de généraliser les actions de prévention dans les EHPAD comme l'utilisation de topiques prophylactiques et les dépistages réguliers chez les résidents.

# Références

- 1- MERLE S. *Démographie des personnes âgées en Martinique*. 2012. Disponible sur [http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/demographie\\_personnes\\_agees\\_smgg.pdf](http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/demographie_personnes_agees_smgg.pdf)
- 2- FANON J. -SMGG -HENRY H. *Analyse de la réponse du dispositif sanitaire et médico-social aux besoins de la population âgée dépendante en Martinique*. ARS - Service Etudes et Statistiques Antilles-Guyane. 2012. Disponible sur [http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre\\_Sante/La\\_sante\\_par\\_public/Personnes\\_handicapees/DEPAMAR\\_personnes\\_agees\\_dependante\\_en\\_Martinique.pdf](http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_Sante/La_sante_par_public/Personnes_handicapees/DEPAMAR_personnes_agees_dependante_en_Martinique.pdf)
- 3- MICHEL J. *La fragilité est-elle inéluctable avec l'avance en âge ?* Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ? Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS 2002.
- 4- AGIRC-ARRCO – UFSB. *Santé bucco-dentaire: Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées*. 2014. Disponible sur [http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/09/AGIRC-ARRCO-UFSBD-Guide\\_sante\\_bucco\\_dentaire.pdf](http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/09/AGIRC-ARRCO-UFSBD-Guide_sante_bucco_dentaire.pdf)
- 5- COLLÈGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS EN GÉRIATRIE (CNEG). *Autonomie et dépendance chez le sujet âgé*. Paris: Elsevier Masson 2014. (3ème édition)
- 6- CALVET L.-MONTAUT A. *Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) -ministère de l'Économie et des Finances - ministère des Affaires sociales et de la Santé -ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Dossiers solidarité et santé. Numéro 42. 2013
- 7- LECROART A. (DREES) -FROMENT O. -MARBOT C. -ROY D. (INSEE). *Projection des populations âgées dépendantes*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) -ministère de l'Économie et des Finances -ministère des Affaires sociales et de la Santé -ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Dossiers solidarité et santé. Numéro 43. 2013
- 8- FOLLIGUET M. *Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées*. Direction Générale de la Santé SD2B. 2006. Disponible sur [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention\\_bucco-dentaire\\_chez\\_les\\_personnes\\_agees.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf)
- 9- DUTHEIL N. - SCHEIDEGGER S. *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*. Ministère de l'Emploi de la Cohésion sociale et du Logement - Ministère de la Santé et des Solidarités - DREES. Etudes et résultats Numéro 494. 2006
- 10- MARQUIER R. *Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) -ministère de l'Économie et des Finances - ministère des Affaires sociales et de la Santé -ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Dossiers solidarité et santé. Numéro 47. 2013
- 11- RAMOS-GORAND M. -VOLANT S. *Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) - ministère de l'Économie et des Finances, ministère des Affaires sociales et de la Santé -ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Etudes et résultats. Numéro 891. 2014
- 12- PEREZ CHRISTOPHORY S. – OUADA S. *Hygiène bucco-dentaire en EHPAD*. Mémoire de DIU : Formation de médecin coordinateur d'EHPAD. Paris V. 2010. Disponible sur [http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2009-2010/Hygiene\\_Bucco-dentaire\\_par\\_Sophie\\_Perez\\_Christophory.pdf](http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2009-2010/Hygiene_Bucco-dentaire_par_Sophie_Perez_Christophory.pdf)

