



HAL
open science

Les bouches abandonnées des personnes âgées institutionnalisées : évaluation de l'état bucco-dentaire dans 3 EHPAD ruraux en 2017

Pauline Chaniat

► **To cite this version:**

Pauline Chaniat. Les bouches abandonnées des personnes âgées institutionnalisées : évaluation de l'état bucco-dentaire dans 3 EHPAD ruraux en 2017. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01937000

HAL Id: dumas-01937000

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01937000v1>

Submitted on 27 Nov 2018

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
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10





UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2018

N° 044

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 05 juin 2018

Par

Pauline CHANIAT

**Les bouches abandonnées des personnes âgées institutionnalisées :
évaluation de l'état bucco-dentaire dans 3 EHPAD ruraux en 2017**

Dirigée par M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

JURY

Mme le Professeur Florence Chemla

Président

M. le Docteur Jean-Pierre Attal

Assesseur

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Assesseur

M. le Docteur Cécile Akodjenou Hvostoff

Assesseur

M. le Docteur Alexandre Gautier

Invité



Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme VITAL	M. COURSON Mme DURSUN Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDEMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET	Mme GERMA M. PIRNAY M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD M. ROCHEFORT (PU associé)	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN Mme CHERIFI (MCU associée) M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BÈRÈS (MCU associée) Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON (MCU associée) M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES	M. POSTAIRE	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX		M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE (MCU associée) M. SALMON Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Mise à jour le 18 décembre 2017

Remerciements

À Mme le Professeur Florence Chemla

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chef de service de l'hôpital Charles Foix

Chevalier de l'ordre des palmes académiques

Pour me faire l'honneur d'être la présidente du jury de cette thèse, et pour m'avoir soutenue à l'idée de ce sujet. Veuillez trouver l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À M le Docteur Jean-Pierre Attal

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilité à Diriger des Recherches

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire

Pour votre enthousiasme au sein du service hospitalier Charles Foix associé à votre enseignement de qualité, et pour me faire l'honneur de votre présence au sein de ce jury, vous avez toute ma reconnaissance.

À M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Pour me faire l'honneur d'avoir accepté de m'épauler lors de l'écriture de cette thèse, de m'avoir poussée à croire en ce sujet et en mon projet. Pour m'avoir soutenue au cours de ces années parfois psychologiquement très difficiles. Une réelle chance de vous avoir eu comme professeur, vous avez toute ma gratitude et ma profonde reconnaissance.

À Mme le Docteur Cécile Akodjenou Hvestoff

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier Contractuel, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Pour me faire l'honneur d'avoir accepté de faire partie de ce jury, et pour l'inspiration que vous m'avez donnée lors du Congrès Européen de Gérontologie en 2016 à Paris, mes sincères remerciements.

À Alexandre Gautier, qui m'a épaulé et chapeauté avec brio tout au long de cette épreuve de rédaction, aucune tirade élogieuse ne pourra être à la hauteur de la précieuse aide que j'ai reçu de sa part, surtout concernant l'analyse statistique des données. Il a toujours su se rendre disponible et su me redonner la force de persévérer lorsque le stress s'était totalement emparé de moi.

À ma chère maman, mon plus solide pilier en cette vie, qui a cru en moi à ma place et a su me donner toutes les clefs du Bonheur dans cette vie.

Au Dr DROUHIN, plus qu'un dentiste pour moi, un père spirituel qui m'a montré que la pratique de notre métier pouvait être hollistique et pleinement humaine, pour mon plus grand bonheur.

À M. Lejeune, directeur de l'EHPAD de Saint Sauveur, pour son joyeux dynamisme et sa motivation face à ce projet.

Au Dr. Mourot Michel, médecin gériatre coordinateur, à l'origine de ce projet.

Au directeur du GCSMS, M. Hervé Nadeau qui m'a accueilli avec chaleur et enthousiasme au sein de son établissement.

À ma chère famille d'âme, Cécile, Awen (mention spéciale OV/DDO!!!) , Ludivine, Antoine et Maël pour leur Amour Inconditionnel.

À Fabiel, pour la Présence de sa belle âme dans ma vie.

À Kali, Krispy, Layla, Vénus, Sabrine et Marie, les anges de ma vie, pour Tout ce qu'ils m'apportent de Joie et d'Amour.

À Lucie, Priscillat, Bertille, Léo, Elsa, Aurélien, Clément, Raphaël et Océane, qui m'ont permis de m'aérer l'esprit, rire et sourire durant cette période charnière.

À Mme Michel qui a toujours été là pour m'accueillir dans sa calme demeure dans les moments les plus difficiles de ma scolarité.

À Ophélie et Rabia, avec qui c'est un réel plaisir de travailler au cabinet, au sein duquel j'ai réellement trouvé une seconde famille.

À Mathieu Bonnerot, pour toutes les rigolades et les soutiens partagés, qui sera pour toujours dans mon Coeur.

À la Vie, pour tous les chemins qu'elle nous offre afin de toujours pouvoir apprendre, évoluer et Aimer.

À la Joie, que je ne cesserai jamais de vouloir cultiver et répandre.

À l'Amour, essentiel, et seule véritable charpente de nos vies, de nos êtres et de notre monde.

"Science sans conscience n'est que ruine de l'âme." Rabelais

Table des matières

Table des matières	1
1 : Introduction	3
1.1 Population des EHPAD	4
1.1.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD ?	4
1.1.2 Qu'est ce qu'une personne âgée dépendante ?	5
1.1.3 Population vulnérable, marginale et grandissante	6
1.1.4 Enjeux lié à l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.....	8
1.2 Organismes ayant participé à l'action	13
1.2.1 GCSMS	13
1.2.2 EHPAD ayant bénéficié des bilans bucco-dentaires	14
2 : Matériel et méthode	19
2.1 Convention du projet entre le GCSMS et le cabinet	19
2.2 Population étudiée	19
2.2.1 Critères d'inclusion	19
2.2.2 Critères d'exclusion	20
2.3 Données	20
2.3.1 Conception de la fiche de bilan bucco-dentaire	21
2.3.2 Collecte des données.....	25
2.3.3 Traitement des données.....	27
3 : Résultats.....	29
3.1 Analyse et description de la population étudiée	29
3.1.1 Le profil des résidents.....	29
3.1.2 Répartition des GIR au sein de la population	30
3.2 Nombre de dents saines et édentement	32
3.2.1 Nombre de dents saines	32
3.2.2 Edentement complet	34

3.3 Douleur bucco-dentaire.....	36
3.3.1 Douleur des patients édentés.....	38
3.3.2 Douleur des patients dentés.....	38
3.4 Dents mobiles et racines résiduelles	42
3.5 Inflammation	43
3.6 Habitude de brossage	44
3.7 Prothèse.....	46
3.8 Besoins et doléances	46
3.8.1 Besoins évalués.....	46
3.8.2 Doléances rapportées.....	48
4 : Discussion.....	49
4.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	49
4.1.1 Perte d'autonomie : le cœur de la problématique.....	49
4.1.2 Nombre de dents manquantes : un constat alertant	50
4.1.3 Présence de douleur	52
4.1.4 Besoins en soins et doléances	53
4.2 Causes des bouches abandonnées	54
4.3 Limites de la présente étude	56
5 : Conclusion et perspectives	57
5.1 La suite du projet	59
Bibliographie	60
Table des figures et des illustrations	63
Table des tableaux	65
Annexes	66

1 : Introduction

Depuis plusieurs années déjà, il a été constaté qu'il existe des inégalités sur le plan de la santé et de l'accès aux soins, selon les régions et le niveau d'urbanisation de la zone. Cela se vérifie aussi en ce qui concerne l'odontologie. Ainsi, la Bourgogne est une région au sein de laquelle la densité des professionnels de santé des quatre départements est en-dessous de la moyenne nationale. **Avec 37 dentistes pour 100.000 habitants, l'Yonne est, avec la Haute-Saône, le département le plus lésé de Bourgogne Franche-Comté.**¹

D'autre part, au fil des années, du fait des progrès constants de la médecine, l'espérance de vie tend toujours à augmenter² et le nombre de personnes âgées dépendantes s'accroît également.

Le patient âgé présente des caractéristiques particulières, notamment dues aux répercussions générales et buccales du vieillissement physiologique et pathologique.

En effet, dans les Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les résidents font partie d'une classe sociale à part : une population vulnérable du fait d'une accumulation de pathologies, et donc très souvent polymédiquée. L'odontologie gériatrique constitue donc une question de santé publique et concernant tout un chacun.

Au sein de ces lieux d'accueil, les personnes âgées peuvent vivre en communauté, avoir des activités ludiques, culturelles, voire sportives et de bien-être, établir également des liens sociaux qui les protègent de l'isolement, et avoir recours aux soins nécessaires à la conservation d'une certaine qualité de vie. Médecins, infirmières, aide-soignants, psychologues, podologues et même coiffeurs sont à leur disposition.

Mais qu'en est-il de la présence du chirurgien-dentiste ? Lui qui pourtant a toute sa place dans la coordination du parcours de santé puisqu'un état bucco-dentaire dégradé a des répercussions sur l'état général de ces patients déjà fragiles. L'odontologie apparaît comme une nécessité pour cette population du troisième âge et pourtant l'accessibilité aux soins est un problème majeur.

L'ensemble de ces constatations m'a amenée à désirer intervenir dans le domaine de la santé orale des personnes âgées dépendantes qui résident en structures médicalisées dans l'Yonne.

Après la rencontre d'un directeur d'EHPAD avec qui je partage une motivation et un souci du bien-être de cette population, j'ai pu monter un projet de réalisation de bilans bucco-dentaires au sein de ces structures spécialisées. C'est au moyen d'une convention établie avec le GCSMS (Groupement de

¹Agence régionale de santé Bourgogne Franche-Comté, « Cartosanté - Densité des chirurgiens-dentistes ».

²Bellamy et Beaumel, « Bilan démographique 2015. Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre ».

Coopération Sociale et Médico-sociale) de l'Yonne et le cabinet où j'exerce, que j'ai pu réaliser des dépistages dans 3 établissements en zone rurale, plus spécialement concernée par le désert médical.

Dans un premier temps l'objectif était de réaliser une action en santé publique par le biais d'exams de dépistage proposés gratuitement à tous les résidents des EHPAD du GCSMS. En effet, ces patients n'avaient jamais bénéficié de visite de chirurgien-dentiste au sein de leur structure.

Dans un second temps, assistée d'un de mes confrères, j'ai pu traiter et analyser statistiquement les données recueillies afin d'établir un état des lieux de l'état bucco-dentaire de cette population âgée et dépendante et des conditions d'accès aux soins. Une étude simple des données suffit à faire ressortir l'objectif principal : rappeler la nécessité de la présence de l'odontologie au sein de cette tranche spécifique de la population. Ainsi, par le biais de cette action j'ai pu réaliser une évaluation de l'état bucco-dentaire ainsi que détailler le besoin en soins. J'ai aussi finalement tenté d'enquêter sur les différentes stratégies envisageables et à notre disposition pour y répondre.

Enfin, ce travail m'aura permis de percevoir les points à améliorer lors de mes prochaines actions de dépistage, de façon à agir de manière plus pertinente et efficace.

1.1 Population des EHPAD

1.1.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD

Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes est une structure ayant la capacité de fournir des soins médicaux aux individus de plus de 60 ans, seuls ou en couple, qui ne sont plus capables de rester à leur domicile suite à une perte d'autonomie physique ou mentale. Auparavant, elles étaient appelées « maisons de retraite médicalisées ». Généralement, on trouve au sein de ces établissements un secteur réservé aux résidents les plus dépendants : ceux atteints de la maladie d'Alzheimer, de Parkinson ou autres affections dégénératives. Les aides les plus connues et les plus courantes pour rejoindre cet environnement spécialisé sont : l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie qui dépend du niveau de dépendance de la personne), l'aide sociale et les réductions d'impôts. Elles sont calculées en fonction des ressources de la personne âgée et attribuées par le conseil départemental.³

Dans ces structures, non seulement on subvient aux besoins primaires des résidents, mais il y a également régulièrement des animateurs qui proposent des activités durant de la journée afin de permettre, *via* une forme de divertissement, des sollicitations intellectuelles et des interactions sociables, nécessaires à leur bien-être psychologique. De plus, les résidents bénéficient d'une assistance pour les actes de la vie quotidienne ainsi que d'une aide médicale.

³ Service public, « Allocations et aides aux personnes âgées ».

Le tarif de ce service est calculé selon une convention tripartite signée entre l'établissement d'accueil, le conseil départemental et le préfet ou la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

Selon l'enquête de l'INSEE concernant les revenus fiscaux et sociaux, le revenu annuel médian pour une personne de plus de soixante-cinq ans s'élève à 20 470 euros, soit 1 705 euros par mois en 2013.⁴ Or le tarif médian (hébergement + ticket modérateur dépendance) d'un EHPAD en hébergement permanent pour une chambre seule sans ASH s'élève à 1 949 euros par mois en 2016, ce qui représente l'équivalent de 114% du revenu mensuel d'un retraité, avant aides sociales attribuées sous conditions de ressources (aides au logement, aide sociale à l'hébergement).⁵

En conséquence, le placement en institution représente un véritable fardeau financier, qui complique l'avance de frais médicaux (optiques, prothèses auditives ou dentaires) par le patient ou sa famille, et qui participe au renoncement aux soins.

1.1.2 Qu'est ce qu'une personne âgée dépendante ?

La personne âgée dépendante est une personne de 60 ans ou plus, ayant « besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » selon la loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA.⁶ L'état de dépendance -le besoin d'aide pour la réalisation d'actes de la vie quotidienne- peut s'installer chez une personne âgée de manière progressive (sans qu'il soit possible de déterminer un « point de bascule » : sénescence, maladies neurodégénératives) ou de manière brutale (à la suite d'une décompensation d'une pathologie générale, mais aussi à la suite d'un choc psychologique, telle la perte de son conjoint).⁷

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) est un outil qui permet d'attribuer un score GIR (Groupe Iso Ressources) en fonction des tâches quotidiennes qu'est capable d'effectuer la personne âgée. Parmi les 6 niveaux de dépendance (GIR 1 à GIR 6), les GIR 1 et GIR 2 sont les personnes considérées comme étant les plus en perte d'autonomie ; alors que les GIR 6 sont celles qui ont conservé la possibilité de réaliser seules les actes principaux de la vie quotidienne.

C'est lors de l'apparition des premiers troubles (physiques ou psychiques) de la personne qu'il revient à la famille ou à l'entourage de constater les prémices d'une perte d'autonomie et d'emmener alors la personne chez son médecin traitant. Ce dernier pourra évaluer la situation et éventuellement prendre des mesures sociales ou médicales adaptées.

⁴Demaison et al., « Les revenus et le patrimoine des ménages ».

⁵Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Analyse des tarifs des Ehpads en 2016 ».

⁶Institut national de la statistique et des études économiques, « Personnes âgées dépendantes ».

⁷Humanis, « Qu'est-ce que la dépendance et la perte d'autonomie ? »

Les premiers troubles physiques peuvent se traduire simplement par des troubles de l'équilibre, une difficulté à se lever, une marche hésitante, une fatigue inhabituelle ou une baisse de l'activité physique habituelle, une perte de poids... Au niveau psychique, les signes avant-coureurs de la perte d'autonomie sont des troubles de l'alimentation, de l'hygiène, de la mémoire ou de l'humeur (agressivité, apathie, tristesse). Une baisse des relations sociales, entraînant un risque d'isolement peut aussi être un facteur supplémentaire, un pas vers la dépendance.⁸

1.1.3 Population vulnérable, marginale et grandissante

Les transitions telles que le départ à la retraite ou le déménagement en structure spécialisée en gérontologie, ou encore les décès des proches sont autant de traumatismes psychologiques participant à la baisse de la force psychique des personnes âgées. Le départ à la retraite est la fusion de deux écueils à gérer : la chute socio-économique qui en découle, et le changement de rythme de vie et de relations sociales. Or **la santé psychologique a un impact sur la santé physique, et inversement.**

Le retentissement psycho-social du vieillissement participe activement à l'émergence de la vulnérabilité de la personne, qui à son tour exacerbe les problématiques d'isolement, de désinvestissement et de renoncement : c'est un cercle vicieux dont il est nécessaire de prendre conscience afin de pouvoir agir et accompagner la personne à plusieurs niveaux (psychologique, physique, social...).

« Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique » et « la vulnérabilité peut résulter de l'âge, la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse ».⁹

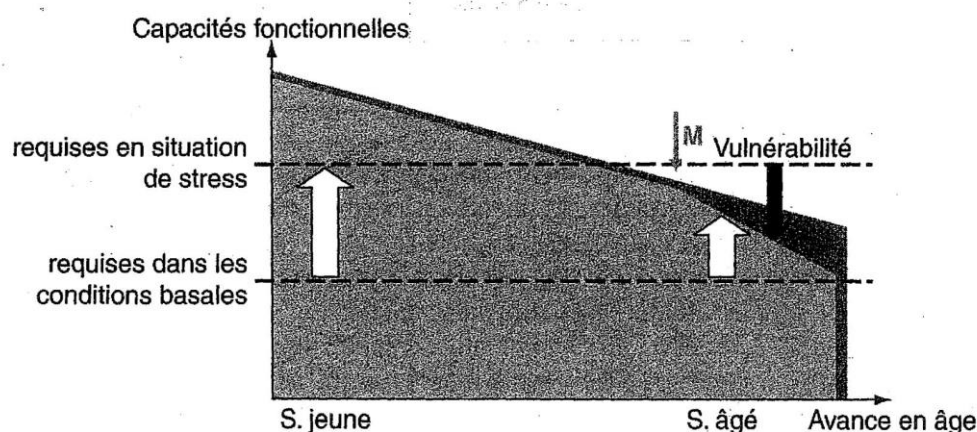
Il faut bien comprendre que **la survenue d'un événement soudain telle une maladie (infarctus par exemple) ou un déménagement entraîne une vulnérabilité qui se traduit par la baisse des capacités fonctionnelles requises en situation de stress par rapport aux capacités fonctionnelles requises dans les conditions basales (en temps normal).**¹⁰

⁸Humanis.

⁹Belmin, « Vulnérabilité-Fragilité de la personne âgée ».

¹⁰Wolmarc, « Vieillesse normale et pathologique. Cours S7UE4 ».

Figure 1 : Vieillesse et fragilité



Source : Wolmarc, *Vieillesse normale et pathologique*, 2015

Le vieillissement physiologique correspond à une diminution globale des fonctions physiques et cognitives, qui entraîne le développement de difficultés d'adaptation aux situations nouvelles ou stressantes. A cette dégradation physiologique, s'ajoute un élément de fragilité, qui peut se traduire par des troubles de la marche, de la posture, des problèmes cognitifs (démence, maladie d'Alzheimer), nutritionnels (qui entraînent une perte de masse corporelle et musculaire), etc. Aussi, le résident en EHPAD n'a plus les repères de son domicile, il a déjà subi ce changement de lieu et de cadre de vie qui l'ont affaibli psychologiquement. Ainsi, lors d'une situation de stress, comme un déplacement pour une consultation chez le dentiste, le patient sera vite perturbé.

La perte d'autonomie, le logement en structure spécialisée, la fragilité, le besoin en soins médicaux quotidiens, tout cela est source de marginalisation de cette population.