- 13- LAFORET J. -BUI H. -CATUSSIE E. -CORROYEZ J. -COUBRONNE C. -DONADIEU A. -MERESSE S. - SEMAILLE B -DEVILLERS A. *Etat de santé bucco-dentaire et organisation des soins*. URCAM Nord – Pas de Calais. 2006. Disponible sur [http://ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/download/Rapport\\_de\\_synth\\_se.pdf](http://ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/download/Rapport_de_synth_se.pdf)
- 14- GIL-MONTOYA J. - FERREIRA DE MELLO A. -BARRETO CARDENAS C. - GUARDIA LOPEZ I. *Oral Health Protocol for the Dependent Institutionalized Elderly*. Geriatric Nursing 2006; 27 (2): 95–101
- 15- NAITO M. -KATO T. - FUJII W. - OZEKI M. -YOKOYAMA M. - HAMAJIMA N. - SAITOH E` *Effects of dental treatment on the quality of life and activities of daily living in institutionalized elderly in Japan*. Archives of Gerontology and Geriatrics 2010; 50: 65–68.
- 16- SÉGUIER S. -NEBOTD. -FOLLIGUET M. -POSTAIRE M. -RADOI L. -VEILLE-FINET A. *Prise en charge buccodentaire de la personne âgée*. EMC - Médecine buccale 2015;10(1):1-13 [Article 28-865-V-10].
- 17- UFSBD. *Contribution de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire à la réflexion préparatoire au projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement*. 2014. Disponible sur <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/2014-02-12-Contribution-UFSBD-Loi-Autonomie.pdf>
- 18- BODINEAU A. - BOUTELIER C. - VIALA P. - LAZE D. - DESMAREST M - JONNEAUX L. - FOLLIGUET M. - TRIVALLE C. - Groupe EPP buccodentaire de l'Hôpital Paul-Brousse. *Troubles de la déglutition : de l'état buccodentaire à la fausse-route Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie*. NPG 2007; 7(40): 7-14.
- 19- BELINGARD-REBIERE D. -COLLEU G. -HUET S. -ISNARD A. -KILANI M. -LANFRANCHI P. -MENU A. - MONOD S. -NOVIC M. *Accès aux soins buccodentaires pour les résidents en EHPAD: un enjeu de santé publique ?* École de Haute Études en Santé Publique, Module interprofessionnel de santé publique. 2009. Disponible sur [http://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/mip/groupe\\_17.pdf](http://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/mip/groupe_17.pdf)
- 20- CARDOSO T. - FLAMAND C. - MERLE S. - QUENEL P. - FAGOT-CAMPAGNA A. *Prévalence du diabète en Martinique Résultats de l'enquête ESCAL-Martinique 2003-2004*. Disponible sur [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=4928](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4928)
- 21- OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MARTINIQUE. *Les maladies cardio-vasculaires*. 2012. Disponible sur [http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/maladies\\_cardiovasculaires\\_2012.pdf](http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/maladies_cardiovasculaires_2012.pdf)
- 22- ONDPS. *État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes*. 2013. Disponible sur [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat\\_des\\_lieux\\_de\\_la\\_demographie\\_des\\_chirurgiens\\_dentistes\\_decembre\\_2013.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf)
- 23- FUENTES-GARCIA A. - LERA L. - SANCHEZ H. - ALBALA C. *Oral health-related quality of life of older people from three South American cities*. Gerodontology 2013; 30: 67–75.
- 24- GODENER R. - BUCH D. - KOUYOUMDJIAN C.- TENEBBAUM A. - DUVERNEUIL G. - PIAVOUX M. - GUILLEMETTE F. - CHANSIAUX C. - ELAMRANI N. - EBERSOLD M. - WOLMARK Y. - PIERRISNARD L. - NEBOT D. *Etat bucco-dentaire des personnes âgées dans des EHPAD parisiens*. Le chirurgien dentiste de France 2010. 1438 : 43—49
- 25- MARTINASSO A. - ANGLARS A. - DEGEORGE-GARCIA S. - YVORRA A. *Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire et de l'accès aux soins des personnes âgées hébergées en établissement dans le Lot*. Institut de Santé Publique d'Épidémiologie et de Développement Université Victor Segalen Bordeaux. Mémoire pour le Diplôme Universitaire d'Évaluation de la Qualité en Médecine. 2004. Disponible sur [http://aspsbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio\\_EHPAD\\_Lot.pdf](http://aspsbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_EHPAD_Lot.pdf)
- 26- CHALMERS J. - PEARSON A. *Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review*. Journal of Advanced Nursing 2005; 52(4): 410–419.
- 27- COHEN C. - TABARLY P. - HOURCADE S. - KIRCHNER-BIANCHI C. - HENNEQUIN M. *Quelles réponses aux besoins en santé buccodentaire des personnes âgées en institution ?* Presse medicale 2006; 35: 1639-48.