De plus, il existe une composante notable supplémentaire expliquant en quoi la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur de santé publique : la population française continue de vieillir sous l'effet de l'avancée en âge des membres de la génération dite du « baby-boom ». Au 1er janvier 2016, la France compte 66,6 millions d'habitants dont 18,8 % de 65 ans ou plus. Cette part a augmenté de 2,4 points en dix ans et de 3,7 points en vingt ans.¹¹

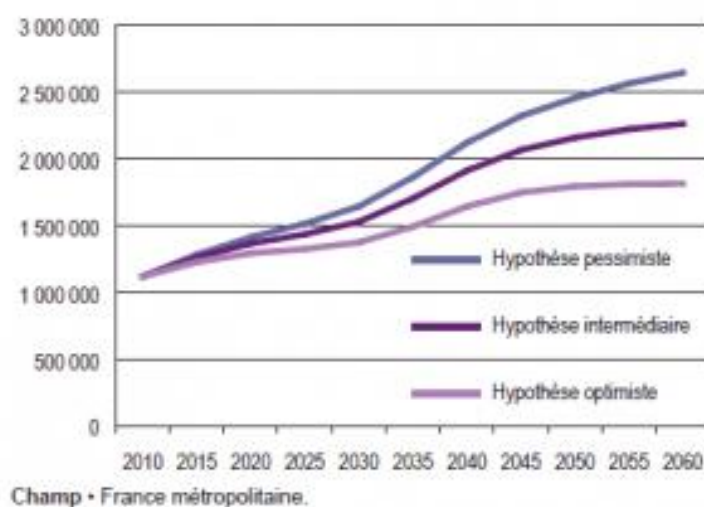
Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera pour atteindre plus de 10 millions. **Selon ces calculs, en**

¹¹Bellamy V, Beaumel C Bilan démographique 2015 – Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre. Insee; 2016. Insee Première, no 1581.

2060, une personne sur trois aura donc plus de 60 ans.¹² Parallèlement, le nombre de personnes âgées dépendantes - en référence aux degrés de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) définis pour accéder à l'allocation de perte d'autonomie (APA) - augmente.

Au 1^{er} Janvier 2012, 1,17 millions de personnes, soit 7,8 % des Français âgés de 60 ans ou plus étaient dépendants selon l'APA (Aide Personnalisée d'Autonomie) et **à l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions.**¹³

Figure 2 : Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection



Source : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, « Projections de population 2007-2060 », 2010

1.1.4 Enjeux lié à l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes

Les personnes âgées dépendantes sont des patients qui méritent notre attention du fait de leurs spécificités, liées dans un premier temps à la senescence normale. En effet, la dépendance les rend vulnérables et la polypathologie les fragilise d'autant plus. Leur prise en charge s'avère de se fait particulière : elle demande une grande attention et surtout une grande adaptabilité. De plus, **la prévalence des pathologies bucco-dentaires est plus élevée que chez la population classique.**¹⁴ En effet, **les résidents dépendent du personnel pour les soins d'hygiène corporelle quotidiens, or j'ai pu constater que les soignants manquent très souvent de temps ou de formation pour dispenser les soins de bouche et les résidents manquent de dextérité, de mémoire, d'intérêt ou de fonctions**

¹²Blanpain N, Chardon O, Projections de population à l'horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Insee ; 2010. Insee Première, no 1320.

¹³Institut national de la statistique et des études économiques, « Personnes âgées dépendantes ».

¹⁴Folliguet et Direction générale de la santé SD2B, « Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées ».

cognitives pour les réaliser eux-même. Le risque carieux est donc majoré par ce manque d'hygiène. Aussi, la plupart des patients sont polymédiqués, et l'hyposialie qui découle généralement de cette polymédication entraîne une aggravation du risque carieux. En effet, elle est liée à la prise de molécules ayant des effets anticholinergiques (neuroleptiques et apparentés, antihistaminiques, antidépresseurs), consécutif à la prise de certains bêtabloquants, de diurétiques, ou à l'irradiation des glandes salivaires.¹⁵ La diminution du flux salivaire est également inhérente au vieillissement et aggravée en cas de maladie de Parkinson ou Alzheimer.¹⁶

Vue l'ampleur des conséquences fonctionnelles, esthétiques et sociales d'un état bucco-dentaire dégradé, la prise en charge de ces patients marginalisés constitue un véritable enjeu de santé publique, d'autant plus dans les zones médicalement défavorisées telles que celle de l'Yonne.

En effet, **les déficits touchant la cavité orale participent à l'aggravation de l'état général.**¹⁷ Pourtant, il existe de la part des chirurgiens-dentistes une retenue devant cette prise en charge qui demande connaissances spécifiques, flexibilité et patience. Aussi, **les difficultés d'accès dans les cabinets dentaires et les problèmes liés au transport de ces personnes fragiles constituent des freins au suivi dentaire.**

Pourtant, les enjeux liés à un état bucco-dentaire dégradés sont notables :

*altération de l'état général

*accentuation du risque d'isolement social (soucis d'esthétisme et d'élocution), de dénutrition (douleur, difficulté de mastication), de dépression (difficulté d'acceptation de la vieillesse), de perte d'autonomie (aide pour se sustenter) et de diminution de la qualité de vie (douleur, marginalisation, vulnérabilité)

1.1.4.1 Conséquences des infections bucco-dentaires sur la santé générale

De manière habituelle, **le médecin et le dentiste réalisent chacun leur prise en charge de manière indépendante** et ce fait est d'autant plus regrettable en gériatrie compte tenu de l'impact des infections bucco-dentaires sur la santé générale de ces patients déjà concernés par la polypathologie. En effet, malgré l'oubli de la cavité buccale dans la prise en charge médicale des personnes âgées, une bouche ne peut être séparée du reste du corps et une dégradation de la santé buccale a un

¹⁵Azerad, « Relations entre maladies parodontales, diabète de type II et risque cardiovasculaire : revue méthodique de la littérature. Étude qualitative auprès de médecins généralistes parisiens ».

¹⁶Radoi, Veille-Finet, et Folliguet, « Chap. 10 : Bucco-dentaire ».

¹⁷Pirnay, « Prise en charge des personnes âgées : Aspects éthiques et juridiques. Cours S7UE4 ».

retentissement global sur la santé de la personne. Par exemple, **le diabète, la dénutrition et les cardiopathies sont des affections pour lesquelles le risque induit par un mauvais état dentaire (présence d'une infection avérée ou potentielle) est un facteur aggravant.**

L'inverse est aussi vrai : une altération de la santé générale peut induire une dégradation de l'état bucco-dentaire. Par exemple, la maladie d'Alzheimer, les séquelles d'AVC, la maladie de Parkinson, les démences et les dépressions sont autant de pathologies pour lesquelles les capacités à maintenir une hygiène bucco-dentaire diminuent.¹⁸

1.1.4.2 Infections bucco-dentaires et diabète

La relation entre diabète et maladie parodontale permet d'illustrer la relation bidirectionnelle entre santé générale et santé bucco-dentaire. Le diabète est un facteur de risque de développement d'une maladie parodontale (risque multiplié par trois par rapport aux non diabétiques), mais, à l'inverse, la parodontite est un facteur de risque de mauvais équilibre glycémique. Ainsi, la mise en place d'un traitement parodontal permet d'améliorer le contrôle de la glycémie.¹⁹ De fait, la Société Française de Chirurgie Orale recommande de pratiquer un bilan bucco-dentaire dès le diagnostic d'un diabète, d'éliminer les foyers infectieux bucco-dentaires (recommandation impérative pour les patients diabétiques non équilibrés – hémoglobine glyquée > 7%) et de mettre en place un suivi bucco-dentaire tous les 4 à 6 mois.

Les résidents en EHPAD n'ont pas une prise en charge en adéquation avec les recommandations. Il est de notre devoir de faire notre possible pour pallier ces inégalités d'accès aux soins.

1.1.4.3 Infections bucco-dentaires et dénutrition

L'entrée en institution est un changement des habitudes de vie de la personne âgée dépendante qui occasionne des répercussions psycho-socio-environnementales parmi lesquelles on retrouve le risque de dénutrition.

Le risque est également majoré en cas de troubles bucco-dentaires : trouble de la mastication, mauvais état bucco-dentaire, appareil mal adapté, sécheresse buccale, candidose buccale et troubles de la déglutition. La dénutrition apparaît aussi en cas de démence ou de syndrome dépressif.²⁰

Le vieillissement de la cavité buccale et les pathologies qui y sont associées entraînent une diminution du potentiel masticatoire. Ce potentiel est défini par de nombreux co-facteurs tels que le nombre, l'état et la mobilité des dents, la diminution du flux salivaire, le port éventuel de prothèses

¹⁸ Naito et al., « Effects of dental treatment on the quality of life and activities of daily living in institutionalized elderly in Japan ».

¹⁹Colombier, « Répercussions des maladies parodontales sur la santé générale. Cours S6M4 ».

²⁰Pirnay, « Prise en charge des personnes âgées : Aspects éthiques et juridiques. Cours S7UE4 ».

plus ou moins fonctionnelles, la présence d'une inflammation gingivale ou de pathologies des muqueuses associées à des douleurs. Il influence le type d'alimentation de la personne âgée, ce qui a un impact sur ses apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs, son confort et son bien-être.²¹ Ainsi, la personne âgée est contrainte de supprimer certains aliments de son régime et à en consommer d'autres en excès -souvent les aliments mous, cariogènes.

Enfin, le statut nutritionnel est un élément déterminant quant au pronostic de l'état de santé et de la survie de la personne âgée. En effet, **la dénutrition augmente le risque de chute, de handicap, de maladies infectieuses, de dépression, ainsi que la mortalité. Le chirurgien-dentiste a donc toute sa place dans le parcours de soin afin de lutter contre ce facteur causal de l'augmentation de la morbidité, qu'est la dénutrition.**²²

1.1.4.4 Hygiène bucco-dentaire et pneumopathies d'inhalation

Les bactéries présentent un risque lorsqu'elles envahissent les tissus ou qu'elles passent dans le fux sanguin, mais aussi lorsqu'elles sont inhalées. **Une dissémination aérienne de celles-ci peut donc également provoquer une infection respiratoire, ou pneumopathie d'inhalation.** D'où l'influence des soins d'hygiène chez les personnes âgées hospitalisées : l'élimination quotidienne du biofilm dentaire peut réduire les infections respiratoires et leur morbidité (Yoneyama 2001).

Outre la mise en place de soins de bouche quotidiens, avec brossage, il est souhaitable de procéder à un assainissement de la cavité buccale, en restaurant ou extrayant les dents délabrées, rétentrices de biofilm dentaire ou de débris alimentaires.

1.4.4.5 Santé orale et qualité de vie des résidents

L'Organisation Mondiale de la Santé définit en 1946 la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La santé bucco-dentaire a une influence sur la vie privée, sur la vie sociale et plus généralement sur le bien-être physique et moral de chacun et à tout moment de la vie.

La qualité de vie est définie par "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes, ses inquiétudes. Elle englobe la santé physique (symptômes, douleurs, conséquences des pathologies ou des traitements), l'état psychologique (émotivité, anxiété, dépression), le niveau d'indépendance, les relations sociales (familiales, amicales, professionnelles)

²¹Bodineau-Mobarak et Bert, « Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées ».

²²Pasquier, Thomas-Antérion, et Laurence, « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ».

et l'environnement de la personne». On comprend donc aisément la baisse objective de la qualité de vie de la personne âgée dépendante et vivant en institution.

De même, **une étude menée dans un EHPAD de Guebwiller a confirmé l'importance des besoins en soins dentaires et rappelle que l'amélioration de l'hygiène quotidienne est un levier important pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vivant en EHPAD.**²³ De plus, il a été démontré une amélioration de la qualité de vie après réhabilitation totale par prothèse complète conventionnelle ou par prothèse sur implants, chez les personnes âgées de 60 ans et plus.²⁴

Il faut dépasser les préjugés: les personnes âgées ont le droit de séduire, de sourire. Il faut penser que pour ces personnes aussi l'esthétique est importante et on doit donc pouvoir leur offrir une vie dans le confort esthétique et fonctionnel.²⁵

1.1.4.6 Spécificités de la prise en charge du patient en perte d'autonomie

L'établissement du plan de traitement en gérontologie comporte des priorités différentes, compte tenu de la condition fragile inhérente à ces patients âgés : il s'agit de reconsidérer le **principe de la proportionnalité**. En effet, généralement, ce principe s'applique à tous les patients quel que soit leur état : **la gravité et l'intensité des interventions et des contraintes doivent être raisonnablement proportionnelles aux résultats escomptés ainsi qu'à l'espérance de vie du patient.**²⁶ Il s'agit non seulement d'être prudent et patient, mais aussi de savoir renoncer à traiter certaines pathologies.

Il existe un ordre de priorités des soins à apporter au patient. Meilleurs seront l'état général du patient et sa collaboration, plus les soins seront poussés vers la perfection médico-technique.

Les cinq premières priorités de soins pour les personnes âgées sont :

- élimination de la douleur dans la sphère buccale
- élimination du risque d'inhalation d'éléments dentaires
- prescription d'un traitement d'urgence disponible en cas de besoin
- prévention des infections buccales
- définition des soins de bouche quotidiens comme soins de base

Rappelons aussi que quelque soit l'âge des patients, la prévention et l'hygiène bucco-dentaires sont des priorités pour lesquelles tout doit être mis en œuvre.

²³ Gregory et Hyde, « Root caries in older adults ».

²⁴Naito et al., « Effects of dental treatment on the quality of life and activities of daily living in institutionalized elderly in Japan ».

²⁵Pirnay, « Prise en charge des personnes âgées : Aspects éthiques et juridiques. Cours S7UE4 ».

²⁶Pirnay.

L'autre aspect spécifique de la prise en charge est que la relation praticien-patient ici est particulièrement inégale car **il existe un vrai rapport dominé/dominant**.²⁷

Ce volet relationnel constitue une autre spécificité dont le chirurgien-dentiste doit tenir compte et qui nécessite une adaptabilité supplémentaire. En effet, il lui faut alors trouver les clefs d'une communication adaptée. Il s'agit donc de parler d'une voix claire et forte, lentement, en regardant le patient de manière expressive en faisant preuve de compréhension et de compassion, tout en encourageant le patient à s'exprimer et en lui laissant le temps. La patience est plus que requise. Par ailleurs, il est aussi essentiel de gérer, relationnellement parlant, la famille de la personne dépendante. **La relation praticien-patient devient donc triangulaire** car souvent un membre de la famille est présent lors de la séance avec le patient dépendant. Cette situation présente des avantages mais aussi des inconvénients :

-parfois l'entourage est une aide dans la prise en charge et la motivation car il peut re-expliquer au patient les tenants et les aboutissants du traitement proposé, ainsi que sa pertinence

-en revanche il arrive que la famille devienne un frein en renvoyant en permanence à la personne âgée l'image de sa vulnérabilité et de sa dépendance

Le praticien doit repérer la ou les personnes de l'entourage capables d'influencer les décisions et le psychisme du patient, puis les rallier à sa cause, pour maximiser les chances de réussites du traitement.

1.2 Organismes ayant participé à l'action

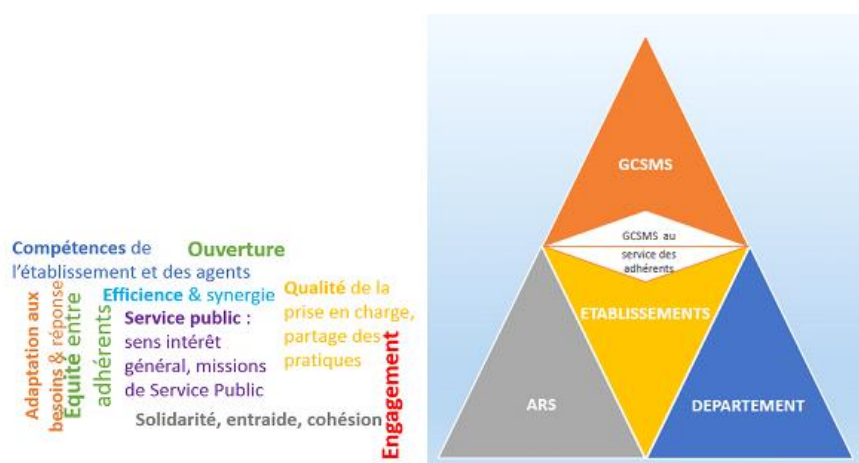
1.2.1 GCSMS

Le GCSMS est un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Social au service de 12 EHPAD sur le département de l'Yonne (Auxerrois, Puisaye, Forterre), 938 professionnels sont concernés (cadre de santé, IDE, AS, ASH, autres paramédicaux) en 2016. Cette alliance permet d'assurer un service public de qualité en ce qui concerne les EHPAD.

En effet, la nécessité de rénover les équipements existants ou de concevoir les équipements futurs, la recherche des financements pour y procéder et la réalisation des opérations qui en découlent, constituent une ambition commune pour ces professionnels. Cela permet d'améliorer les prestations offertes aux personnes accueillies et les conditions de travail du personnel.

²⁷Pirnay.

Figure 3 : Le GCSMS est un groupement aux compétences et valeurs communes²⁸



Source : Groupement de coopération sociale et médico-social, « Vers un GCSMS-EPHAD Publics de l'Yonne », 2016

« Outre la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel,...), la mise en commun de services (juridiques, comptables,...) ou d'équipements (restauration,...), il [le GCSMS] permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social.»²⁹

Le GCSMS peut permettre :

- d'exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale
- de créer et de gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à leurs activités
- de faciliter ou d'encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité de leurs membres et de la qualité de leurs prestations, notamment par le développement et la diffusion de procédures, de références ou de recommandations de bonnes pratiques, en lien avec les travaux de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (Anesm)
- de définir ou proposer des actions de formation à destination des personnels et de leurs membres.³⁰

1.2.2 EHPAD ayant bénéficié des bilans bucco-dentaires

Pour bien comprendre le milieu dans lequel les personnes âgées dépendantes institutionnalisées sont prises en charge, il est utile de connaître les différents éléments constituant un EHPAD ainsi que les différents acteurs qui participent à des niveaux divers à son bon fonctionnement. Il ne faut pas

²⁸Fédération hospitalière de France, « Vers un GCSMS-ehpad publics de l'Yonne ».

²⁹Fédération hospitalière de France.

³⁰Dupont-Darras et Blineau, « Le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ».

oublier que ces personnes sont relativement cantonnées à cet unique lieu de vie, il est donc indispensable qu'elles y trouvent tout le confort nécessaire à leur santé ainsi qu'à leur bien-être psychique, émotionnel et social.

Les EHPAD visités lors cette action de santé publique disposent tous :

- d'une prise en charge médicalisée et individualisée
- de préparation et de service des repas (assurés par le personnel de la résidence)
- d'animations (composante essentielle pour maintenir des liens sociaux, assurée par une animatrice diplômée qui propose des activités ludiques, festives, sociales et culturelles)
- d'accord avec des professions libérales qui interviennent dans les résidences (coiffeuses, pédicure, esthéticienne...)
- d'un psychologue dans l'établissement
- d'un lieu dédié aux offices religieux
- d'une convention avec Yonne sport (qui intervient 1 heure par semaine d'octobre à juin, pour une stimulation physique)
- d'un Conseil de la Vie Sociale (avec des représentants des résidents et des familles)
- des tables d'hôtes (pour recevoir familles et amis)

Beaucoup de choses sont pensées et mises en place pour le bien-être et la santé des patients. Même en ce qui concerne les chambres pourtant meublées, les résidents sont libres de les aménager selon leur goût en terme de décoration et même avec des petits meubles leur appartenant.

Pourtant, aucune de ces structures ne compte de chirurgien-dentiste, ni au sein de l'établissement, ni rattaché ou « affilié », alors que toutes les autres filières médicales et paramédicales sont représentées : médecins généralistes, infirmières, ergothérapeutes, psychologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes, pharmaciens, podologue...

1.2.2.1 Résidence Gandrille Bel Air

Saint-Sauveur-en-Puisaye est une commune d'environ 1000 habitants, située au Sud de l'Yonne, à 40km d'Auxerre.

La résidence Gandrille Bel Air est située dans un parc de 4 hectares, imprégné d'une nature verdoyante, autour d'un étang grouillant de vie et dans un vrai paysage de Puisaye cher à l'écrivain Colette. Située à 500m du cœur du Bourg, les résidents peuvent ainsi sortir en journée ou peuvent utiliser le minibus sur demande pour se balader.

L'hébergement permanent est constitué de 91 lits, l'hébergement temporaire de 2 lits et avec jusqu'à 6 lits disponibles en accueil de jour.