- 28- HENNEQUIN M. - LASFARGUES J. *La démarche diagnostique en cariologie. Concepts cliniques en odontologie conservatrice*. Eds SNPMD, pp 9-33. 2001
- 29- FOLLIGUET M. - VEILLE-FINET A. - BODINEAU A. *Le vernis fluoré en prévention buccodentaire chez les personnes âgées*. *Psychiatrie - Gériatrie* 2011; 11: 259—263.
- 30- POISSON P. -BARBERGER-GATEAU P. -TULON A. -CAMPOS S. -DUPUIS V. -BOURDEL-MARCHASSON I. Efficiency at the resident's level of the NABUCCOD nutrition and oral health care training program in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15(4): 290-5.
- 31- Haute Autorité de santé. *Stratégies de prévention de la carie dentaire*. 2010. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges\\_rapport\\_cariedentaire\\_version\\_postcollege-10sept2010.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf)
- 32- GIRAUDEAU N. - VALCARCEL J. - TASSERY H. - LEVALLOIS B. - CUISINIER F. - TRAMINI P. - VIALLA F. *Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD. La Recherche Européenne en Télé médecine* 2014; 3: 51—56.
- 33- HONG L. - WATKINS CA. - ETTINGER RL. - WEFEL JS. *Effect of topical fluoride and fluoride varnish on in vitro root surface lesions*. *Am J Dent* 2005; 18:182—7.
- 34- BAWDEN JW. *Fluoride varnish: a useful new tool for public health dentistry*. *J Public Health Dent* 1998; 58: 266—9.
- 35- DUPUIS V. - LÉONARD A. *Les soins conservateurs chez les seniors. Odontologie du sujet âgé*. Elsevier Masson SAS. 2010
- 36- JABLONSKI RA. - KOLANOWSKI A. - THERRIEN B. - MAHONEY EK. - KASSAB C - LESLIE DL. *Reducing care-resistant behaviors during oral hygiene in persons with dementia*. *BMC Oral Health* 2011;19 (11): 30

# **ANNEXE 1: Questionnaire utilisé pour le recueil des données**

## Grille d'évaluation de l'état bucco-dento-prothétique du résident

### IDENTITÉ

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....

Evaluation du : ..... Mise à jour du : .....  
Par : ..... Fonction : .....

### BILAN GÉNÉRAL

**Antécédents généraux (médicaux, chirurgicaux) :**

**Remarques/Habitudes :**

**Médicaments :**

**Allergies :**

<b>EXAMEN EXOBUCCAL</b>	
<b>Aspect du visage</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> étage inférieur diminué
<b>Lèvres</b>	<input type="checkbox"/> roses <input type="checkbox"/> humides <input type="checkbox"/> sèches <input type="checkbox"/> fissurées <input type="checkbox"/> saignements <input type="checkbox"/> ulcérées <input type="checkbox"/> Perlèche <input type="checkbox"/> non évaluable
<b>Haleine</b>	<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/> fétide <input type="checkbox"/> non évaluée
<b>Muqueuses</b>	<input type="checkbox"/> roses <input type="checkbox"/> rouges <input type="checkbox"/> humides <input type="checkbox"/> inflammation <input type="checkbox"/> saignements <input type="checkbox"/> ulcérées <input type="checkbox"/> leucose <input type="checkbox"/> non évaluable
<b>Sécheresse buccale</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non évaluable <input type="checkbox"/> autre (préciser)
<b>Gencives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>inflammation</b>      <input type="checkbox"/> absence      <input type="checkbox"/> localisée      <input type="checkbox"/> généralisée</li> <li>• <b>saignements</b>      <input type="checkbox"/> oui      <input type="checkbox"/> non</li> <li>• <b>douleur</b>      <input type="checkbox"/> oui      <input type="checkbox"/> non      <input type="checkbox"/> non évaluable</li> </ul>
<b>Langue</b>	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> peu colorée <input type="checkbox"/> rougeurs <input type="checkbox"/> coloration noire <input type="checkbox"/> pâteuse <input type="checkbox"/> dépapillée <input type="checkbox"/> fissurée <input type="checkbox"/> leucose <input type="checkbox"/> ulcérée <input type="checkbox"/> non évaluable
<b>Goût</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> altéré <input type="checkbox"/> métallique <input type="checkbox"/> non évaluable
<b>Salive</b>	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> diminuée <input type="checkbox"/> augmentée <input type="checkbox"/> non évaluable
<b>Déglutition</b>	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> difficulté à déglutir <input type="checkbox"/> non évaluable <input type="checkbox"/> aliments solides <input type="checkbox"/> aliments liquides <input type="checkbox"/> douleurs à la déglutition <input type="checkbox"/> incapacité totale à déglutir Autre (préciser) : .....
<b>Dents</b>	<input type="checkbox"/> toutes présentes <input type="checkbox"/> partiellement présentes <input type="checkbox"/> absentes en totalité <input type="checkbox"/> non évaluable      autre (préciser) : .....
<b>Etat dentaire</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> suivi <input type="checkbox"/> dégradé <input type="checkbox"/> non évaluable
<b>Prothèses dentaires</b>	<input type="checkbox"/> oui      nombre de prothèses : ..... <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non évaluable <b>Si oui :</b> <input type="checkbox"/> propre <input type="checkbox"/> sale <input type="checkbox"/> prothèse adaptée, qui tient <input type="checkbox"/> prothèse instable
<b>Hygiène bucco-dentaire</b>	<input type="checkbox"/> Satisfaisante <input type="checkbox"/> insatisfaisante <input type="checkbox"/> non évaluable