Aussi, du lundi au vendredi, le PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) réunit au maximum un petit groupe de 12 résidents vivant avec la maladie d'Alzheimer dans une ambiance familiale pour vivre une journée « comme à la maison ». En effet, après avoir lu ensemble le journal, les résidents partagent le déjeuner avec l'équipe. De la mise du couvert au débarrassage, chacun met la main à la pâte. La sieste terminée, l'après-midi se poursuit avec des jeux de mémoire, des discussions, la découverte d'Internet, ...

Une équipe de 80 professionnels (dont 5 infirmiers et 25 soignants) accompagne les résidents au quotidien, dans le souci du bien-être et de la dignité de chaque résident. L'équipe soignante comprend : médecin, infirmières, soignants, psychologue, kinésithérapeute, équipe mobile de soins palliatifs. A sa direction, M. Lejeune s'investit beaucoup pour le bien-être de sa communauté : il a mis en place un espace de balnéothérapie et organise régulièrement des événements festifs ; en outre, il accepte la présence des animaux de compagnie des résidents (ce qui leur procure une grande joie).³¹

Figure 4 : Photos de l'EHPAD Gandrille Bel Air



Source : Résidence gandrille, « Bassin et cabinet médical », 2014

1.2.2.2 Résidence de la Croix des vignes

La résidence de La croix des vignes est située à Toucy, une petite ville poyaudine comptant environ 2700 habitants.

Cet EHPAD dispose d'une capacité d'accueil de 60 lits dont 10 dans le « Village », secteur sécurisé pour les patients alzheimer. Il s'y trouve également 3 places d'accueil de jour, ainsi qu'une place d'hébergement temporaire.

³¹Résidence Gandrille bel air, « Découvrir la résidence ».

La direction est assurée par interim par M. Hervé Nadeau, en attendant qu'un nouveau directeur soit nommé par l'Agence Régionale de Santé. Il est également le directeur de l'EHPAD de la Vallée de l'Ouanne à Charny.

L'établissement est une structure conviviale et bien pensée pour le confort des résidents.

Une terrasse accessible toute l'année avec store banne pour l'été, des barbecues sont organisés pendant la saison estivale.³²

Les chambres sont spacieuses et adaptées aux besoins des résidents.

Figure 5 : Photos de l'EHPAD de la Croix des Vignes



Source : Résidence croix des vignes, « Salle de restauration et chambre », 2016

1.2.2.3 Résidence de la Vallée de l'Ouanne

Charny Orée de Puisaye est une communauté de communes de Puisaye-Forterre située dans l'Yonne en Bourgogne. Elle compte environ 5000 habitants.

Son EHPAD, la résidence de la Vallée de l'Ouanne offre un cadre agréable à ses résidents.

Elle compte 72 lits et une unité Alzheimer de 17 chambres individuelles.³³

Sa direction est assurée par M. Hervé Nadeau, également directeur de 2 autres établissements du même type. Il est aussi actif au sein du Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Il est l'un des premiers à avoir rendu ses évaluations internes et externes : un bilan de compétences à grande échelle devenu obligatoire cette année dans les EHPAD afin d'améliorer la qualité de la prise en charge. En cela, il a fait de la résidence de la Vallée de l'Ouanne un établissement pionnier, qui sert souvent de modèle. À Toucy, les deux évaluations pointent un fonctionnement très satisfaisant.

Ici, les échanges intergénérationnels et les séances de sport adaptées ont de l'avenir.³⁴

³²Résidence de la croix des vignes, « Informations pratiques ».

³³Résidence de la vallée de l'Ouanne, « Informations pratiques ».

De plus, un parcours de santé a même été installé à disposition des résidents, pour entretenir leur forme physique et leur bien-être.

Figure 6 : Photos de l'EHPAD de la Vallée de l'Ouanne



Source : Résidence de la vallée de l'Ouanne, «Vue globale et parcours santé » , 2013

³⁴Mongheal, « Changement de direction à l'Ehpad ».

2 : Matériel et méthode

Suite à la réalisation de cette action en santé publique et de mes investigations, j'ai voulu aller plus loin en utilisant les données recueillies afin de les traiter statistiquement, dans le but de mieux définir et cerner les enjeux concernant les besoins en soins odontologiques dans les EHPAD.

2.1 Convention du projet entre le GCSMS et le cabinet

D'après la convention, le GCSMS se doit de travailler avec un praticien titularisé. Un contrat a donc été établi avec le Docteur Jacques Drouhin, chirurgien-dentiste à Auxerre avec qui je pratique en tant qu'étudiante collaboratrice salariée depuis plus d'un an et demi.

Nous avons donc tous deux été amenés à signer la convention que le Groupement de Coopération Social et Médico-Social de l'Auxerrois et de la Puisaye-Forterre nous a proposé, le GCSMS étant représenté par son administrateur : M. Hervé Nadot.

La convention précise les établissements à visiter au cours de l'année, ainsi que le matériel mis à ma disposition pour la réalisation des dépistages bucco-dentaires et obtenu grâce au financement de l'Agence Régionale de Santé. **Le but était de déterminer le besoin en soins des résidents et d'organiser et mettre en place un plan d'action pour y répondre, au moyen d'une étroite collaboration entre les cadres de santé, le personnel soignant et les familles. A ce niveau, le frein principal à la réalisation de ce projet est lié à la bonne transmission des informations, dont il faut s'assurer en permanence.**

2.2 Population étudiée

2.2.1 Critères d'inclusion

Dans le cadre de cette étude, j'ai retenu plusieurs critères pour déterminer la population à prendre en compte, de façon à ce que mes observations soient pratiques et pertinentes.

Le premier critère est d'être résident d'un EHPAD.

Le second critère consiste à avoir reçu un examen de dépistage bucco-dentaire dans l'un des 3 EHPAD ayant participé à cette action de prévention.

Tous les résidents des 3 établissements choisis étaient susceptibles d'être inclus dans l'étude puisqu'ils présentent les caractéristiques spécifiques qui les placent dans la population concernée :

ce sont des personnes âgées dépendantes résidents dans un EHPAD situé en zone rurale. En effet, même les patients en GIR 1, malgré leur état de dépendance extrême et la difficulté à les gérer, ont pu, grâce à la collaboration et aux compétences de l'aide-soignante, être inclus dans notre étude.

2.2.2 Critères d'exclusion

Le seul critère d'exclusion est plutôt en réalité une impossibilité, volontaire ou non de mener à bien notre étude, liée à un refus du bilan, à l'absence du patient, à un état de santé générale trop faible ou au décès.

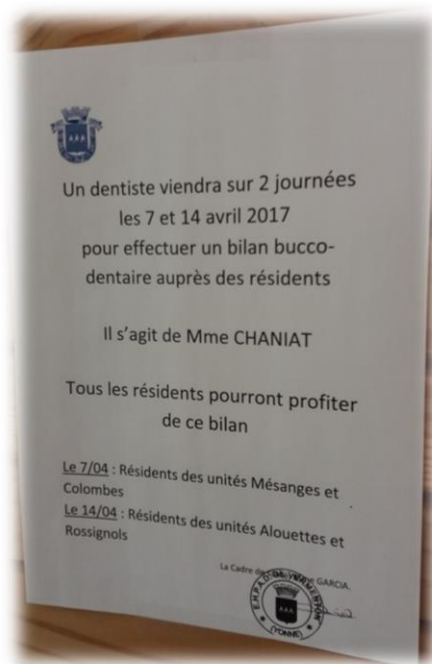
2.3 Données

Les dispositions de la loi n°78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont été respectées.

Par la suite, les données ont été dégradées par anonymisation (suppression de tout élément nominatif) et introduction d'une variabilité aléatoire dans l'âge.

Le consentement, soit des familles, soit des patients directement a été obtenu en amont de ma visite par le personnel soignant, grâce à la coordination établie par le cadre de santé de chaque établissement. Mon passage était annoncé généralement par affichette au sein du lieu de vie des résidents.

Figure 7 : Affichage informatif



Source : Auteur, 2017

2.3.1 Conception de la fiche de bilan bucco-dentaire

Figure 8 : Fiche de bilan bucco-dentaire adaptée aux personnes âgées dépendantes en EHPAD

BILAN BUCCO-DENTAIRE 7 et 14 Mars 2017
EHPAD Toucy - Résidence La Croix des Vignes

Nom du résident: _____ GIR: _____

Douleur dentaire rapportée: oui - non _____

Schéma dentaire :

Présence de plaque: faible - modérée - sévère _____

Présence de tartre: faible - modérée - sévère _____

Inflammation gingivale: faible - modérée - sévère _____

Hygiène bucco-dentaire réalisée: par le patient - par le personnel _____

Présence de foyers infectieux potentiels: oui - non _____

Dents à l'état de racine: _____

Dents mobiles: _____

Appareil dentaire
PAC-PAP maxillaire: adaptée - portée; PAF-PAC mandibulaire: adaptée - portée _____

Demande du patient:

Prise en charge à réaliser/conseils/remarques:
.....
.....

Source : Auteur, 2017

Les noms des résidents ont été mentionnés dans le questionnaire pour permettre l'intégration de celui-ci dans le dossier médical correspondant, afin de pouvoir instaurer un suivi au niveau dentaire. **Le GIR (Groupe Iso Ressources) a été précisé pour les informations qu'il apporte sur la capacité du résident à réaliser les actes de sa vie quotidienne.** Les scores ont été relevés dans le dossier médical de chaque patient ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire. Le GIR définit le niveau de dépendance du résident et est attribué en fonction des critères de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie,

Groupes Iso-Ressources, cf ci-dessous). Il permet en outre de déterminer le montant de la subvention APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour un hébergement en EHPAD.³⁵

Les patients sont répartis en 6 groupes, du plus dépendant au moins dépendant : GIR1, GIR2, GIR3, GIR4, GIR5, GIR6 et le score est attribué en fonction des capacités de la personne âgée à réaliser 10 activités corporelles et intellectuelles.

Figure 9 : Correspondance GIR/degrés de dépendance

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	<p>Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et pour qui la présence d'une aide ou d'intervenants est indispensable en continu,</p> <p>Ou personne en fin de vie.</p>
Gir 2	<p>Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,</p> <p>Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.</p>
Gir 3	<p>Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.</p>
Gir 4	<p>Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage,</p> <p>Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.</p>
Gir 5	<p>Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.</p>
Gir 6	<p>Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.</p>

Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Qu'est-ce que la grille AGGIR ? », 2016

³⁵Service public, « Allocations et aides aux personnes âgées ».

Dans un deuxième temps, si nous avons intégré un item concernant la douleur, c'est pour permettre d'évaluer la présence éventuelle d'une infection, d'une inflammation, d'une blessure ou simplement d'une gêne, inconfortable pour le patient, pouvant participer à la détérioration de sa qualité de vie— et qui a potentiellement des conséquences néfastes (insomnie, dénutrition, agressivité, dépression...). Cet élément a surtout un but informatif mais sachant que le rapport à la douleur chez la personne âgée est souvent subjectif (lors de la présence de troubles cognitifs chez la personne démente) ou difficile à connaître (perte de la mémoire, confusion, soucis d'élocution...), il nous faut d'autre part tenir compte de ce qu'**une absence de douleur ne signifie pas une absence de lésions ou de foyers infectieux potentiels**. C'est en cela aussi que la présence du personnel soignant me fut d'un grand secours, en me permettant de recueillir plus de données concernant les plaintes ou les maux que les patients ont pu ressentir au niveau bucco-dentaire.

Le choix d'un schéma dentaire complet permet d'avoir une vue claire, rapide et globale de la situation (édentements, restaurations, prothèses fixes, ...).

Vue la spécificité de cette population, une standardisation basique des données recueillies à ce niveau a dû être réalisée. Il en va de même pour l'examen clinique. L'absence de lieu d'examen approprié, de fauteuil adapté et de scyaltique rend la réalisation d'un dépistage précis plus complexe. C'est pourquoi là aussi, le recueil des données a été simplifié. Aussi, j'ai décidé d'attribuer une échelle de 3 niveaux (faible/modéré/sévère) aux relevés de la présence de plaque, de tartre et de l'inflammation gingivale.

Les éléments observables pour cette classification sont les suivants :

**Présence de plaque :* (dérivé de l'indice de plaque de Silness et Loë)

-faible : absence de plaque visible à l'œil nu

-modérée : présence de plaque invisible à l'œil nu mais objectivable au passage de la sonde

-sévère : abondance de plaque visible à l'œil nu

**Présence de tartre :*

-faible : absence de tartre

-modérée : présence de tartre sur moins de 50% des dents présentes

-sévère : présence de tartre sur plus de 50% des dents présentes

**Inflammation gingivale :* (dérivé de l'indice de saignement de Mühlemann)

-faible : gencive normale, absence d'inflammation

-modérée : saignement provoqué au sondage, couleur gingivale rouge

-sévère : œdème important, tendance à l'ulcération, hémorragie spontanée, couleur gingivale violacée

Rappelons que la gencive normale est définie comme ayant une couleur rose, un contour festonné, une consistance ferme, une texture avec un aspect granité dit « en peau d'orange ».³⁶

Concernant l'hygiène bucco-dentaire, j'ai choisi de mentionner si c'était le patient ou le personnel soignant qui se chargeait du brossage des dents et/ou des prothèses amovibles. Très souvent, il a été indiqué que les soins étaient réalisés par le patient, même quand celui-ci n'en était pas capable et ne disposait pas d'aide pour cette tâche. Dans les cas où la plaque, le tartre ou l'inflammation étaient sévères, je prenais soin de mentionner un avertissement et des conseils aux soins de bouche dans la dernière partie de la fiche : « Prise en charge à réaliser, conseils, remarques » en espérant une amélioration de la prise en charge de l'hygiène, compte tenu des répercussions existantes des parodontites sur la santé générale.³⁷ De plus, ces informations et prescriptions étaient également notées dans le cahier d'observations au bureau des infirmiers.

Un foyer infectieux potentiel est présent si on trouve une dent à l'état de racine, avec une lésion carieuse cavitaire ou une dent ayant une mobilité III ou IV (déplacement intra-alvéolaire de la racine, cf classification ci-après). Pour réaliser l'appréciation clinique, j'exposais la couronne dentaire à une force pour déterminer l'amplitude du déplacement vestibulo-lingual, entre 2 manches d'instruments.³⁸

*NB : Une dent atteinte d'une carie dont le traitement ne comporte pas de risque d'effraction pulpaire ne représente pas un foyer infectieux susceptible de dissémination.*³⁹

Lorsqu'un foyer infectieux avéré ou une lésion muqueuse visible était détecté lors de l'examen de dépistage, cela était mentionné dans la dernière partie de la fiche de bilan ainsi que dans le cahier d'observations au bureau des infirmiers, en tant que « cas à traiter d'urgence ». L'aide soignante présente était elle aussi informée en ce cas. Néanmoins, afin d'améliorer cette fiche de bilan pour des actions ultérieures, je me propose d'y ajouter un item concernant les foyers infectieux actifs et les blessures muqueuses.

Concernant l'évaluation des mobilités dentaires, je me suis appuyée sur la classification suivante pour les objectiver lorsqu'elles étaient présentes : **Mühlemann 1954**

Sens transversal, vestibulo-lingual

- Mobilité I : mobilité perceptible mais non visible
- Mobilité II : déplacement inférieur à 1mm
- Mobilité III : déplacement supérieur à 1mm

³⁶Colombier, « Anatomophysiologie du parodonte superficiel : la gencive. Cours S2 ».

³⁷Gosset, « Liens entre les maladies parodontales et la santé générale. Cours S6M4 ».

³⁸Colombier, « Les urgences en parodontie, les mobilités et la contention. Cours S5M4 ».

³⁹Catherine et al., « Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires ».

Sens vertical

- Mobilité IV : déplacement axial

L'existence de prothèse(s) amovible(s) est un item majeur à renseigner. Le fait de préciser si elle est portée ou non n'est pas superfétatoire. En effet, j'ai souvent été confrontée à des patients qui possèdent des prothèses (qui ont représenté un lourd poids financier pour eux) mais qui ne peuvent la(les) porter pour des motifs de l'ordre du « détail » qui seraient facilement résolubles : resserrer un crochet, ajouter une dent sur l'appareil, polir une zone ou le rebaser. Connaissant l'impact majeur de l'édentement (ou d'un appareil mal adapté) sur les risques de dénutrition, il est important de mentionner ce fait et d'agir pour remédier au problème.⁴⁰

Par ailleurs, il arrive parfois que nos priorités et celles du patient examiné ne soient pas les mêmes, on se doit donc de tenir compte de la demande de ce dernier. C'est pourquoi j'ai prévu un champ pour mentionner le refus ou l'accord du patient à entreprendre les soins proposés. Dans le cas où le patient souhaitait donner suite aux soins, j'en faisais part aux infirmiers via le cahier d'observations. Souvent, la suite consistait à contacter la famille pour qu'elle se charge de prendre un RDV avec un chirurgien-dentiste ou à contacter directement un praticien et dans ce cas, l'EHPAD se chargeait du transport (à la charge financière du patient ou non selon les cas).

2.3.2 Collecte des données

Les données ont été collectées selon un mode de recueil standard : un questionnaire papier, réalisé et standardisé par mes soins.

Figure 10 : Matériel de recueil des données



Source : Auteur, 2017

⁴⁰Bodineau-Mobarak et Bert, « Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées ».

J'étais généralement accompagnée d'une aide-soignante qui pouvait améliorer la précision des informations recueillies concernant les patients puisqu'elle exerce quotidiennement auprès de ces derniers.

Selon les cas, l'examen avait lieu dans un fauteuil ou sur une chaise de la chambre du patient, parfois directement au lit.

Une séance de dépistage consistait en un bref questionnaire, puis un examen clinique. L'entretien se devait d'être rapide, simple et adapté aux capacités physiques et cognitives du patient. En effet, la gérontologie est un domaine où l'action est compliquée de par les spécificités inhérentes à ces patients : l'élocution ou les fonctions cognitives peuvent être altérées, la patience de certains patients est limitée, et d'autres présentent une sérieuse fragilité, ce qui complique considérablement l'entretien clinique et nécessite une adaptabilité de ma part à chaque passage dans les chambres respectives des résidents.

Les séances de dépistage réalisées en passant de chambre en chambre avec un chariot équipé avec le matériel suivant :

- une boîte de gants
- une flasque de solution hydroalcoolique
- une boîte de masques
- une boîte d'abaisse-langue
- une boîte de nécessaires d'examen à usage unique : sonde, miroir, précelle
- une lampe frontale
- un sac DASRI et un sac déchets ménagers
- des échantillons de dentifrices, des brosses à dents

Pour les 3 établissements visités en vue de la réalisation des bilans bucco-dentaires, les nécessaires d'examen m'ayant permis la réalisation des dépistages ont été fournis par le GCSMS qui a obtenu un financement auprès de l'ARS pour notre projet. Il s'agit de kits jetables basiques avec un miroir, une précelle et une sonde.

Le temps passé avec chaque patient pouvait varier de 10 minutes pour les patients totalement édentés et sans soucis de communication, à 20 minutes pour les cas difficiles.

Figure 11 : Vue d'ensemble du chariot avec le matériel prévu pour la réalisation des bilans bucco-dentaires



Source : Auteur, 2017

2.3.3 Traitement des données

Les données recueillies ont été transférées et traitées en utilisant le logiciel Excel.

Puis l'analyse des données statistiques a été réalisée avec le logiciel Cran R.

Pour simplifier le traitement des données, les items du type faible/modéré/sévère ont été traduits respectivement par la numérotation 1/2/3.

Leur exploitation a été réalisée de manière anonyme : toute mention de nom a été supprimée de la base de données afin de protéger l'identité des patients ayant participé à cette enquête en évitant ainsi des fuites de données personnelles individuelles. Nous avons donc réalisé une anonymisation des données. Ceci se traduit par l'impossibilité, après traitement des données, d'identifier directement ou indirectement un individu.⁴¹ Pour cela, nous avons supprimé ou dégradé certaines informations contenues dans la base de données (Âge, Initiales). La dégradation de l'âge (attribution d'une erreur de +/- 5ans) a été effectuée sur l'ensemble de la population dans le but d'anonymiser les éléments marginaux (empêcher l'identification des profils singuliers, notamment les doyens et benjamins).

Même si cela modifie la répartition au sein de la population (avec notamment un changement des minima et maxima), l'échantillon dégradé conserve globalement les mêmes caractéristiques que

⁴¹Sénat, « La protection des données personnelles dans l'open data : une exigence et une opportunité ».

l'échantillon initial, avec une médiane identique de 88 ans et une répartition entre quartiles homogène.

Tableau 1 : Analyse descriptive de l'âge de l'échantillon initial et de l'échantillon dégradé

	Min.	1 ^{er} quartile	Médiane	Moyenne	3 ^{ème} quartile	Max.	Dév. Std.
Âge (initial)	62	84	88	87.98	93	107	7.53
Âge (traité)	64	83	88	87.72	93	104	7.95

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

3 : Résultats

3.1 Analyse et description de la population étudiée

Sur les 3 établissements, l'étude a portée sur les 195 patients qui ont accepté d'être dépistés.

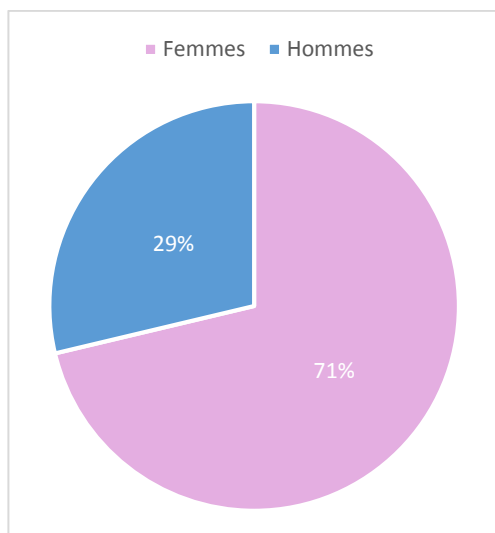
25 patients n'ont pas été vus, pour différentes raisons : 2 patients hospitalisés, 2 résidents indisposés, 7 refus inexpliqués, 1 déjà suivi à titre personnel par un dentiste, 9 manques de compliance (GIR 1 ou 2) et 3 patients en fin de vie.

Entre le moment des dépistages et le moment de l'étude, plusieurs patients sont décédés mais les données ont été conservées.

3.1.1 Le profil des résidents

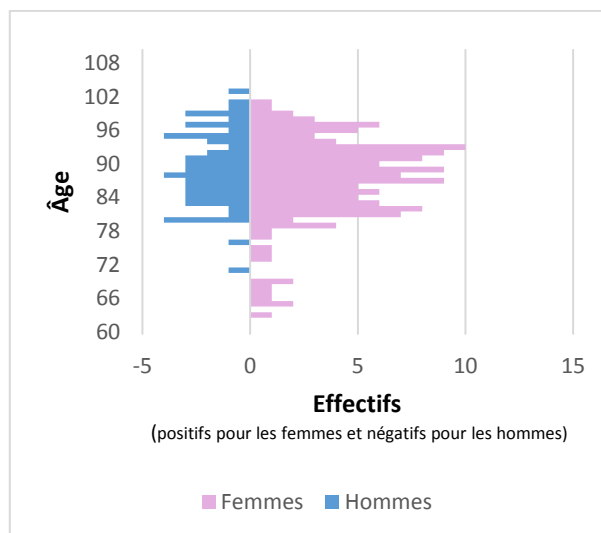
La population de ces EHPAD est essentiellement féminine (71% de femmes contre 29% d'hommes).

Figure 12 : Proportions hommes - femmes



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Figure 13 : Pyramide des âges



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

L'âge moyen d'un résident est de 88 ans et les femmes sont plus âgées (âge moyen de 88.55 ans) que les hommes (âge moyen de 85.7 ans).

Tableau 2 : Analyse descriptive de l'âge des hommes et des femmes dans la population étudiée

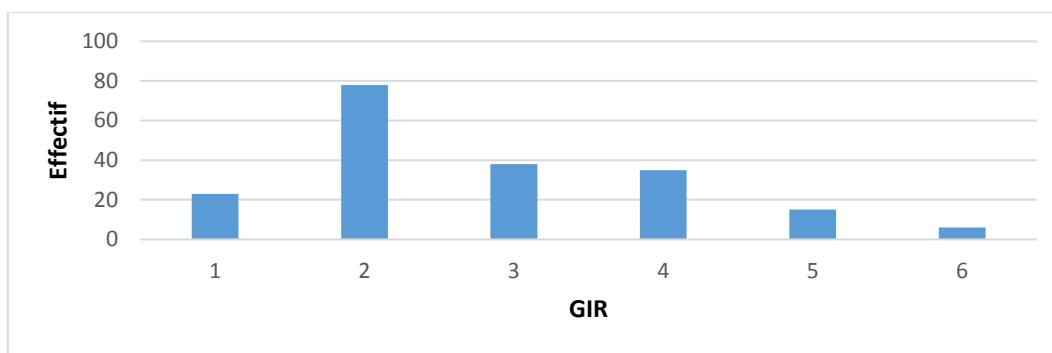
	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Âge (femmes)	139	89.36	8.86	90	66	104	0.58
Âge (hommes)	56	85.95	9.82	88	64	101	1.31

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

3.1.2 Répartition des GIR au sein de la population

La représentation du GIR2 est majoritaire (40% de l'effectif total) au sein de cette population.

Figure 14 : Effectifs en fonction du GIR

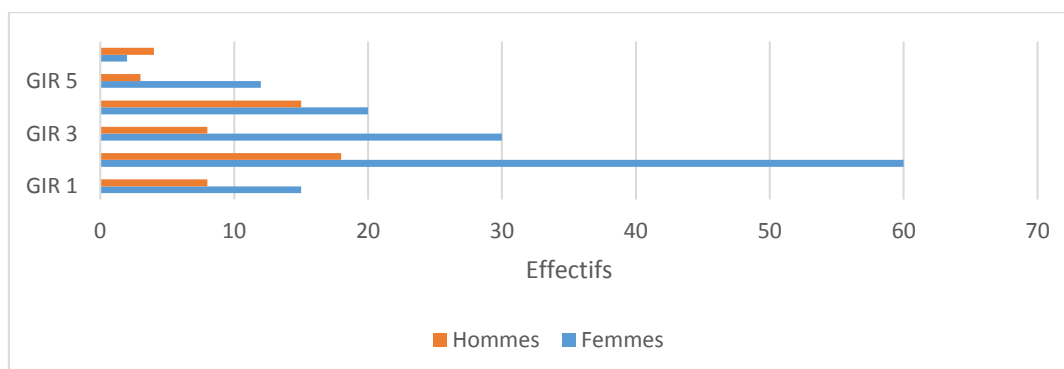


Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

3.1.2.1 Relation entre GIR et sexe

Les hommes institutionnalisés dans les établissements étudiés présentent un niveau de dépendance inférieur à celui des femmes ($p=0,005314$).

Figure 15 : Répartition du GIR en fonction du sexe



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 3 : Tableau de contingence entre les variables GIR et sexe

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Nombre de femmes	15	60	30	20	12	2
Nombres d'hommes	8	18	8	15	3	4

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 4 : Analyse descriptive du GIR des hommes et des femmes dans la population étudiée

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
GIR (femmes)	139	2.71	1.19	2	1	6	0.1
GIR (hommes)	56	2.98	1.43	3	1	6	0.19

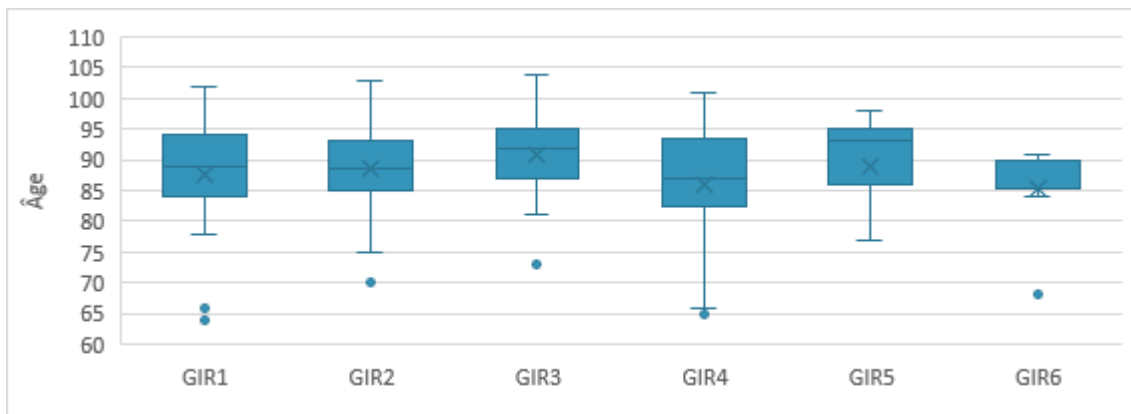
Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Le test du chi-carré d'indépendance permet d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : Le GIR est indépendant du sexe du patient » ($p=0,05314$) avec un seuil de confiance de 90%.

3.1.2.2 Relation entre GIR et âge

La perte d'autonomie de la population étudiée ne semble pas progresser avec l'âge ($p=0,3773$).

Figure 16: Distribution de l'âge en fonction du GIR



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 5 : Analyse descriptive de l'âge en fonction du GIR

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Âge (GIR1)	23	87.65	9.38	89.0	64	102	1.96
Âge (GIR2)	78	88.53	7.25	88.5	67	103	0.82
Âge (GIR3)	38	90.89	6.15	92.0	73	104	1.00
Âge (GIR4)	35	86.06	9.16	87.0	65	101	1.55
Âge (GIR5)	15	88.93	8.96	93.0	65	98	2.31
Âge (GIR6)	6	85.50	8.94	90.0	68	91	3.65

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Le test de Kruskal-Wallis ne permet pas d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : Les distributions des âges des différents groupes discriminés par GIR sont identiques à la distribution des âges de la population globale » ($p=0,3773$).

3.2 Nombre de dents saines et édentement

3.2.1 Nombre de dents saines

La moitié de la population étudiée conserve moins de 4 dents saines ; les résidents conservent en moyenne 8 dents en bouche. **Le nombre de dents saines présentes en bouche ne dépend ni de l'âge ($p=0.9845$), ni du GIR du résident ($p=0.7611$).** Près de 38 % des résidents ($n = 78$) ne conservent aucune dent saine, et 32% des résidents sont totalement édentés ($n=63$) ; 11 patients, soit 5,6% des résidents, ne conservent en bouche que des racines résiduelles ou des dents mobiles.

Tableau 6 : Analyse descriptive du nombre de dents saines dans la population complète

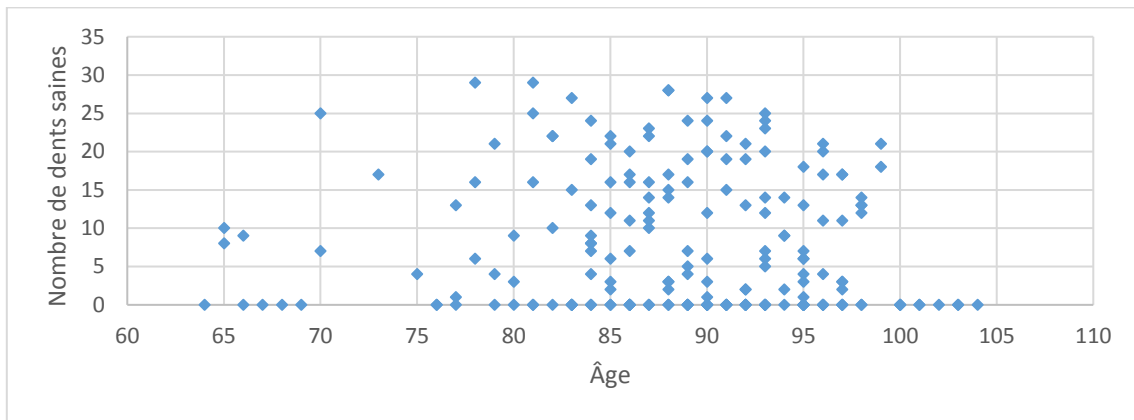
	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Nombre de dents saines	195	8.12	8.89	4	0	29	0.64

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

3.2.1.1 Relation entre nombre de dents saines et l'âge

Le nombre de dents saines en bouche est indépendant de l'âge ($p = 0.9845$).

Figure 17 : Nombre de dents saines en fonction de l'âge



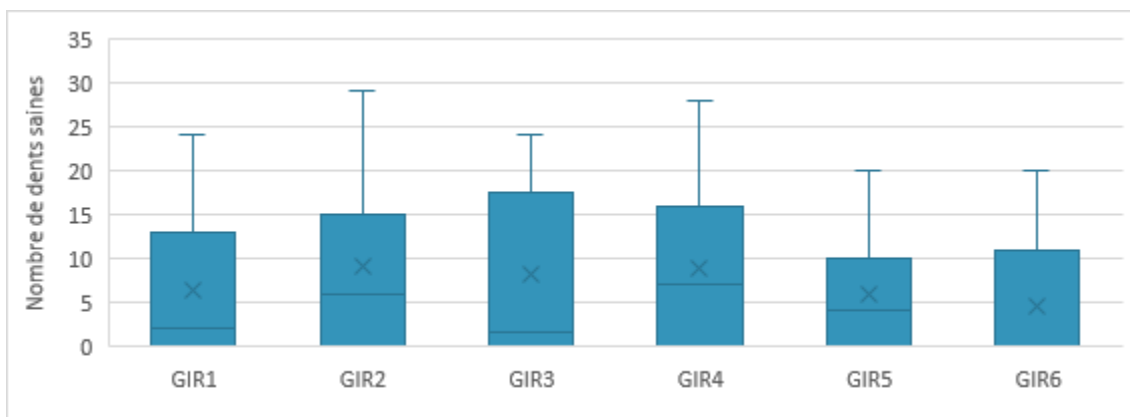
Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Le test du chi-carré d'indépendance ne permet pas d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : Le nombre de dents saines est indépendant de l'âge du patient » ($p = 0.9845$), avec un seuil de confiance de 90%.

3.2.1.2 Relation entre nombre de dents saines et GIR

Le nombre de dents saines encore présentes en bouche n'est pas lié à l'état de dépendance des résidents ($p=0,7611$).

Figure 18 : Répartition du nombre de dents saines en fonction du GIR



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 7 : Analyse descriptive du nombre de dents saines en fonction du GIR

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Nombre de dents (GIR1)	26	6.35	7.89	2.0	0	24	1.64
Nombre de dents (GIR2)	78	9.02	9.31	6.0	0	29	1.05
Nombre de dents (GIR3)	38	8.13	9.57	1.5	0	24	1.55
Nombre de dents (GIR4)	35	8.80	8.82	7.0	0	28	1.49
Nombre de dents (GIR5)	15	5.93	6.65	4.0	0	20	1.72
Nombre de dents (GIR6)	6	4.67	8.16	0.0	0	20	3.33

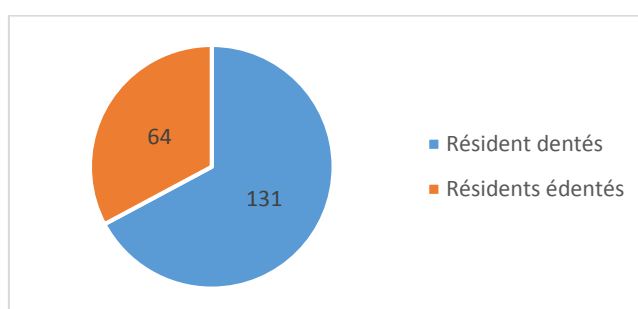
Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Le test de Kruskal-Wallis ne permet pas d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : Les distributions du nombre de dents saines des différents groupes discriminés par GIR sont identiques à la distribution du nombre de dents saines de la population globale » ($p=0,7611$).

3.2.2 Edentement complet

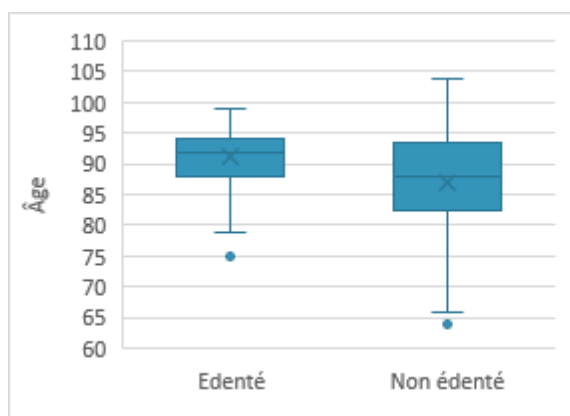
Le tiers des résidents sont édentés ; cela représente 64 résidents. Autant la répartition du GIR varie peu entre les groupes de patients dentés et édentés, autant le risque d'un édentement complet augmente avec l'âge ($p=0.01604$).

Figure 19 : Répartition des patients dentés - édentés



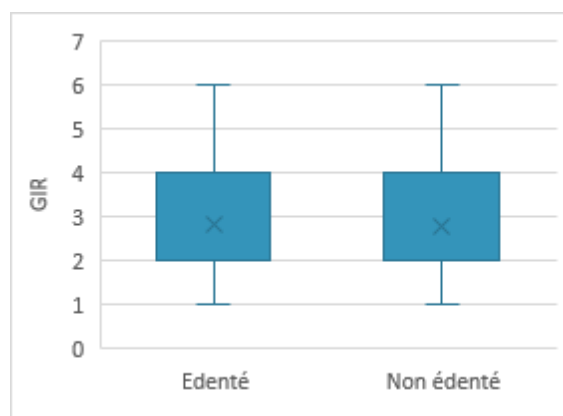
Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Figure 20 : Répartition de l'âge des patients dentés et édentés



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Figure 21 : Répartition du GIR des patients dentés et édentés



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 8 : Analyse descriptive de l'âge des patientes dentés et édentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Âge (patients édentés)	64	89.84	9.17	91	64	104	1.15
Âge (patients non édentés)	131	87.66	7.21	88	65	99	0.63

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 9 : Analyse descriptive du GIR des patientes dentés et édentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
GIR (patients édentés)	64	2.86	1.37	3	1	6	0.17
GIR (patients non édentés)	313	2.76	1.22	2	1	6	0.11

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 10 : Tableau de contingence entre le GIR et l'édentement

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Patients édentés	9	21	16	10	4	4
Patients dentés	14	57	22	25	11	2

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Le test du Chi-Carré ne permet pas d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : L'édentement complet est indépendant du GIR du patient » ($p = 0.2365$).

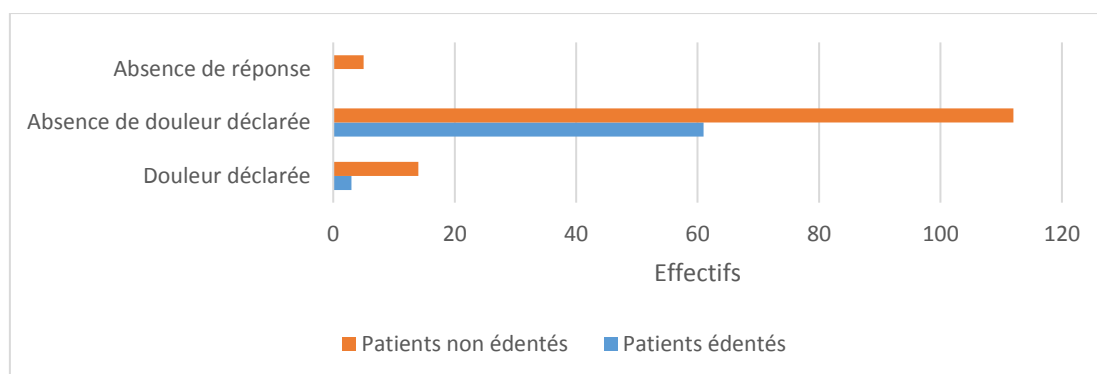
Le test de Mann-Whitney-Wilcoxon permet d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : L'édentement complet est indépendant de l'âge du patient » ($p = 0.01604$).