## **SCHÉMA DENTAIRE**

Reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire

**C** : dent cariée                      **A** : dent absente pour cause de carie

**O** : dent obturée

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

### **Etat parodontal**

- parodontopathie :     oui     non

**Besoins de soins** :                       oui     non

*Si oui :*

- détartrage
- avulsion
- dent(s) à soigner .....
- prothèse(s)

Maxillaire                       Résine                      Nombre de dents : .....

Métallique

Mandibulaire                       Résine                      Nombre de dents : .....

Métallique

### **Commentaires :**

<p>.....</p>
---

## Prévention de la dénutrition

- Le résident mange-t-il ?  oui  non
- Nombre de repas par jour : .....
- Certains aliments sont-ils évités ?  oui  non
- *Si oui, lesquels ?* .....
- Préparation de la nourriture :

normale     hachage au couteau     hachage fin     mixage     liquide

- Besoin d'une aide pour manger :  oui  non

*Si oui* :  aide partielle     aide totale

Vu, le président du jury,

Date et signature:

Vu, le directeur de l'UFR des sciences Odontologiques,

Date et signature:

Vu, le président de l'Université de Bordeaux,

Date et signature:

**Julien MARIE-MAGDELEINE, le 07 mars 2016**

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE 2016

**Discipline: Santé publique**

**Titre: La Santé bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante en Martinique**

**Résumé:** Le vieillissement de la population et la perte d'indépendance chez la personne âgée sont des problèmes de santé publique mondiaux qui n'épargnent pas la France et plus particulièrement la Martinique. Dans la littérature aucune étude ne permet d'évaluer le niveau de santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes en Martinique. Notre objectif était de décrire l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées institutionnalisées dans les EHPAD de Martinique. Les résultats obtenus montre que le niveau de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Martinique est très altéré mais similaire à celui décrit en France métropolitaine malgré une offre de soins bien moins importante.

**Mots-clés:** Personnes âgées - Santé bucco-dentaire - Personnes dépendantes - Martinique

**Title: The oral health status of institutionalized old people in Martinique**

**Summary:** The general ageing of the population and the loss of independence of old people are public health problems worldwide including France and more specifically Martinique. No study has examined so far of the oral health status of institutionalized old people in Martinique. Our objective was to describe the oral health status of institutionalized old people in Martinique. In conclusion the oral health status of institutionalized old people was poor in Martinique, but it is roughly the same than in Metropolitan France, in spite of a less important availability of oral health care.

**Keywords:** Old people - Oral health - Institutionalized people - Martinique

Université de Bordeaux – Collège des Sciences de la Santé  
UFR des Sciences Odontologiques  
16-20 Cours de la Marne  
33082 BORDEAUX CEDEX