3.3 Douleur bucco-dentaire

Au total, 17 patients (8.7%) déclarent une douleur d'origine bucco-dentaire, alors que 173 (88.7%) déclarent ne pas présenter de douleur bucco-dentaire, et 5 (2.6%) ne sont pas en mesure de s'exprimer.

Les patients édentés présentent un risque très inférieur de douleurs bucco-dentaires ($p=0.09609$). Ni l'âge ($p=0.3658$) ni l'état de dépendance ($p=0.1018$) ne sont de bons prédicteurs de la douleur bucco-dentaire.

Figure 22 : Douleur déclarée en fonction de l'édentation ou non édentation des résidents



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

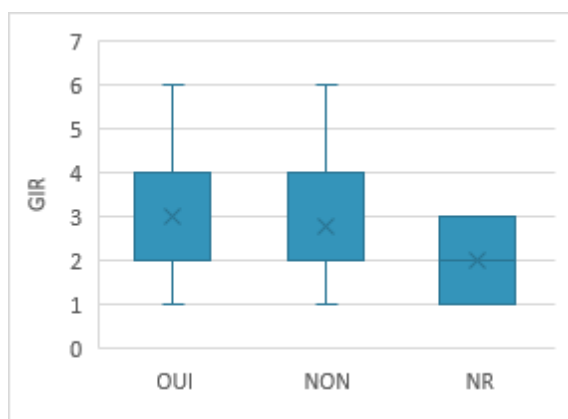
Tableau 11 : Tableau de contingence entre l'édentement et la déclaration de douleurs bucco-dentaires

	Patients édentés	Patients non édentés
Douleur déclarée	3	14
Absence de douleur déclarée	61	112
Absence de réponse	0	5

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

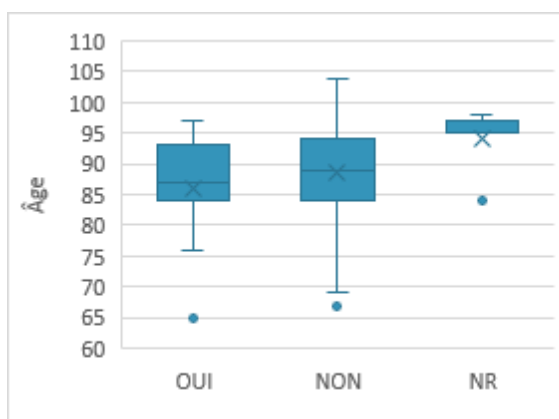
Le test du Chi-Carré d'indépendance permet d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : La déclaration de douleur est indépendante de l'édentement du patient » avec un seuil de certitude de 90% ($p=0.09609$).

Figure 23 : Répartition du GIR en fonction de la douleur rapportée



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Figure 24 : Répartition de l'âge en fonction de la douleur rapportée



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 12 : Analyse descriptive du GIR en fonction de la douleur rapportée des patients édentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
GIR (absence de douleur)	173	2.79	1.2	2	1	6	0.1
GIR (douleur rapportée)	17	3	1.5	2	1	6	0.36
GIR (pas de réponse)	5	2	1	2	1	3	0.4

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 13 : Analyse descriptive de l'âge en fonction de la douleur rapportée des patients édentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Âge (absence de douleur)	173	88.5	7.8	89	64	104	0.29
Âge (douleur rapportée)	17	85.9	9.4	87	65	97	2.28
Âge (pas de réponse)	5	94.2	5.8	97	84	98	2.60

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

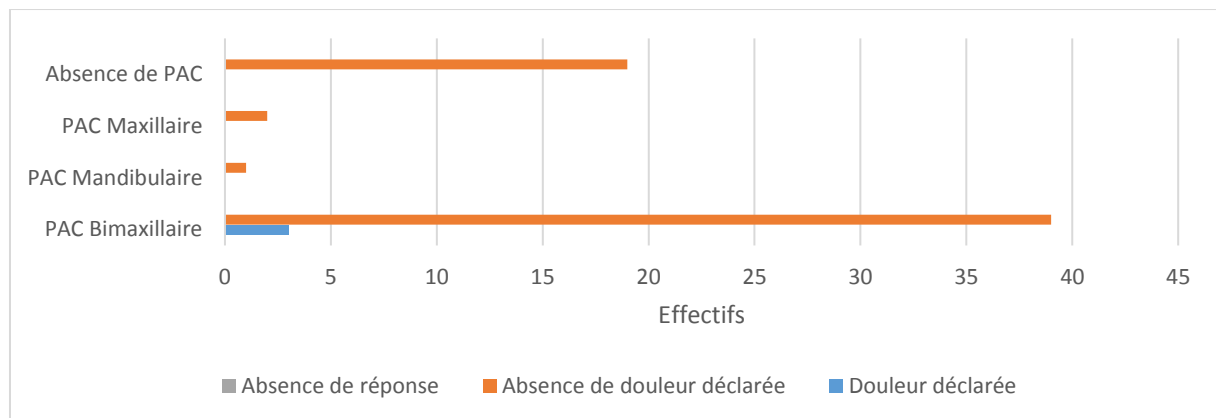
Le test de Kruskal-Wallis ne permet pas d'invalider les hypothèses nulles avec un seuil de confiance de 90% :

- « Les distributions des GIR des différents groupes discriminés par douleur bucco-dentaire sont identiques à la distribution du GIR de la population globale »($p=0.3658$)
- « Les distributions de l'âge des différents groupes discriminés par douleur bucco-dentaire sont identiques à la distribution de l'âge de la population globale »($p=0.1018$)

3.3.1 Douleur des patients édentés

Seuls 3 patients édentés rapportent des douleurs bucco-dentaires. Il s'agit de porteurs de prothèses adjoindes complètes inadaptées, pouvant être réadaptées par réfection de base. Les patients édentés et non porteurs de prothèses amovibles ne présentent pas de douleurs bucco-dentaires.

Figure 25: Répartition de la douleur déclarée en fonction de la réhabilitation prothétique des patients édentés



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 14 : Tableau de contingence entre la douleur déclarée et le port de Prothèse Adjoindes Complète

	PAC Bimaxillaire	PAC Mandibulaire	PAC Maxillaire	Absence de PAC
Douleur déclarée	3	0	0	0
Absence de douleur déclarée	39	1	2	19
Absence de réponse	0	0	0	0

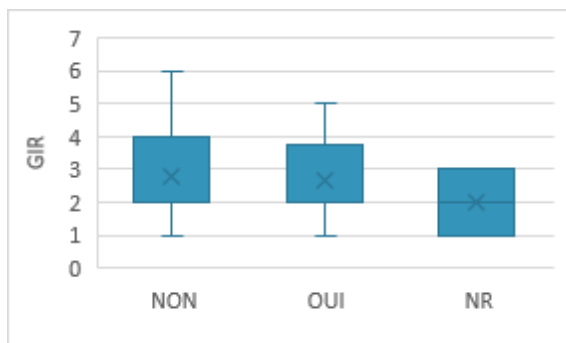
Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

3.3.2 Douleur des patients dentés

La douleur bucco-dentaire des patients dentés n'est liée ni à l'âge ($p=0.2525$), ni au GIR ($p=0.4144$), ni aux mesures de tartre ($p=0.1985$). Le seuil de confiance de 90% n'est pas atteint pour confirmer une relation entre la douleur bucco-dentaire et l'indice de plaque ($p=0.01242$), ou la mesure d'inflammation ($p=0.01046$). **La présence de dents « non saines », à l'état de racines, ou mobiles est corrélée à la douleur bucco-dentaire ($p=0.04583$). Cependant lorsque l'on va plus loin en dissociant**

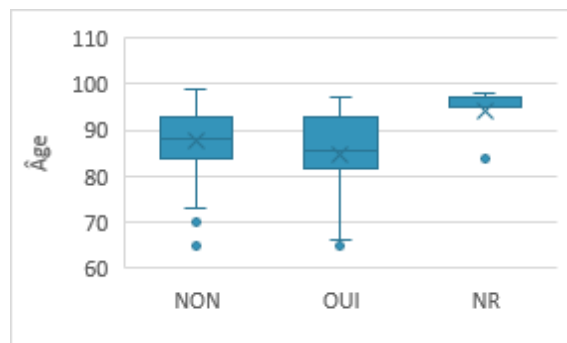
les dents à l'état de racines et les dents mobiles, on constate que la présence de dents à l'état de racines n'est pas liée à l'existence de douleurs bucco-dentaires ($p=0.2005$), contrairement à la présence de dents mobiles qui est souvent associé à la déclaration de douleurs en bouche ($p=0.03305$).

Figure 26 : Répartition du GIR en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Figure 27 : Répartition de l'âge en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Figure 28: Répartition du score de plaque en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté

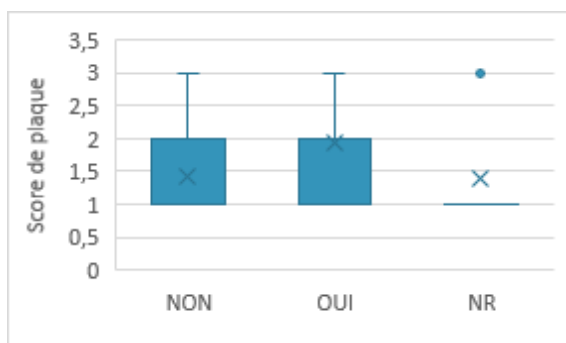


Figure 29: Répartition du score d'inflammation en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté

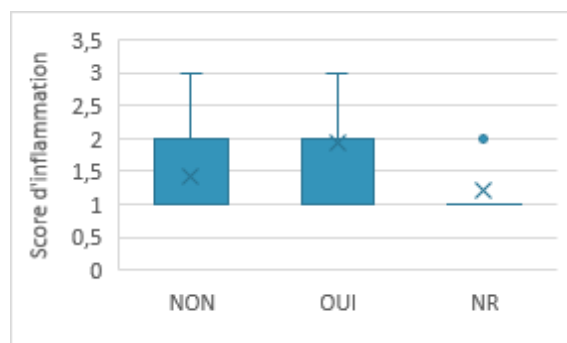


Figure 30 : Répartition du score de tartre en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté

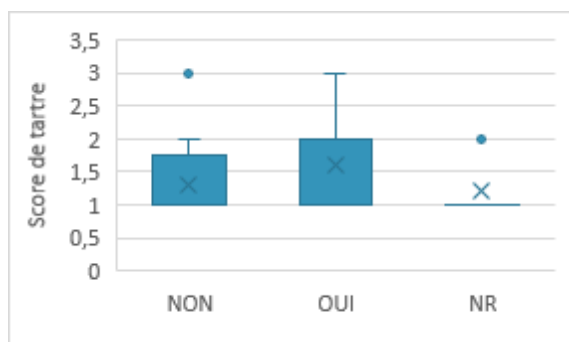


Figure 31 : Répartition du nombre de dents mobiles ou racines résiduelles en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté

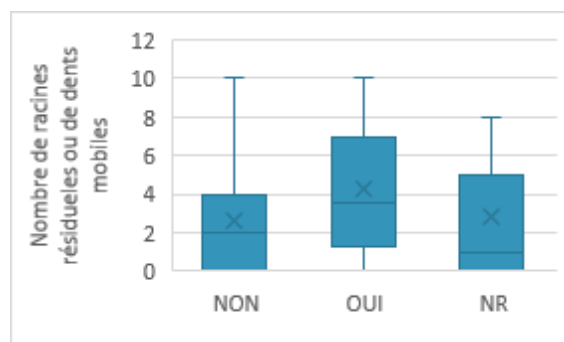


Figure 32 : Répartition du nombre de racines résiduelles en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté

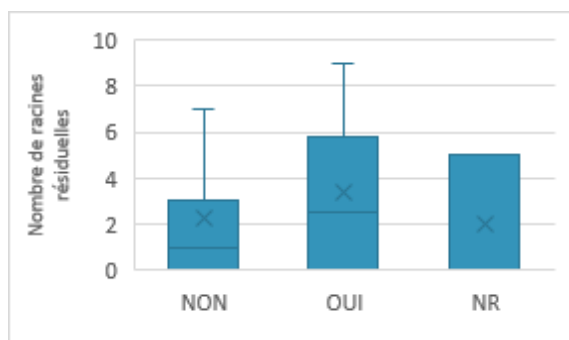
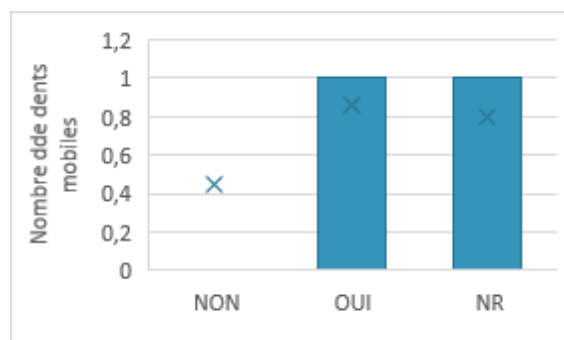


Figure 33 : Répartition du nombre de dents mobiles en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté



Source des figures de 28 à 33 : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 15 : Analyse descriptive du GIR en fonction de la douleur rapportée des patients dentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
GIR (absence de douleur)	112	2.8	1.2	2	1	6	0.11
GIR (douleur rapportée)	14	2.64	1.33	2	1	5	0.36
GIR (pas de réponse)	5	2.0	1.0	2	1	3	0.45

Tableau 16 : Analyse descriptive de l'âge en fonction de la douleur rapportée des patients dentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Âge (absence de douleur)	112	87.7	6.7	88.0	65	99	0.63
Âge (douleur rapportée)	14	84.9	9.98	85.5	65	97	2.67
Âge (pas de réponse)	5	94.2	5.8	97	84	98	2.60

Tableau 17 : Analyse descriptive du score de plaque en fonction de la douleur rapportée des patients dentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Plaque (absence de douleur)	106	1.42	0.60	1	1	3	0.06
Plaque (douleur rapportée)	13	1.92	0.76	2	1	3	0.21
Plaque (pas de réponse)	5	1.40	0.89	1	1	3	0.40

Tableau 18 : Analyse descriptive du score de d'inflammation en fonction de la douleur rapportée des patients dentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Inflammation(absence de douleur)	106	1.42	0.60	1	1	3	0.06
Inflammation (douleur rapportée)	13	1.92	0.76	2	1	3	0.21
Inflammation (pas de réponse)	5	4.20	0.45	1	1	2	0.20

Tableau 19 : Analyse descriptive du score de tartre en fonction de la douleur rapportée des patients dentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Tartre (absence de douleur)	106	1.30	0.55	1	1	3	0.05
Tartre (douleur rapportée)	13	1.62	0.87	1	1	3	0.24
Tartre (pas de réponse)	5	1.20	0.45	1	1	2	0.20

Tableau 20 : Analyse descriptive du nombre de racines résiduelles et de dents mobiles en fonction de la douleur rapportée des patients dentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Dents mobiles ou racines (absence de douleur)	111	2.59	3.32	2	0	28	0.34
Dents mobiles ou racines (douleur rapportée)	14	4.21	3.38	3.5	0	8	1.59
Dents mobiles ou racines (pas de réponse)	5	2.80	3.56	1	0	8	1.59

Source des tableaux de 15 à 20 : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Le test de Man-Whitney-Wilcoxon ne permet pas d'invalider les hypothèses nulles avec un seuil de confiance de 90% :

- « H_0 : les distributions des âges des patients douloureux et non douloureux sont statistiquement identiques » ($p=0.2525$)
- « H_0 : les distributions des GIR des patients douloureux et non douloureux sont statistiquement identiques » ($p=0.4144$)

- « H_0 : les distributions des indices de plaque des patients douloureux et non douloureux sont statistiquement identiques » ($p=0.01242$)
- « H_0 : les distributions des mesures d'inflammation des patients douloureux et non douloureux sont statistiquement identiques » ($p=0.01046$)
- « H_0 : les distributions des mesures de tartre des patients douloureux et non douloureux sont statistiquement identiques » ($p=0.1985$)
- « H_0 : les distributions des nombres de racines résiduelles des patients douloureux et non douloureux sont statistiquement identiques » ($p=0.2005$)

Le test de Man-Whitney-Wilcoxon permet d'invalider l'hypothèse nulle avec un seuil de confiance de 95% :

- « H_0 : les distributions des nombres de racines résiduelles et de dents mobiles des patients douloureux et non douloureux sont statistiquement identiques » ($p=0.04583$)
- « H_0 : les distributions des nombres de dents mobiles des patients douloureux et non douloureux sont statistiquement identiques » ($p=0.03305$)

3.4 Dents mobiles et racines résiduelles

Comme nous l'avons vu précédemment, la présence de racines résiduelles n'est pas un facteur explicatif de douleurs bucco-dentaires, alors que la présence de dents mobiles est fortement liée à l'existence de douleurs bucco-dentaires. Dans la population étudiée, 76 résidents présentent au moins une racine résiduelle en bouche, et 26 résidents présentent au moins une dent mobile en bouche. Le nombre de dents mobiles ne dépend ni de l'âge ($p=0,6013$), ni de l'état de dépendance ($p=0.6269$). Le nombre de dents résiduelles ne dépend pas de l'état de dépendance du résident ($p=0.6269$), mais avec l'âge, le risque de présenter des racines résiduelles en bouche augmente ($p=0,03351$).

Tableau 21 : Analyse descriptive du nombre de racines résiduelles et de dents mobiles en fonction de la douleur rapportée des patients dentés

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Nombre de dents mobiles (population dentée)	126	0.49	1.33	0	0	7	0.12
Nombre de racines résiduelles (population dentée)	126	2.41	3.6	1	0	28	0.32

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Le test du chi-carré d'indépendance ne permet pas d'écarter les hypothèses nulles « H_0 : Le nombre de dents mobiles dans la population dentée est indépendant de l'âge du résident » ($p=0,5886$), « H_0 :

Le nombre de dents mobiles dans la population dentée est indépendant du GIR du résident» ($p=0,6013$), et « H_0 : Le nombre de racines résiduelles dans la population dentée est indépendant du GIR du résident» ($p=0,6269$), avec un seuil de confiance de 90%.

Le test du chi-carré d'indépendance permet d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : Le nombre de racines résiduelles dans la population dentée est indépendant de l'âge du résident » ($p=0,03351$), avec un seuil de confiance de 95%.

3.5 Inflammation

Seuls les patients dentés sont concernés par la mesure de l'inflammation gingivale. Le score d'inflammation mesuré n'est pas lié à l'âge ($p=0,4519$), mais au niveau de dépendance ($p=0,02556$) et aux habitudes d'hygiène ($p=0,05804$) : l'inflammation gingivale augmente avec le niveau de dépendance et est plus importante chez les patients dont les soins de bouche reviennent à la charge du personnel (puisque celui-ci n'a quasiment jamais le temps ou la compétence pour les réaliser).

Figure 34 : Distribution de l'âge en fonction du score d'inflammation

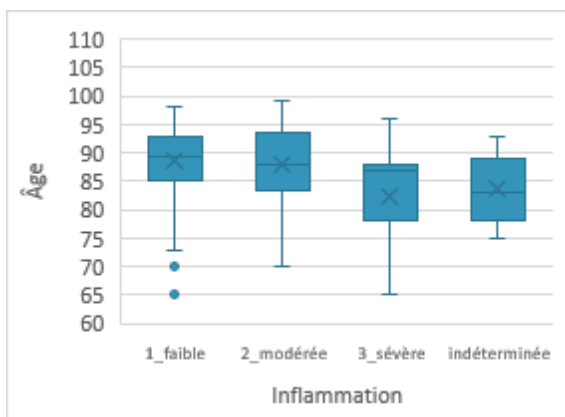


Figure 35 : Distribution du GIR en fonction du score d'inflammation

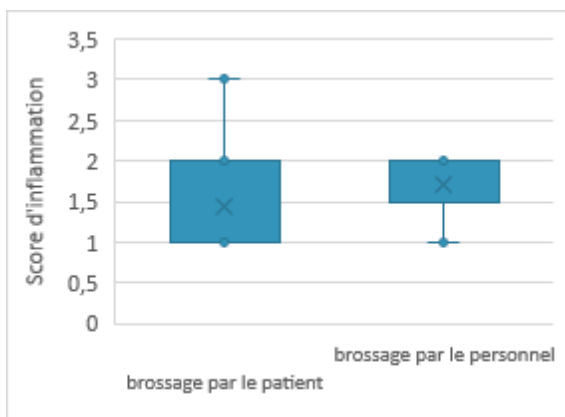
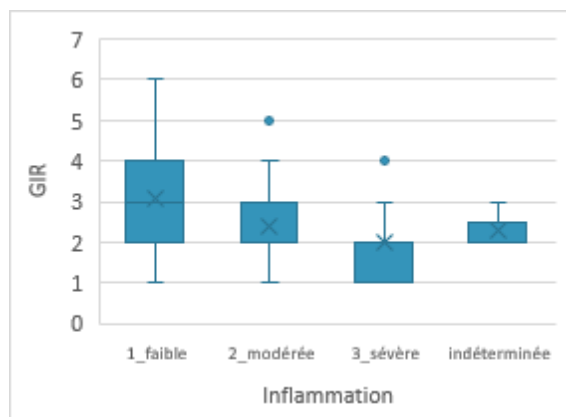


Figure 36 : Distribution du score d'inflammation en fonction des habitudes de brossage des patients

Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 22 : Analyse descriptive de l'âge en fonction des habitudes de brossage

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Âge (Inflammation faible)	72	88.15	6.49	89	65	98	0.76
Âge (Inflammation modérée)	38	87.89	7.04	88	70	99	1.14
Âge (Inflammation sévère)	9	82.33	10.60	87	65	96	3.54

Tableau 23 : Analyse descriptive du GIR en fonction des habitudes de brossage

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
GIR (Inflammation faible)	72	3.13	1.30	3	1	6	0.15
GIR (Inflammation modérée)	38	2.42	0.98	2	1	5	0.16
GIR (Inflammation sévère)	9	2.00	1.00	2	1	4	0.33

Tableau 24 : Analyse descriptive de l'inflammation en fonction des habitudes de brossage

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Score d'inflammation (brossage par le patient)	114	1.46	0.64	1	1	3	0.06
Score d'inflammation (brossage par le personnel)	5	1.80	0.45	2	1	2	0.20

Source des tableaux 22 à 24 : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Le test de Kruskal-Wallis ne permet pas d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : Les distributions des âges des différents groupes discriminés par score d'inflammation sont identiques à la distribution des âges de l'ensemble des patients dentés » ($p=0.4519$).

Le test de Kruskal-Wallis permet d'écarter les hypothèses nulle « H_0 : Les distributions des GIR des différents groupes discriminés par score d'inflammation sont identiques à la distribution des GIR de l'ensemble de la population dentée », avec un seuil de confiance de plus de 95 % ($p=0.02556$), et « H_0 : Les distributions des score d'inflammation des différents groupes discriminés par habitude d'hygiène sont identiques à la distribution des scores d'inflammation de l'ensemble de la population dentée », avec un seuil de confiance de plus de 90 % ($p= 0.05804$).

3.6 Habitude de brossage

Les habitudes de brossage (ou de soin de bouche pour les patients édentés) sont directement liées à l'état de dépendance des résidents ($p=2.892 \times 10^{-7}$, seuls les résidents GIR 1 ou 2 reçoivent une aide au brossage par le personnel), mais ne sont pas liées à l'âge des résidents ($p=0.2823$).

Figure 37 : Distribution de l'âge en fonction des habitudes de brossage

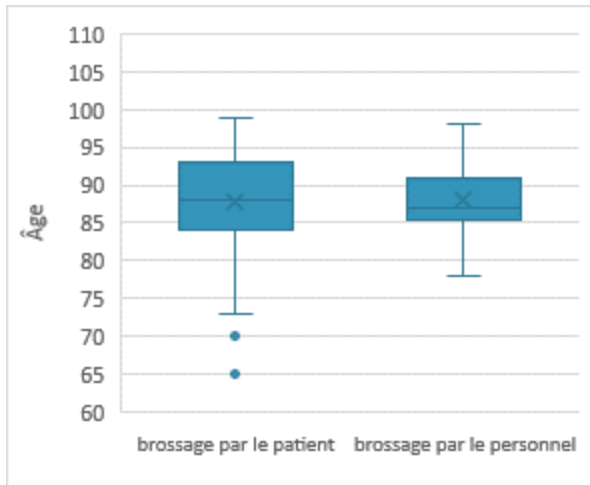
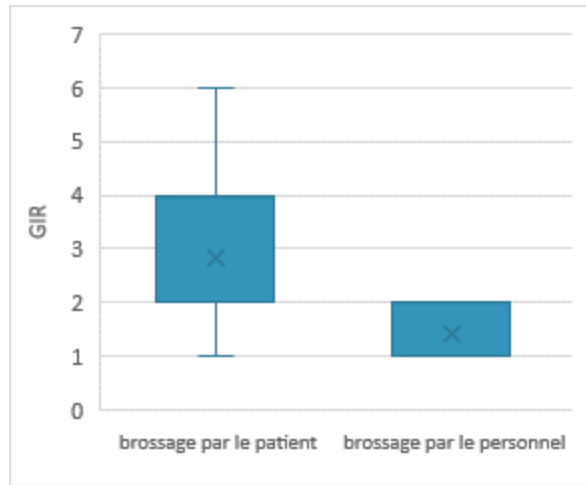


Figure 38 : Distribution du GIR en fonction des habitudes de brossage



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Tableau 25 : Analyse descriptive de l'âge en fonction des habitudes de brossage

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
Âge (brossage par le patient)	181	88.19	8.05	89	64	104	0.60
Âge (brossage par le personnel)	14	90.86	6.14	90.5	78	102	1.64

Tableau 26 : Analyse descriptive du GIR en fonction des habitudes de brossage

	N	Moyenne	Dév. Std.	Médiane	Min.	Max.	Err. Std.
GIR (brossage par le patient)	181	2.91	1.23	3	1	6	0.09
GIR (brossage par le personnel)	14	1.29	0.47	1	1	2	0.13

Source des tableaux 25 et 26 : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Le test de Kruskal-Wallis ne permet pas d'écarter l'hypothèse nulle « H_0 : Les distributions des âges des différents groupes discriminés par les habitudes de brossage sont identiques à la distribution des âges de la population globale » ($p=0.2823$).

Le test de Kruskal-Wallis permet d'écarter l'hypothèses nulle « H_0 : Les distributions des GIR des différents groupes discriminés par habitudes de brossage sont identiques à la des GIR globale », avec un seuil de confiance de plus de 99% ($p=2.892 \times 10^{-7}$).

3.7 Prothèse

Il a été enregistré 63 patients édentés sur les 195 dépistés, dont 49 porteurs d'une prothèse amovible complète :

- 41 prothèses bi-maxillaires ont été comptées dont 5 (haut ou bas) ne sont pas portées
- 1 PAC maxillaire seule et portée
- 7 PAC mandibulaires dont 1 non portée

Il a été comptabilisé 45 prothèses amovibles partielles : 22 PAP maxillaires et 23 PAP mandibulaires parmi les 195 patients dépistés.

3.8 Besoins et doléances

3.8.1 Besoins évalués

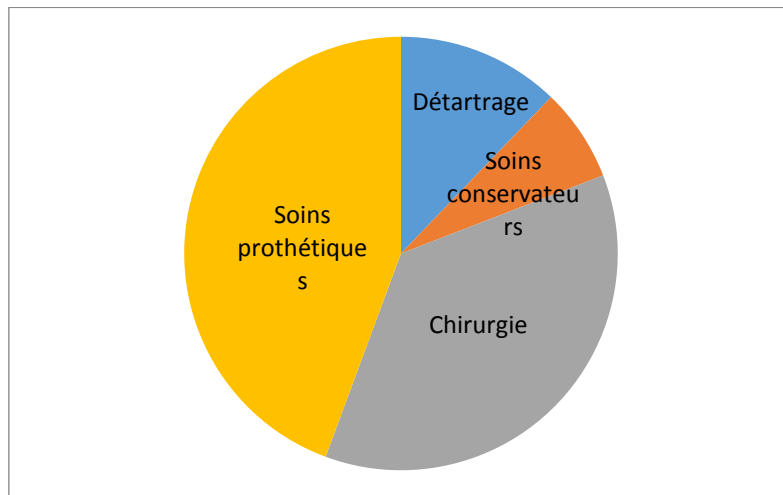
Les plus grands besoins en soins dans les EHPAD sont la prothèse (52% de la population totale) et la chirurgie (43% de la population totale).

Sur 195 patients dépistés, 135, soit 69% des résidents présentent un besoin en soins (une ou plusieurs catégories).

Sur ces 135 résidents :

- 28 nécessiteraient une prise en charge parodontale (détartrages) : 21%
- 16 nécessiteraient des soins conservateurs : 12%
- 84 des soins chirurgicaux (extractions) : 65%
- 102 une prise en charge prothétique (réparation/adjonction/rebasage/confection) : 76%

Figure 39 : Répartition des besoins en soins bucco-dentaires

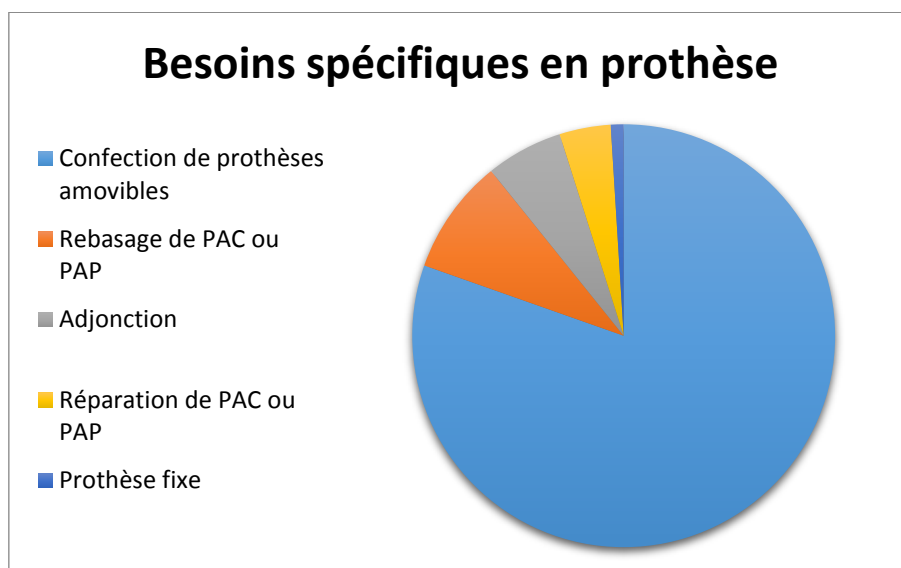


Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018

Chez les 102 patients présentant un besoin en soins prothétiques, la nature de ces soins relève plus particulièrement :

- pour 82 d'entre eux de la confection de prothèses adjointes,
- pour 9 d'entre eux du rebasage d'une prothèse adjointe
- pour 4 d'entre eux de la réparation d'une prothèse adjointe
- pour 6 d'entre eux de l'adjonction de dents sur une prothèse adjointe
- pour 1 d'entre eux de la réalisation d'une prothèse fixée

Figure 40 : Répartition des besoins en soins bucco-dentaires



Source : Auteur, d'après l'analyse des fiches de bilans bucco-dentaires, 2018]

3.8.2 Doléances rapportées

Lors de l'entretien du dépistage :

- 146 patients n'avaient aucune demande spécifique,
- 17 patients avaient une demande spécifique,
- 38 patients ont indiqué « être satisfaits de la situation actuelle »

Parmi les 17 patients présentant une demande spécifique, j'ai rencontré et répertorié les demandes suivantes :

- Extraction de la dernière dent présente sur arcade, mobilité III pour cause de gêne lors de la mastication et de l'élocution
- Adjonction d'une dent sur une PAP (dent extraite quelques mois auparavant)
- Retouche d'une PAC maxillaire qui n'est plus en mesure d'être portée sans blesser (3 cas)
- Réparation d'une PAC maxillaire cassée
- Détartrage
- Réalisation de PAP (5 cas dont une demande qui a été suivie et pour laquelle le patient a obtenu un RDV avec un praticien)
- Réalisation d'une PAC bimaxillaire
- Réalisation d'une PAC bimaxillaire (subtotale à la mandibulaire car une canine demeure intacte)
- Rebasage de l'appareil du bas d'une PAC bimaxillaire qui est très instable lors des repas (4 cas)
- Obtention de colle pour la fixation d'appareil dentaire
- Resserrage d'un crochet sur une Prothèse Amovible Partielle

4 : Discussion

4.1 Caractéristiques de la population étudiée

Au sein des 3 établissements, 195 résidents ont accepté la séance de dépistage (25 ont refusé). Parmi eux, nous avons pu mettre en évidence que **la population de ces EHPAD est essentiellement féminine** (Tableau 2) et **que l'âge moyen d'un résident est de 88 ans**. Les femmes apparaissent plus âgées que les hommes (respectivement 89 ans et 86 ans en moyenne), ce qui correspond aux données actuelles de la population générale en France.

4.1.1 Perte d'autonomie : le cœur de la problématique

Contrairement à ce que l'on remarque au sein de la population générale, dans la population étudiée le GIR des résidents est indépendant de l'âge ($p=0,3773$). Peut-être s'agit-il d'un biais introduit par l'anonymisation des données. En effet, le fait que les femmes ont une moyenne d'âge plus élevée pourrait expliquer qu'elles présentent une perte d'autonomie plus importante que les hommes ($p=0,005314$).

La répartition du nombre de patients selon leur GIR fait apparaître une **surreprésentation du GIR 2 (40% de l'effectif total) au sein de ces structures**. Rappelons que ce score s'applique à une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; ou à une personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente. Cette surreprésentation du GIR 2 n'est pas une particularité des trois établissements qui ont participé à cette étude, mais se retrouve bien à l'échelle nationale. Cela peut s'expliquer par une incitation à réévaluer le niveau de dépendance des patients appartenant au GIR 3, car le montant de l'APA perçu est majoré pour les GIR 1 et 2 par rapport aux GIR 3 et 4, alors que le passage du GIR 2 au GIR 1 n'entraîne pas de réévaluation du montant de l'APA et est associé à la mise en place de protocoles plus lourds.

S'il est reconnu que les résidents appartenant au GIR 1 et 2 requièrent une aide extérieure pour la réalisation de leurs soins de bouche, en pratique, que ce soit par manque d'information, de connaissances pratiques ou, le plus souvent, de temps, le personnel ne peut les effectuer de manière systématique. Ainsi, seuls 43% des patients appartenant aux GIR 1 ($n=10$) bénéficient d'une aide au brossage. En dehors du GIR 1, la réalisation des soins de bouche par les soignants est presque

inexistante, puisqu'elle ne concerne que 2,6% des patients du GIR 2 (n=4), et aucun patient des GIR 3 à 5.

Il serait donc intéressant de pouvoir mettre en place une action visant à ce que les résidents reçoivent l'assistance au brossage qui leur est nécessaire, quel que soit leur niveau de dépendance.

Si le GIR semble être un critère déterminant dans le choix de faire réaliser, ou non, les soins de bouche par les soignants, on peut s'interroger sur la pertinence de ce critère.

Ni la douleur ($p=0.1018$), ni le nombre de dents à l'état de racines résiduelles ou mobiles ($p=0.6269$) ne sont liés au GIR, pas plus que le nombre de dents saines résiduelles ($p=0,7611$). **Toutefois, nous avons mis en évidence que le score moyen d'inflammation gingivale augmente lorsque le GIR diminue ($p=0.02556$).**

L'inflammation gingivale étant une conséquence directe d'une mauvaise élimination de la plaque dentaire, **le GIR semble être un critère pertinent pour décider de la nécessité d'une aide au brossage**, mais les moyens actuellement déployés sont insuffisants.

La perte d'autonomie se manifeste par la perte progressive des gestes du quotidien, dont le brossage de dents. Les résidents oublient de les réaliser, ne savent plus comment faire, ou ont perdu la dextérité nécessaire. Mais si l'intervention d'une aide extérieure pourrait suffire à pallier ces insuffisances, sa mise en place présente plusieurs obstacles : d'une part accepter que quelqu'un d'autre accède à leur bouche – partie du corps qui présente un certain degré d'intimité – peut s'avérer difficile pour les résidents, amenés alors à devoir reconnaître et accepter leur état de dépendance, et d'autre part du fait du manque de temps évoqué plus haut, les soignants préfèrent prendre la main sur les soins plutôt que d'accompagner le patient dans ses gestes, ce qui peut accentuer ce sentiment de mal être.

Il serait donc nécessaire de mettre en place le plus tôt possible un complément au brossage – plus facilement tolérable par les résidents-, qui sera d'autant moins chronophage que de bonnes pratiques auront été instaurées, respectant la dignité des résidents et suivant la progression de la perte d'autonomie.

4.1.2 Nombre de dents manquantes : un constat alertant

Toutes les dents manquantes ne sont pas équivalentes. L'utilisation du coefficient masticatoire serait plus pertinent pour évaluer l'impact sur la fonction masticatoire. Toutefois, l'étude du nombre de dents saines en bouche met en avant un fait alarmant : **la moitié de la population étudiée conserve moins de 5 dents saines et les résidents ont en moyenne 8 dents en bouche** (Tableau 6). Au final, **près de 38 % des résidents ne possèdent plus aucune dent saine en bouche.**

La perte des dents étant la conséquence de l'évolution des maladies parodontales et carieuses qui progressent dans le temps, nous nous attendions à un impact de l'âge sur le nombre de dents résiduelles. Or le nombre de dents saines présentes en bouche ne dépend pas, dans la population étudiée, de l'âge du résident ($p=0,9845$). Il est possible que l'anonymisation ait occulté une tendance légère, mais cela montre que la perte de dents, liée à l'âge, n'est pas un phénomène irrémédiable et peut être évitée grâce à des moyens de prévention suffisants.

Si le nombre de dents saines ne dépend pas de l'âge, le nombre de dents à l'état de racines résiduelles augmente avec l'âge ($p=0,03351$). Bien que ces éléments semblent incompatibles au premier regard, ils peuvent être expliqués par le fait qu'il est plus probable que les patients les plus âgés renoncent à extraire les racines résiduelles, qui ne sont généralement pas douloureuses, comme nous le verrons par la suite.

Nous avons vu que l'inflammation parodontale progresse avec la dépendance des résidents. Nous nous attendions donc à ce que les séquelles des maladies carieuses ou parodontales soient accentuées chez les patients les plus dépendants. Or le nombre de dents saines présentes en bouche ne dépend pas, dans la population étudiée, du GIR du résident ($p=0,7611$), pas plus que le nombre de dents mobiles ou à l'état de racines résiduelles ($p=0,6269$). L'absence d'aggravation visible avec la perte d'autonomie peut être expliquée par un mauvais état bucco-dentaire des résidents, quel que soit le niveau de dépendance : sur les 126 patients dentés, 60% des résidents présentent au moins une racine résiduelle en bouche, et 21% des résidents présentent au moins une dent mobile en bouche (Tableau 21).

D'autre part, un tiers des résidents sont totalement édentés (Figure 19). Bien que nous ayons tendance à considérer l'édentement complet comme l'échec d'une prise en charge conservatrice, il témoigne de l'existence d'une prise en charge bucco-dentaire préalable, et peut être considéré comme un état de bonne santé bucco-dentaire, d'autant plus en présence d'une réhabilitation prothétique satisfaisante. Les foyers infectieux bucco-dentaires latents et patents ont été éliminés, tout comme les principales sources de douleurs bucco-dentaires (seuls trois résidents édentés rapportent des douleurs bucco-dentaires, liées à des prothèses inadaptées et blessantes).

Malheureusement, sur les 63 résidents édentés, seuls 78% possèdent des prothèses amovibles complètes, dont 12% ne sont pas portées (pour cause d'inadaptation ou de douleur). 20 résidents édentés restent donc privés d'une réhabilitation prothétique satisfaisante.

Remarquons que l'édentement complet n'est pas lié au GIR ($p = 0.2365$) mais que **le risque d'édentement complet augmente avec l'âge** ($p=0.01604$), ce qui correspond aux conséquences physiologiques et pathologiques habituellement associées au vieillissement. Bien que le risque

d'édentement n'évolue pas avec le GIR, le niveau de dépendance doit être pris en compte : les patients désorientés risquent de perdre leurs appareils, ne plus savoir comment les mettre ou les enlever, et sont plus exposés aux difficultés d'adaptation aux nouvelles prothèses dentaires.

Près de 5% des résidents ne possèdent plus que des racines résiduelles ou des dents mobiles en bouche ; dans ce cas, le passage à l'édentement complet représenterait un gain au niveau du confort et une amélioration de leur santé bucco-dentaire.

4.1.3 Présence de douleur

- 8.7% des patients dépistés déclarent une douleur d'origine bucco-dentaire
- 88.7% déclarent ne pas présenter de douleur bucco-dentaire
- 2.6% ne sont pas en mesure de s'exprimer

La douleur bucco-dentaire des patients dentés n'est liée ni à l'âge ($p=0.3658$), ni au GIR ($p=0.1018$), ni à la présence de plaque ($p=0.01242$), de tartre ($p=0.1985$), d'inflammation ($p=0.01046$) ou de dents à l'état de racine ($p=0.2005$). En revanche la présence de dents mobiles est fortement liée la déclaration de douleurs en bouche ($p=0.03305$). (Tableau 15 à 20).

Parmi les patients édentés, seuls 3 personnes ont déclaré ressentir une douleur et il s'agissait de porteurs de prothèses adjuvantes complètes inadaptées, pouvant être réadaptées par réfection de base.

Il n'existe pas de lien entre l'expression d'une douleur et la présence de foyers infectieux potentiels : élément notable car il n'est pas toujours justifié d'extraire toutes les dents présentant un risque infectieux potentiel, ou du moins il convient de choisir le moment approprié : il est nécessaire de s'adapter à la fragilité et à l'état de fatigue du patient au moment où la consultation a lieu et de reconsidérer le terrain à chaque début de séance. En effet, l'état de ces patients est instable d'un jour à l'autre et une fragilité accrue –et parfois passagère - est vite survenue (état grippal, chute, déprime...). **C'est pourquoi la gérontologie nécessite de faire preuve d'adaptabilité, et de toujours rechercher à appliquer des soins appropriés, en adoptant une juste mesure (le juste soin) entre les données acquises de la science et la réalité physique, psychologique et émotionnelle du patient âgée et dépendant**. Il s'agit de parvenir pour chaque cas à trouver le ratio le plus judicieux en termes de bénéfices et de risques entre l'abstention et la réalisation d'un soin ; être le plus efficace possible en intervenant lors de séances les moins longues et éprouvantes que possible. Une collaboration étroite entre le praticien dentaire et un infirmier ou un médecin (ou encore la famille si elle est très présente) est essentielle afin d'actualiser nos informations concernant l'évaluation de

l'état de santé du patient dans sa globalité et de déterminer ainsi la pertinence de nos choix thérapeutiques.

L'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) décrit en 1994 la douleur comme étant une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion réelle ou potentielle des tissus ou décrite en termes d'une telle lésion.⁴²

La démence entraîne un rapport subjectif à la douleur, elle est donc difficilement objectivable.

En effet, la démence est une atteinte intellectuelle acquise, globale et durable. C'est une altération de la mémoire qui peut être accompagnée d'autres troubles des fonctions supérieures à l'origine d'une baisse significative du fonctionnement social ou professionnel et représentant un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

Toutes ces raisons explicitent le **manque de corrélation entre atteintes et douleur.**

Sans oublier que la douleur dentaire passe parfois au second plan lors de la présence d'affection d'ordre général.

4.1.4 Besoins en soins et doléances

Il a été déterminé que **52% de la population totale présente un besoin en soins protétiques et 43% présente un besoin en chirurgie**, ce qui signifie que ces larges parts de la population en EHPAD sont affectées par des **problèmes masticatoires** (se répercutant indubitablement sur la quantité et la qualité des ingestats) **et par des risques infectieux** ; il existe ici une réelle problématique.

Les patients avaient parfois des demandes de soin en amont de ma visite mais celles-ci n'avaient pu être exprimées et exaucées. Ces demandes ainsi que les besoins en soins révélés par mon examen de dépistage ont toujours été rapportées dans le cahier d'observation présent au bureau des infirmiers, et ont été d'autre part signalées lors de la remise des fiches de dépistage des patients concernés directement au cadre de l'EHPAD. La famille ou le tuteur étaient ensuite informés qu'un RDV chez un praticien était souhaitable, et pour quelles raisons. Lorsque cela me paraissait pertinent, je joignais également des conseils (d'hygiène par exemple) destinés au personnel soignant.

38 patients ont précisé « être satisfaits », cela se traduit par l'absence de douleur ou de gêne et la possibilité de manger normalement. ; parmi eux, la doyenne d'un des 3 établissements. Parfois, des cas exceptionnels se détachent du lot : certains patients ayant un édentement total et non compensé mangent normalement sans aucun soucis (refus de l'alimentation hâchée ou mixée et refus de prothèse), d'autres édentés totaux n'ont qu'une PAC mais mangent normalement et sont totalement satisfaits ainsi. Enfin, j'ai rencontré le cas d'un patient ayant 28 dents usées jusqu'à la racine, sans

⁴² Institut national de la santé et de la recherche médicale, « Comprendre la douleur ».

plaque ni tartre ni inflammation et qui était ravi ainsi : il mangeait normalement et ne souhaitait aucun soin !

30 patients ont spécifiquement refusé d'engager un suivi au niveau des soins dentaires. La plupart du temps ces refus concernent l'extraction des dents à l'état de racine ou mobiles non douloureuses. Malgré une information claire au sujet des risques infectieux potentiels et des complications possibles liées à la santé générale, ces patients refusent catégoriquement d'être soignés.

Dans certains cas, l'hypothèse de réaliser des prothèses était aussi écartée. Les raisons pouvaient être les suivantes :

- patients en GIR 1
- patients sous respiration assistée
- patients dans le refus
- patients non compliant atteints de troubles cognitifs, neurologiques ou de démence
- patients avec ouverture buccale très réduite (GIR 1 ou 2)

4.2 Causes des bouches abandonnées

Tout d'abord, il a été démontré que le recours au chirurgien-dentiste demeure inférieur de 25% pour les personnes vivant en institution par rapport aux personnes vivant à domicile.⁴³

La consommation des soins dentaires diminue avec l'âge et les atteintes générales, alors que les besoins augmentent.

Au cours des journées de dépistage au sein des EHAPD, j'ai pu rechercher les causes expliquant les manques révélés en terme de santé bucco-dentaire :

- désert médical – inégalités territoriales – milieu rural défavorisé
- stress de voir un dentiste/personne fragile et vulnérable
- dépression, perte d'intérêt « à quoi bon ? » « à mon âge, ça ne vaut plus le coup »...
- problème d'accessibilité aux cabinets ne disposant pas d'accès pour les fauteuils roulants
- problème de l'impact financier des prothèses (coût de l'EHPAD déjà à prendre en compte)
- problème du manque de remboursement des mutuelles pour les prothèses
- refus du patient d'être une charge financière pour sa famille
- passage des soucis dentaires au second plan face aux autres pathologies générales chroniques
- absence de sensibilisation dentaire réalisée au sein du personnel soignant

⁴³Thiébaud et al., « Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France ».

- absence d'intégration des soins de bouche dans les soins quotidiens
- manque de temps ou de personnel (ce qui relègue les soins de bouche au second plan)
- faisabilité des soins limitée dans certains cas à cause du handicap, de la perte d'autonomie fonctionnelle et/ou des troubles cognitifs et comportementaux
- refus du patient et de la famille parfois sans explications
- difficulté pour le transport jusqu'au cabinet : manque de personnel, manque de ressource, manque de remboursement par la sécurité sociale ou les mutuelles,
- absence du ressenti de douleur ou du besoin de soin par le patient (difficulté à évaluer la douleur)⁴⁴

En outre, le vieillissement est souvent associé à une diminution de la vie sociale et des revenus. La solitude et l'isolement font renoncer aux soins dentaires dont le patient ne perçoit plus l'intérêt « à son âge ». Or l'édentement est plus fréquent avec l'âge et le besoin en prothèse aussi. Le manque d'argent participe aussi au tri alimentaire, or la nutrition est de même liée à la santé générale.

Plus le patient est dépendant et plus son recours aux soins diminue.⁴⁵

Pour les personnes âgées dépendantes vivant en institution, le renoncement aux soins est devenu normal. La phrase qui est revenue très souvent au cours du projet est « oh à mon âge ! Quel intérêt ? ». Parfois les patients expriment aussi souvent le manque de moyens financiers et la volonté ferme de ne pas être davantage une charge pour leur famille qui paye déjà la résidence. On peut très vite constater l'installation du manque d'estime de soi dans cette tranche vulnérable de la population. Les résidents font souvent le deuil de l'esthétisme de leur sourire, le deuil de leur image.

Aussi, les affections chroniques d'ordre général recalent souvent les soins dentaires au second plan.

C'est donc au chirurgien-dentiste que revient le rôle de la lutte contre le renoncement aux soins par les patients, par une information simple mais claire et précise. En effet, expliquer l'effet des infections dentaires sur la santé générale est un point primordial à aborder lors d'une consultation.

Cependant, dans certains cas, c'est le chirurgien-dentiste qui se doit de renoncer à la réalisation des soins. Dans le cas où c'est la famille qui est demandeuse de soins à tout prix car elle refuse de voir vieillir son parent mais que celui-ci est fatigué et dans le refus absolu des soins, c'est notre rôle de l'entendre et le respecter. Il convient pour les patients ayant des affections générales graves, voire s'ils sont épuisés ou en fin de vie, de ne pas insister. Il est de notre devoir de juger aussi lorsque le manque de compliance d'un patient dément rend des séances de soins impossibles (ou de penser à la solution des soins sous sédation consciente si cela est envisageable).

⁴⁴Mangeny et al., « La santé buccodentaire en Ehpad : état des lieux et suivi des recommandations de soins ».

⁴⁵Pirnay, « Prise en charge des personnes âgées : Aspects éthiques et juridiques. Cours S7UE4 ».

4.3 Limites de la présente étude

Cette étude de santé publique est née avant tout d'une volonté d'établir un bilan de la santé bucco-dentaire des résidents des EHPAD, afin de les orienter vers une prise en charge adaptée à leurs besoins.

Elle présente quelques limites liées principalement à la récolte des données : simplification à l'extrême des critères due aux conditions de travail et à l'état de santé des patients et omission de certains facteurs (texture de l'alimentation, coefficient de mastication, marqueurs de la dénutrition, etc).

En effet, l'échelle de mesure du tartre et de la plaque reste assez rudimentaire.

D'autre part, il aurait été intéressant de récolter également des données concernant le type d'alimentation du patient (normale, hachée ou broyée) en fonction de sa capacité de mastication et son état nutritionnel. Nous aurions pu ainsi étudier le lien potentiel entre l'édentement et le type d'alimentation et le statut nutritionnel. Cela aurait été pertinent et aurait pu apporter des éléments complémentaires à ce que nous avons déjà évoqué par ailleurs sur le fait que l'état bucco-dentaire peut avoir une grande influence sur l'état de santé général (diabète, dénutrition, etc).

Mais si notre étude est certes améliorable sur certains points, elle ouvre la voie à d'autres études dans ce domaine, qui pourront enrichir nos conclusions par l'ajout de critères plus poussés pour approfondir les analyses et, qui sait, proposer des solutions adaptées quant à la mise en place et à la pratique de la prévention et des soins bucco-dentaires en EHPAD.

5 : Conclusion et perspectives

Le sujet de cette étude est un problème de santé publique. En effet dans L'Encyclopédie du Larousse, celle-ci est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1952 comme étant la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation.⁴⁶

Ici, la prévalence des pathologies bucco-dentaires est plus élevée que dans le reste de la population générale car accentuée par les déficiences et la situation de dépendance. En effet, la perte d'autonomie et le vieillissement ont des conséquences néfastes sur la cavité buccale via l'altération de la dextérité pour le brossage, la polypathologie, la polymédication, le rapport subjectif à la douleur et la manière de l'exprimer, le désintérêt des soins, les déplacements difficiles. Les résultats ont en effet démontré que le GIR (marqueur du degré d'autonomie de la personne) est fortement corrélé à un état bucco-dentaire dégradé.

S'ajoutent à cela, le manque de chirurgiens-dentistes en zone rurale, l'absence de dépistage systématique à l'entrée en institution et l'absence de suivi dentaire au sein des EHPAD.

Cette étude présente un état des lieux de la situation bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes institutionnalisées, en milieu rural défavorisé. **A travers ces différentes analyses, on comprend le besoin d'améliorer le système présent qui laisse de côté une part importante et croissante de la population. En effet, l'étude nous montre les conséquences néfastes du manque de soins d'hygiène (manque de personnel, manque de temps, manque de formation), ainsi que le besoin accru de soins chirurgicaux nécessaires à l'éradication des foyers infectieux, qui sont à la source de nombreuses répercussions : physiques, psychiques et sociales.** De plus, la moyenne étant de 8 dents saines en bouche chez ces patients institutionnalisés, nous avons pu mettre en évidence un réel besoin d'appareillage.

Il convient donc de rechercher et mettre en place des actions pertinentes qui permettraient une amélioration de la situation actuelle.

⁴⁶Larousse, « Santé Publique ».

- Sensibiliser le personnel soignant à la santé bucco-dentaire, comme cela a déjà débuté dans les Foyers d'Accueil Médicalisés grâce aux actions de chirurgiens-dentistes réalisant des dépistages et des formations aux soins bucco-dentaires, qui agissent à la demande de l'UFSBD. De la même manière, ses formations pourraient être dispensées aux personnels soignants des EHPAD. (Projet en cours)
- S'ouvrir à la télémédecine qui fait partie des réponses aux inégalités d'accès aux soins : L'ASIP Santé, l'agence française de la santé numérique, a justement pour missions principales de créer les conditions de l'essor de la e-santé, conduire des projets d'envergure nationale et déployer les usages en soutenant l'innovation.⁴⁷ Cet organisme a mis comme une des priorités du développement de la télémédecine, la prise en charge des résidents d'établissements médico-sociaux. La mise en place de la téléconsultation permettrait d'intégrer un dépistage bucco-dentaire à moindre coût dans le bilan médical d'entrée de chaque patient en évitant la fatigue d'un déplacement en cabinet pour ces personnes fragiles.⁴⁸ En effet, de manière surprenante, le bilan de santé générale effectué à l'entrée en institution ne comprend pas de bilan dentaire. Cependant, comme pour toute innovation, le plus compliqué dans le développement d'activité de télémédecine est de faire accepter la nouveauté aux soignants comme aux soignés.
- Envisager des unités de soins dentaires mobiles dans les cas de prévention ou d'urgence comme le stipule l'article 67 du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes :

« L'exercice habituel de l'art dentaire hors d'une installation professionnelle fixe conforme aux dispositions définies par le présent code est interdit. Toutefois, des dérogations peuvent être accordées par les conseils départementaux aux chirurgiens-dentistes apportant leur concours à des organisations dont la vocation est de répondre soit à des actions de prévention, soit à des besoins d'urgence, soit à des besoins permanents de soins à domicile. Les conseils départementaux, en liaison avec les autorités compétentes, vérifient la conformité de ces interventions avec les principes généraux du présent code. »⁴⁹

- Instaurer un nécessaire d'hygiène bucco-dentaire adapté aux personnes âgées et permettant une prévention active des affections buccales. En effet, une étude de 2014 a démontré

⁴⁷ASIP Santé, « Missions ».

⁴⁸Giraudeau et al., « Article original / Téléexpertise ».

⁴⁹Légifrance, « Code de déontologie des chirurgiens-dentistes ».

qu'une hygiène bucco-dentaire adaptée a un impact positif sur la santé bucco-dentaire des patients âgés institutionnalisés.⁵⁰

- Prévenir les affections buccales : promouvoir le **guide à l'usage des établissements pour personnes âgées créé par l'UFSBD**⁵¹
- Soulever à nouveau le problème de l'absence du métier d'hygiéniste en France
- Eveiller davantage les étudiants à ce type de soins spécifiques de la personne âgée
- Disposer des affichettes concernant les soins de bouche et le soin des prothèses dans les EHPAD, dans le même type que celles disposées au sujet de la prévention des coups de chaleur, des escarres, de l'hygiène des mains etc. (annexe)
- Penser aux soins sous sédation consciente au MEOPA qui sont une alternative particulièrement intéressante à la sédation médicamenteuse par voie orale, à l'anesthésie générale ou à la sédation consciente par voie intraveineuse (en gardant à l'esprit les limites de l'utilisation d'un masque nasal ou bucco-nasal chez les patients désorientés).⁵²

Enfin, il semble définitivement essentiel d'intégrer le chirurgien-dentiste aux réseaux gérontologiques existants.

5.1 La suite du projet

Les dépistages ont été suspendus et reprendront une fois ma thèse soutenue.

C'est donc au cours de l'année 2018 que je pourrai visiter les EHPAD d'Auxerre (Maison de retraite de l'Yonne), établissement conséquent avec 411 résidents, et de Courson les Carrières qui est une petite structure de seulement 60 lits en hébergement permanent, ainsi que les EHPAD qui ont, entre temps, intégrés le GCSMS. La poursuite de ce projet me tient à cœur car il me permet d'exercer mon art au service de personnes qui en ont vraiment besoin et d'améliorer leur qualité de vie.

En outre, le directeur de l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) de l'Yonne m'a contactée suite à un dépistage que j'ai réalisé avec son organisme au sein du foyer d'accueil médicalisé (FAM) des Boisseaux et m'a proposé d'établir un projet avec lui au sein de l'association, afin de faire perdurer le présent projet qui avait débuté avec le GCSMS. Ainsi, d'autres dentistes pourront contribuer à la réalisation des bilans bucco-dentaires et la mise en place des formations aux soins de bouche destinés au personnel dans les EHPAD. C'est un début d'action très encourageant auquel je suis heureuse de pouvoir participer dans l'espoir de voir rapidement s'améliorer les conditions de prise en charge et d'accès aux soins de cette population spécifique.

⁵⁰Lacoste-Ferré et al., « Amélioration de la santé orale chez des patients institutionnalisés Choix et validation d'un kit d'hygiène bucco-dentaire adapté au sein d'une unité de soins de longue durée ».

⁵¹Abbé Denizot et al., « Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées ».

⁵²Chapiro et Trivaille, « Sédation consciente et soins dentaires chez la personne âgée ».

Bibliographie

- Abbé Denizot, A., F. Coton Monteil, B. Perrier, et D. Grizeau Clemens. « Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées ». Agirc-Arrco et Union française pour la santé bucco-dentaire, 2017. <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2017/05/D-GUIDE-AGIRC-ARRCO-UFSBD-V2017.pdf>.
- Agence régionale de santé Bourgogne Franche-Comté. « Cartosanté - Densité des chirurgiens-dentistes ». ARS Bourgogne Franche-Comté, 2017. <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/cartosante>.
- ASIP Santé. « Missions ». [esante.gouv](http://esante.gouv.fr/asip-sante/qui-sommes-nous/missions), 2017. <http://esante.gouv.fr/asip-sante/qui-sommes-nous/missions>.
- Azerad, D. « Relations entre maladies parodontales, diabète de type II et risque cardiovasculaire : revue méthodique de la littérature. Étude qualitative auprès de médecins généralistes parisiens ». Thèse d'exercice : Médecine, Paris Descartes, 2012.
- Bellamy, V., et C. Beaumel. « Bilan démographique 2015. Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre ». *INSEE Première*, n° 1581 (2016): 1- 4.
- Belmin, J. « Vulnérabilité-Fragilité de la personne âgée », 2011. <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/pathologie1-2011/JBelminfragiliteetvulnerabilite2011.pdf>.
- Bodineau-Mobarak, A., et E. Bert. « Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées ». *Gérontologie et société*, n° 3 (2010): 73.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. « Analyse des tarifs des Ehpad en 2016 ». Cnsa, 2017. www.cnsa.fr.
- Catherine, J.-H., B. Lefevre, L. Nawrocki, et J. -L. Torres. « Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires ». *Médecine buccale chirurgie buccale* 18, n° 3 (2012): 251- 313. <https://doi.org/10.1051/mbcb/2009037>.
- Chapiro, S., et C. Trivaille. « Sédation consciente et soins dentaires chez la personne âgée ». *ID. L'information dentaire*, L'information dentaire, 93, n° 32 (2011): 91- 93.
- Colombier, M.-L. « Anatomophysiologie du parodonte superficiel : la gencive. Cours S2 », 2016. Plateforme pédagogique moodle de la faculté de chirurgie dentaire Paris Descartes.
- . « Les urgences en parodontie, les mobilités et la contention. Cours S5M4 », 2013. Plateforme pédagogique moodle de la faculté de chirurgie dentaire Paris Descartes.
- . « Répercussions des maladies parodontales sur la santé générale. Cours S6M4 », 2012. Plateforme pédagogique moodle de la faculté de chirurgie dentaire Paris Descartes.
- Demaison, C., S. Mayo-Simbsler, D. Maury-Duprey, et S. Tagnani. « Les revenus et le patrimoine des ménages ». Institut national de la statistique et des études économiques, 2016.
- Dupont-Darras, S., et N. Blineau. « Le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ». UNIOPSS, 2009. http://expertise.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2009/05_mai_2009/Le_GCSMS.pdf.
- Fédération hospitalière de France. « Vers un GCSMS-ehpad publics de l'Yonne », 2016. http://www.fhf-pl.fr/files/00/01/42/00014226-18a2571dfa1f6b52f6b3aa75d98ea90d/03_relland_support-presentation-gcsms-juin-2016.pdf.
- Folliguet, M., et Direction générale de la santé SD2B. « Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées », 2006. solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf.
- Giraudeau, N., J. Valcarcel, H. Tassery, B. Levallois, F. Cuisinier, P. Tramini, et F. Vialla. « Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD ». *La Recherche Européenne en Télémédecine* 3 (2014): 51- 56. <https://doi.org/10.1016/j.eurtel.2014.04.005>.

- Gosset, M. « Liens entre les maladies parodontales et la santé générale. Cours S6M4 », 2013. Plateforme pédagogique moodle de la faculté de chirurgie dentaire Paris Descartes.
- Gregory, D., et S. Hyde. « Root caries in older adults ». *Journal of the california dental association* 43, n° 8 (2015): 439- 45.
- Humanis. « Qu'est-ce que la dépendance et la perte d'autonomie ? » Essentiel autonomie humanis, 2016. <https://essentiel-autonomie.humanis.com/comprendre-perde-autonomie/evaluer/definition-dependance>.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. « Comprendre la douleur ». Inserm, 2016. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>.
- Institut national de la statistique et des études économiques. « Personnes âgées dépendantes ». *Insee références*, 2014, 100- 101.
- Lacoste-Ferré, M.-H., C. Gendre, L. Rapp, S. Gautraut, S. Hermabessière, et Y. Rolland. « Amélioration de la santé orale chez des patients institutionnalisés Choix et validation d'un kit d'hygiène bucco-dentaire adapté au sein d'une unité de soins de longue durée ». *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement* 12, n° 3 (2014): 275- 83. <https://doi.org/10.1684/pnv.2014.0493>.
- Larousse, P. « Santé Publique ». *Encyclopédie Larousse*. Larousse, 2018. http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_public/90008.
- Légifrance. « Code de déontologie des chirurgiens-dentistes ». legifrance, 2004. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=5E368BB9A5824D3533FA59FF38186E0.tplgfr29s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006103083&cidTexte=LEGITEXT000006072636&dateTexte=20040807.
- Mangeney, K., H. Barthélémy, T. Vogel, B. Rappin, S. Sokolakis, et P.-O. Lang. « La santé buccodentaire en Ehpad : état des lieux et suivi des recommandations de soins ». *Neurologie. Psychiatrie. Gériatrie* 17 (2017): 93- 99. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.04.003>.
- Mongheal, E. « Changement de direction à l'ehpad ». *Yonne républicaine*, 2013. https://www.lyonne.fr/toucy/sante/2013/11/13/changement-de-direction-a-l-ehpad_1762602.html.
- Naito, M., T. Kato, W. Fujii, M. Ozeki, M. Yokoyama, N. Hamajima, et E. Saitoh. « Effects of dental treatment on the quality of life and activities of daily living in institutionalized elderly in Japan ». *Archives of gerontology and geriatrics* 50 (2010): 65- 68. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.01.013>.
- Pasquier, F., C. Thomas-Antérion, et M. Laurence. « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ». *Revue neurologique* 164 (2008): 754- 74. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2008.06.007>.
- Pirnay, P. « Prise en charge des personnes âgées : Aspects éthiques et juridiques. Cours S7UE4 », 2015. Plateforme pédagogique moodle de la faculté de chirurgie dentaire Paris Descartes.
- Radoi, L., A. Veille-Finet, et M. Folliguet. « Chap. 10 : Bucco-dentaire ». In *Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique*, édité par C. Trivalle, 3ème éd., 136- 61. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2016.
- Résidence de la croix des vignes. « Informations pratiques », 2016. <http://ehpad-toucy.fr/informations-pratiques/>.
- Résidence de la vallée de l'Ouagne. « Informations pratiques », 2013. http://www.ehpad-charny.fr/?page_id=23.
- Résidence Gandrille bel air. « Découvrir la résidence », 2014. <http://residence-gandrille.fr/decouvrir-la-residence/>.
- Sénat. « La protection des données personnelles dans l'open data : une exigence et une opportunité ». Sénat, 2018. <http://www.senat.fr/rap/r13-469/r13-4697.html>.
- Service public. « Allocations et aides aux personnes âgées ». Service Public, 2018. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N392>.
- Thiébaud, S., L. Lupi-Pégurier, A. Paraponaris, et B. Ventelou. « Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 7 (2013): 60- 64.

Wolmarc, Y. « Vieillissement normal et pathologique. Cours S7UE4 », 2015. Plateforme pédagogique moodle de la faculté de chirurgie dentaire Paris Descartes.

Table des figures

Figure 1 : Vieillesse et fragilité.....	6
Figure 2 : Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection	8
Figure 3 : Le GCSMS est un groupement aux compétences et valeurs communes	15
Figure 4 : Photos de l'EHPAD Gandrille Bel Air.....	18
Figure 5 : Photos de l'EHPAD de la Croix des Vignes.....	18
Figure 6 : Photos de l'EHPAD de la Vallée de l'Ouanne.....	19
Figure 7 : Affichage indiquant les dates de mon intervention au sein d'un EHPAD	22
Figure 8 : Fiche de bilan bucco-dentaire adaptée aux personnes âgées dépendantes en EHPAD	23
Figure 9 : Correspondance GIR/degres de dépendance	24
Figure 10 : Matériel de recueil des données.....	25
Figure 11 : Vue d'ensemble du chariot avec le matériel prévu pour la réalisation des bilans bucco-dentaires.....	26
Figure 12 : Proportions hommes – femmes.....	31
Figure 13 : Pyramide des âges.....	31
Figure 14 : Effectifs en fonction du GIR.....	32
Figure 15 : Répartition du GIR en fonction du sexe	32
Figure 16 : Distribution de l'âge en fonction du GIR.....	33
Figure 17 : Nombre de dents saines en fonction de l'âge.....	34
Figure 18 : Répartition du nombre de dents saines en fonction du GIR.....	35
Figure 19 : Répartition des patients dentés - édentés	36
Figure 20 : Répartition de l'âge des patients dentés et édentés	36
Figure 21 : Répartition du GIR des patients dentés et édentés	36
Figure 22 : Douleur déclarée en fonction de l'édentement ou non édentement des résidents	37
Figure 23 : Répartition du GIR en fonction de la douleur rapportée	38
Figure 24 : Répartition de l'âge en fonction de la douleur rapportée	38

Figure 25 : Répartition de la douleur déclarée en fonction de la réhabilitation prothétique des patients édentés.....	39
Figure 26 : Répartition du GIR en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté	40
Figure 27 : Répartition de l'âge en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté	40
Figure 28 : Répartition du score de plaque en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté	40
Figure 29 : Répartition du score d'inflammation en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté	40
Figure 30 : Répartition du score de tartre en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté	40
Figure 31 : Répartition du nombre de dents mobiles ou racines résiduelles en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté.....	40
Figure 32 : Répartition du nombre de racines résiduelles en fonction de la douleur rapportée chez le patient denté.....	41
Figure 33 : Répartition du nombre de dents mobiles en fonction de la douleur rapporté chez le patient denté.....	41
Figure 34 : Distribution de l'âge en fonction du score d'inflammation.....	44
Figure 35 : Distribution du GIR en fonction du score d'inflammation	44
Figure 36 : Distribution du score d'inflammation en fonction des habitudes de brossage des patients	44
Figure 37 : Distribution de l'âge en fonction des habitudes de brossage	45
Figure 38 : Distribution de l'âge en fonction des habitudes de brossage	45
Figure 39 : Répartition des besoins en soins bucco-dentaires	47
Figure 40 : Répartition des besoins en soins bucco-dentaires.....	48

Table des tableaux

Tableau 1 : Analyse descriptive de l'âge de l'échantillon initial et de l'échantillon dégradé.....	28
Tableau 2 : Analyse descriptive de l'âge des hommes et des femmes dans la population étudiée	30
Tableau 3 : Tableau de contingence entre les variables GIR et sexe	31
Tableau 4 : Analyse descriptive du GIR des hommes et des femmes dans la population étudiée	31
Tableau 5 : Analyse descriptive de l'âge en fonction du GIR	32
Tableau 6 : Analyse descriptive du nombre de dents saines dans la population complète	32
Tableau 7 : Analyse descriptive du nombre de dents saines en fonction du GIR	34
Tableau 8 : Analyse descriptive de l'âge des patientes dentés et édentés.....	35
Tableau 9 : Analyse descriptive du GIR des patientes dentés et édentés.....	35
Tableau 10 : Tableau de contingence entre le GIR et l'édentement	35
Tableau 11 : Tableau de contingence entre l'édentement et la déclaration de douleurs bucco-dentaires.....	36
Tableau 12 : Analyse descriptive du GIR en fonction de la douleur rapportée des patients édentés..	37
Tableau 13 : Analyse descriptive de l'âge en fonction de la douleur rapportée des patients édenté ..	37
Tableau 14 : Tableau de contingence entre la douleur déclarée et le port de Prothèse Adjointe Complète	38
Tableau 15 : Analyse descriptive du GIR en fonction de la douleur rapportée des patients dentés....	40
Tableau 16 : Analyse descriptive de l'âge en fonction de la douleur rapportée des patients dentés..	40
Tableau 17 : Analyse descriptive du score de plaque en fonction de la douleur rapportée des patients dentés.....	41
Tableau 18 : Analyse descriptive du score de d'inflammation en fonction de la douleur rapportée des patients dentés.....	41
Tableau 19 : Analyse descriptive du score de tartre en fonction de la douleur rapportée des patients dentés.....	41
Tableau 20 : Analyse descriptive du nombre de racines résiduelles et de dents mobiles en fonction de la douleur rapportée des patients dentés.....	41
Tableau 21 : Analyse descriptive du nombre de racines résiduelles et de dents mobiles en fonction de la douleur rapportée des patients dentés.....	42
Tableau 22 : Analyse descriptive de l'âge en fonction des habitudes de brossage	44
Tableau 23 : Analyse descriptive du GIR en fonction des habitudes de brossage	44
Tableau 24 : Analyse descriptive de l'inflammation en fonction des habitudes de brossage	44
Tableau 25 : Analyse descriptive de l'âge en fonction des habitudes de brossage	45
Tableau 26 : Analyse descriptive du GIR en fonction des habitudes de brossage	45

Annexes

Article paru dans le journal quotidien régional, l'Yonne Républicaine le 27 Février 2017

TOUCY ■ Un bilan de santé bucco-dentaire pour les aînés de l'Ehpad

Prévenir pour éviter l'urgence

À la résidence de la Croix des vignes de Toucy, la semaine dernière, les aînés ont profité d'un bilan de santé bucco-dentaire. Une opération inédite.

Comme les 1.200 résidents du groupement de coopération sociale et médico-sociale de l'Auxerrois et de Puisaye-Forterre, les résidents de la résidence de la Croix des Vignes de Toucy se sont vus proposer un bilan bucco-dentaire, notamment samedi.

Pauline Chaniat prépare actuellement sa thèse de fin d'étude de dentiste, avec option gérontologie. C'est elle qui a monté ce projet, soutenu financièrement par l'Agence régionale de santé (ARS).

« Les résidents se plaignent rarement d'un mal ou d'une gêne aux dents, souligne la praticienne. L'idée est de faire de la prévention, pour ne pas aller jusqu'à l'urgence. Il s'agit parfois uniquement d'un appareil à réajuster. Agir en amont permet de garder au maximum les dents et de garder l'appétence pour éviter la sous-nutrition. »

Après le bilan, si des soins s'avèrent nécessaires, le personnel de l'Ehpad se met au service des résidents pour contacter les praticiens. ■

PRÉVENTION. Au total, Pauline Chaniat aura réalisé le bilan de 1.200 résidents icaunais.

C.F.



Dossier paru dans le journal quotidien régional, l'Yonne Républicaine le 13 Juin 2016

Les dentistes, une denrée rare



■ **DOSSIER.** L'Yonne ne compte que trente-sept dentistes pour 100.000 habitants. Dans le département, les praticiens ont, en moyenne, 52 ans.

■ **DÉMOGRAPHIE.** À l'échelle nationale, le nombre de dentistes est aujourd'hui suffisant mais c'est leur répartition sur le territoire qui pose problème.

PAGES 2 ET 3

Un chiffre

52 ans. La moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes exerçant dans l'Yonne, selon le conseil de l'Ordre. Un problème allant en s'aggravant, car beaucoup d'entre eux partent à la retraite sans trouver de remplaçant.

LES DENTISTES DOIVENT DÉSORMAIS ASSURER UNE GARDE LE DIMANCHE



OBLIGATION. Depuis le 1^{er} septembre 2015. Cela fait neuf mois que la loi oblige les chirurgiens-dentistes à assurer des permanences de soin, le dimanche et les jours fériés, de 9 à 12 heures. Ces permanences sont réservées aux soins d'urgence dentaire.

Selon le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, dans l'Yonne, chaque matinée de garde est assurée par deux praticiens différents. Dans deux secteurs : l'un au sud, l'autre au nord du département.

Pour connaître le nom du chirurgien-dentiste de garde, les patients doivent appeler le 15. ■

SOINS ■ Pas assez nombreux, vieillissants, les dentistes de l'Yonne sont dans une situation préoccupante

Les dentistes en plein désert médical

Déjà confrontée à un fort déficit de dentistes dans l'Yonne, la profession doit en outre affronter le problème du vieillissement des praticiens. Analyse.

Romain Blanc
reporters.ygquantifrance.com

Des délais records pour obtenir un rendez-vous. Des dentistes débordés qui n'acceptent plus de nouveaux patients.

Dans l'Yonne, la désertification médicale fait des ravages. Et s'illustre notamment par un fort déficit de chirurgiens-dentistes dans le département. « C'est un gros problème », confirme le docteur Laurence Tassart-Picaud, présidente du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

D'abord un problème de répartition

« Nous avons suffisamment de chirurgiens-den-



YONNE. Selon l'Ordre des chirurgiens-dentistes de l'Yonne, 134 praticiens exercent dans le département. ILLUSTRATION CAMILLE MAZOWER

risienne pour succéder à un retraité », raconte la dentiste de Gurgy. Mais depuis, les temps ont changé. « L'Yonne n'est pas attirante pour les jeunes, constate-t-elle. Ils ne veulent faire que de la dentisterie de luxe ! »

« On ne peut pas aller au-delà de nos limites »

À 69 ans, Sylvie Lebas va donc tirer sa révérence. « En réalité, je suis à la retraite depuis mes 65 ans et je continue tout de même à travailler le matin. J'ai donné un maximum. Maintenant, j'arrête. Sans avoir trouvé de remplaçant. Pour moi, ce n'est pas grave, relativise-t-elle. Par contre, ça l'est pour ceux qui restent. Et qui sont submergés de travail. »

Mais que dire à ces patients qui sonnent à toutes les portes sans parvenir à décrocher le moindre rendez-vous ? « Nous faisons des listes d'attente et rap-

veulent s'installer sur l'arc Selon elle, avec 134 prati- 37 chirurgiens-dentistes puisqu'en 2015, quatre

L'Yonne ne compte que 37 dentistes pour 100.000 habitants

C'est l'un des départements français les plus frappés par la désertification médicale.

Une pénurie qui, dans l'Yonne, se traduit notamment par le manque de chirurgiens-dentistes.

Cinq chiffres qui illustrent le problème.

1 Pas plus de 37 dentistes pour 100.000 habitants. En France, on compte 64 chirurgiens-dentistes pour 100.000 habitants. Pas dans l'Yonne, où il n'y a que 37 praticiens pour 100.000 Icaunais (*).



PÉNURIE. Le manque de dentistes s'aggrave par le vieillissement des praticiens. PHOTO J. FULLERINGER

2 Seulement 16 % des effectifs bourguignons. Selon l'Agence régionale de santé (ARS), en 2015, l'Yonne comptait 16 % des chirurgiens-dentistes de Bourgogne. Alors que le département représente 21 % de la population régionale (Insee 2012).

3 Une légère baisse depuis 2013. Au 1^{er} janvier 2015, selon l'ARS, 128 chirurgiens-dentistes exerçaient dans l'Yonne. Soit huit praticiens de moins qu'en 2013 (- 6 %).

4 Une quarantaine de dentistes ont déjà plus de 50 ans. Selon le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, 37 praticiens icaunais sont âgés de plus de 50 ans.

5 Cinq dentistes bientôt retraités. Toujours selon l'Ordre, cinq chirurgiens-dentistes icaunais doivent prendre leur retraite en 2016. En l'état actuel des choses, seulement deux doivent être remplacés. ■

(*) Source : bulletin 2016 du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Vu, le Directeur de thèse

Docteur Jean-Claude TAVERNIER

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes
Professeur Frédéric DARDEL
Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Les bouches abandonnées des personnes âgées institutionnalisées : évaluation de l'état bucco-dentaire dans 3 EHPAD ruraux en 2017

Résumé :

Avec 37 dentistes pour 100 000 habitants, le département de l'Yonne est un désert médical. D'autre part, le nombre de personnes âgées dépendantes institutionnalisées augmente mais leur prise en charge bucco-dentaire reste marginale. Pourtant, il existe de nombreux liens entre la santé orale et la santé générale, ainsi que de multiples répercussions sur la qualité de vie.

Nous avons donc souhaité réaliser un état des lieux de l'état bucco-dentaire d'une population hébergée en EHPAD, au sein d'un département rural, sous-doté en offre de soin, et recenser les besoins en soins de chirurgie dentaire en menant un ensemble de 195 examens de dépistages dans 3 EHPAD de l'Yonne.

Les résultats ont révélé un défaut alarmant en termes de chirurgie (43% des résidents) et de réhabilitation prothétique (52% des résidents). La perte d'autonomie est au cœur de la problématique puisqu'elle représente un facteur de risque d'inflammation parodontale ($p=0,02556$). La prise en charge des patients dépendants, à la fois par la mise en place d'actions de prévention dans leur quotidien, et en favorisant leur accès aux soins délivrés par les Chirurgiens-Dentistes, représente un véritable enjeu de santé publique.

Discipline :

Odontologie gériatrique

Mots clés fMesh et Rameau :

Gérodontologie -- Dissertations universitaires ; Odontologie en santé publique -- Dissertations universitaires ; Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes -- Thèses et écrits académiques ; Prophylaxie dentaire -- Soins et hygiène --Thèses et écrits académiques

**Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge**