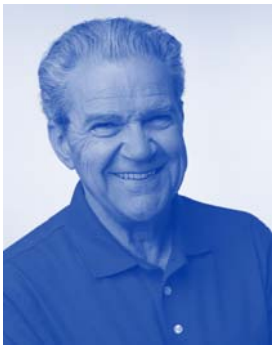




*Juin 2006
Direction régionale du service
médical PACA - Corse
Union régionale des caisses
d'assurance maladie PACA*

L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en maisons de retraite

En région Provence Alpes Côte d'Azur



SOMMAIRE

Auteurs	Page 3
Exposé des motifs	Page 4
Objectifs, matériel et méthode	Page 6
Résultats pour les pensionnaires	Page 9
Résultats pour les établissements	Page 19
Résultats pour le personnel soignant	Page 23
Critique méthodologique et analyse	Page 26
Propositions	Page 28
Conclusion	Page 30
Bibliographie	Page 31
Annexes	Page 32



AUTEURS

Chef de projet :

Docteur Joëlle Minguet-Fabbri, Chirurgien-dentiste-conseil

Service médical
Echelon local de Toulon.

Chef de projet adjoint :

Docteur Rémi Santoni, Chirurgien-dentiste-conseil

Service médical
Echelon local de Marseille.

Membres de l'équipe :

Docteur Guilhem Delas, Chirurgien-dentiste-conseil

Service médical
Echelon local d'Avignon.

Docteur Pierre Favier, Chirurgien-dentiste-conseil

Service médical
Echelon local de Toulon.

Docteur Patrick Georgel, Chirurgien-dentiste-conseil

Service médical
Echelon local de Nice.

Docteur Jasmine Moretti, Chirurgien-dentiste-conseil.

Service médical
Echelon local de Toulon.

Docteur Richard Moretti, Chirurgien-dentiste-conseil

Service médical
Echelon local de Toulon.

Docteur Philippe Schodet, Chirurgien-dentiste-conseil

Service médical
Echelon local de Digne.

Experts pour la Faculté d'Odontologie de Marseille :

Docteur Jean-Michel Chevaux

Docteur Alain Tosello

Rédaction du rapport :

Docteur Patrick Georgel, Chirurgien-dentiste-conseil

Service médical
Echelon local de Nice.

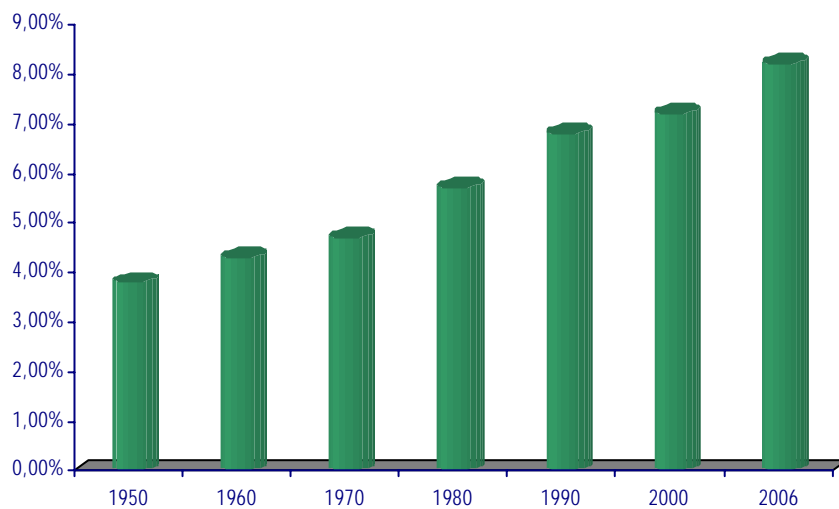
Secrétariat :

Madame Nadine Marcantoni



EXPOSÉ DES MOTIFS

L'évolution démographique voit le nombre des personnes âgées augmenter régulièrement en France : selon les statistiques INSEE (2005-2006), les personnes de plus de soixante-quinze ans représentaient 3,8 % de la population en 1950, 7,1 % en 2000 et 8,2 % au 1^{er} janvier 2006* (*donnée provisoire).



Cette augmentation reflète le "vieillessement de la population française [...]". Ce phénomène est dû à deux facteurs. D'une part la baisse de la fécondité à partir de 1965 et sa stabilisation à partir de 1976 ont réduit la part des plus jeunes dans la population totale au profit des plus âgés. D'autre part, à partir des années 1970, la baisse de la mortalité a surtout affecté les âges élevés" (INSEE Première, novembre 1999).

La proportion des personnes résidant dans des établissements spécialisés augmente régulièrement à partir de 60 ans et dépasse 41 % à l'âge de 95 ans (INSEE Première, août 1999).

Enfin, cette population vulnérable est caractérisée par des polyopathologies. Les affections bucco-dentaires, même si elles ne sont pas les plus importantes en termes de gravité propre, interviennent comme un facteur non négligeable de co-morbidité.

Le pourcentage des personnes âgées est particulièrement important en région PACA : selon l'INSEE, en 2004, les personnes de plus de soixante-quinze ans représentaient 9 % de la population de notre région, contre 7,9 % pour la France entière.

Nous avons donc choisi de nous intéresser aux personnes âgées résidant en maisons de retraite en région PACA, en raison du double enjeu, médical et économique, que représente leur état bucco-dentaire.

1. Enjeu médical

L'état bucco-dentaire tend naturellement à se dégrader avec l'âge. Le nombre de dents cariées, absentes ou obturées, augmente régulièrement, surtout par accroissement du nombre de dents extraites suite aux complications de la carie et des maladies parodontales.

Des études réalisées en 2000 dans l'Essonne (1) dans des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, en 2004 dans la région Poitou-Charentes (2) et en 2005 au sein du CHR de Metz-Thionville (3) mettaient en évidence le mauvais état bucco-dentaire et les besoins en soins des personnes âgées résidant en établissements.

Ces résultats reflétaient une prise en compte insuffisante de la santé bucco-dentaire de cette population, ainsi qu'une difficulté d'accès aux soins.

Or, un mauvais état de santé bucco-dentaire a une incidence sur la qualité de vie et, dans certains cas, sur la santé des personnes âgées :

- > états douloureux aigus ou chroniques et infections locales,
- > répercussions sur l'état général, car il existe un risque de générer ou d'aggraver des pathologies, entraînant des troubles de l'alimentation ou des infections à distance, d'autant plus que l'on a affaire à des sujets fragiles.

2. Enjeu économique

L'état bucco-dentaire, par son influence sur l'apparition ou l'aggravation d'une pathologie générale, est, comme nous l'avons dit, un facteur de co-morbidité et une composante non négligeable du coût médical de cette population.

Le vieillissement démographique important en région PACA, les résultats des enquêtes réalisées dans d'autres régions et le fréquent hébergement des personnes âgées en établissements ont motivé cette nouvelle étude : son but est de permettre une évaluation de l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en maisons de retraite dans notre région, un diagnostic des causes des déficits en soins dentaires et des propositions d'améliorations.

DÉFINITION DU PROBLÈME

Nous manquons actuellement de données précises sur :

- > l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissements,
- > les besoins en soins et en prothèse dentaire des pensionnaires,
- > leurs possibilités d'accès aux soins,
- > les mesures d'hygiène bucco-dentaire apportées par le personnel soignant.

Même les évolutions réglementaires récentes (*décret 2001-1084 du 20/11/2001*) ne prennent toujours pas en compte l'état bucco-dentaire. Il est donc important d'intervenir pour tenter de corriger cette lacune et connaître enfin la population et l'état bucco-dentaire des personnes âgées en maisons de retraite.



OBJECTIFS

L'objectif général est de développer une réflexion en vue d'améliorer la place de l'hygiène et des soins dentaires dans la prise en charge des pensionnaires des maisons de retraite.

Les objectifs opérationnels sont d'évaluer :

- > les besoins en soins et prothèse dentaire des personnes âgées en maisons de retraite,
- > les possibilités d'accès aux soins,
- > les mesures d'hygiène bucco-dentaire apportées par le personnel soignant et son implication dans cette démarche.

MATERIEL ET METHODE

1. Constitution de l'échantillon

Les maisons de retraite dépendant des centres hospitaliers ont été exclues de l'étude.

La méthode de sondage retenue par le statisticien de l'URCAM est un sondage stratifié sur 3 critères :

- > capacité d'accueil,
- > statut public/privé,
- > situation géographique urbaine/rurale.

Le statisticien a classé les établissements en 3 catégories par ordre prioritaire de visite :

- > catégorie 1 : 36 établissements devant être visités en priorité,
- > catégorie 2 : 30 établissements à visiter si possible,
- > catégorie 3 : 27 établissements à ne voir que si le nombre des établissements en catégorie 1 ou 2 est insuffisant.

Les responsables d'établissements ont été destinataires d'un courrier les informant de notre action et sollicitant leur participation à l'étude, en précisant que celle-ci était facultative (annexe I).

Sans réponse négative de leur part, leur accord était présumé acquis : ainsi, après exclusion des refus ou impossibilités de participation, l'échantillon final est de 47 maisons de retraite en région PACA. :

- > la totalité des établissements de catégorie 1, soit 36 maisons de retraite,
- > par tirage au sort, 11 établissements de catégorie 2.

Pour chacun de ces établissements, le statisticien a déterminé le nombre de résidents à examiner pour arriver au total de 400, chiffre déterminé par le test réalisé en 2003. Quatre binômes chirurgien-dentiste-conseil/agent ont été désignés pour le recueil dans les maisons de retraite.

Cette étude a pour objets deux individus statistiques différents :

- > la personne âgée, constituant le volet 1 de l'étude,
- > la maison de retraite, constituant le volet 2.

1.1. Volet 1 de l'étude

L'enquête porte sur l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées pensionnaires des maisons de retraite et leurs besoins en soins dentaires.

Critères d'inclusion :

> les pensionnaires sélectionnés.

Critères d'exclusion :

> toutes les personnes *a priori* dans l'incapacité de se prêter à un examen clinique.

Echantillon :

> la population est composée de l'ensemble des pensionnaires des maisons de retraite de la région PACA,

> l'individu statistique est le pensionnaire,

> l'échantillon est réalisé par le statisticien de l'URCAM.

1.2. Volet 2 de l'étude

Ce 2^{ème} volet de l'enquête porte sur les différents éléments concernant les établissements, notamment sur les possibilités d'accès aux soins dentaires de leurs pensionnaires.

Critères d'inclusion :

> les maisons de retraite de la région PACA publiques et privées sélectionnées.

Critères d'exclusion :

> les services hospitaliers.

Echantillon :

> l'individu statistique est la maison de retraite,

> la population est composée de la totalité des établissements de la région PACA,

> l'échantillon est défini par le statisticien de l'URCAM,

> la taille finale de l'échantillon est déterminée par le volontariat des responsables des maisons de retraite, soit 47 établissements.

2. Référentiel médicaux et réglementaires

> Référentiel technique de l'Essonne.

> Décret n° 99 3166 du 26 avril 1999 relatif au recueil de l'information.

> Circulaire CNAM Réf. DGR 5399 du 4 août 1999.

3. Cadrage des enquêteurs

Réunion d'information préalable des binômes participant à l'étude pour harmoniser le déroulement de l'enquête et le recueil des informations.

4. Actions prévues

Informez :

- > les Directeurs de maisons de retraite,
- > les professionnels de santé,
- > la DDASS et les Conseils généraux,
- > la Tutelle.

Etablir si possible et proposer un protocole de surveillance et d'hygiène dentaire à l'usage des responsables et des personnels soignants des maisons de retraite.

5. Recueil de l'information

Période de l'étude : mars à juin 2005.

- > Le volet "résident" de l'étude nécessite la saisie d'une fiche "résident" (voir annexe IV),
- > Le volet "établissement" nécessite la saisie de 2 fiches : "établissement" et "personnel soignant" (voir annexes II et III).

Les responsables d'établissements ont été destinataires d'un courrier préalable les informant de notre action et sollicitant leur participation à l'étude (annexe I a).

Des rendez-vous ont ensuite été pris et confirmés par courrier (annexe I b) en vue :

- > d'un entretien avec les responsables et les personnels,
- > du tirage au sort des pensionnaires à examiner le jour de la visite.

Le jour de la visite :

Un questionnaire "établissement" (annexe II) est renseigné par le binôme chirurgien-dentiste-conseil/agent au cours d'un entretien avec le responsable de l'établissement.

Un questionnaire anonyme "personnel soignant" (annexe III) est remis à la personne compétente désignée par le responsable, qui la complète et la remet au binôme chirurgien-dentiste-conseil/agent à la fin de la visite.

Le responsable d'établissement a fourni la liste des pensionnaires répondant aux critères d'inclusion définis ci-dessus. Un tirage au sort a désigné les personnes à examiner en respectant le nombre fixé par le statisticien.

Les pensionnaires sélectionnés sont examinés dans leur chambre ou dans un local mis à disposition. Une fiche recueil "résident" (annexe IV) est renseignée pour chaque pensionnaire lors de l'examen et complétée si besoin par des informations recueillies auprès du personnel soignant.



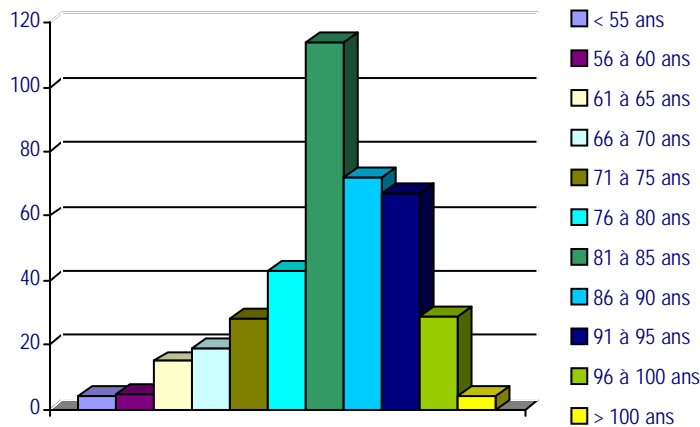
RESULTATS POUR LES PENSIONNAIRES

Les résultats sont donnés pour un effectif de 400 sujets.

L'échantillon a été constitué le jour de la visite, parmi des pensionnaires volontaires. L'examen s'est révélé impossible dans 2 cas.

1 . État général

1.1. Age des pensionnaires



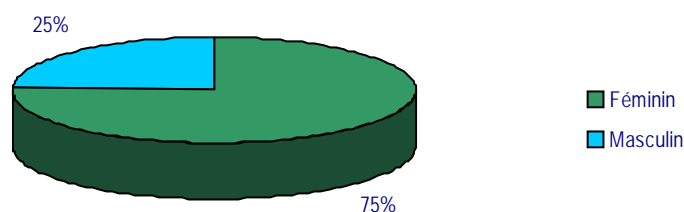
L'âge moyen était de 83,58 ans avec un minimum de 46 ans et un maximum de 105 ans.
296 résidents (74 %) étaient situés dans les tranches d'âge de 76 à 95 ans

1.2. Groupe Iso Ressources (G.I.R.)

Les Groupes Iso Ressources classent les sujets selon leur degré de dépendance, de 1 : sujet sans aucune autonomie, à 6 : sujet autonome.

302 pensionnaires (75,5 %) appartenaient aux G.I.R. 2, 3 et 4.

1.3. Sexe des pensionnaires



1.4. Poids et apparence physique

Deux cas de figure se sont présentés, selon que le poids lors de l'admission était connu ou non.

> Pour 102 personnes, le poids au moment de l'entrée dans la maison de retraite et le poids actuel étaient connus : on a pu évaluer les éventuelles variations de poids significatives, supérieures à 5 % :

> Pour 298 personnes, le poids au moment de l'entrée dans la maison de retraite était inconnu : les examinateurs ont évalué *de visu* l'apparence physique :

Poids		Fréquence	%	
Inchangé (variation < 5 %)		80	78,4	
Perte	5 % < perte de poids < 10 %	8	7,9	12,8
	Perte de poids > 10 %*	5	4,9	
Augm.	5 % < augment. poids < 10 %	5	4,9	8,8
	Augment. poids > 10 %**	4	3,9	
Total		102	100	100

* dans 1 cas perte de poids de 16,91 %

** dans 1 cas, augmentation de poids de 15,87 %

Apparence	Fréquence	%
Normale	214	71,8
Maigreur	23	7,7
Surpoids	61	20,5
Total	298	100

1.5. Autonomie de déplacement

Déplacement	Fréquence	%
Autonome	257	64,3
Nécessité d'un tiers	143	35,7
Total	400	100

1.6. Autonomie d'hygiène générale

Suite à l'entrevue avec les patients et les personnels soignants :

Hygiène générale	Fréquence	%
Autonome	183	45,8
Nécessité d'un tiers	217	54,2
Total	400	100

1.7. Autonomie d'hygiène bucco-dentaire

Gestes habituels d'hygiène bucco-dentaire

Hygiène bucco-dentaire	Fréquence	%
Autonome	302	75,5
Nécessité d'un tiers	98	24,5
Total	400	100

1.8 Alimentation

Alimentation	Fréquence	%
Normale	323	80,8
Hachée	54	13,5
Mixée	23	5,7
Total	400	100

Les aliments étaient conditionnés dans l'assiette dans 365 cas (91,3 %),
L'administration d'un complément nutritionnel était évoquée dans 30 cas (7,5 %).

2. état bucco-dentaire

2.1. Temps écoulé depuis la dernière consultation odonto-stomatologique

Temps écoulé	Fréquence	%
Moins d' 1 an	59	14,8
de 1 an à 5 ans	97	24,2
Plus de 5 ans	175	43,8
Inconnu	69	17,2
Total	400	100

2.2. Résultats des examens concernant l'ensemble du système manducateur

Ces résultats sont donnés pour les 398 personnes qui ont pu être examinées.

La dimension verticale d'occlusion (D.V.O)

DVO	Fréquence	%
Normale	240	60,3
Diminuée	158	39,7
Total	398	100

Ouverture buccale

Ouverture buccale	Fréquence	%
Normale	371	93,2
Diminuée	27	6,8
Total	398	100

Articulations temporo-mandibulaires (A.T.M.)

A.T.M.	Fréquence	%
Normale	342	85,9
Pathologique	56	14,1
Total	398	100

2.3. Résultats des examens concernant la salivation et l'état des muqueuses

Salivation

Salivation	Fréquence	%
Normale	256	64,3
Diminuée (hyposialie)	139	34,9
Augmentée (hypersialie)	3	0,8
Total	398	100

Blessures des muqueuses

Blessures	Fréquence	%
Absence	346	86,9
Présence	52	13,1
Total	398	100

Pathologies des muqueuses (ulcérations, candidoses, etc...)

Pathologies	Fréquence	%
Absence	358	89,9
Présence	40	10,1
Total	398	100

Aspect de la langue (normale ou pathologique : dépapillée, mycoses, etc...)

Langue	Fréquence	%
Normale	365	91,7
Pathologique	33	8,3
Total	398	100

Etat gingival

Inflammation gingivale	Fréquence	%
Absence	274	68,9
Localisée	88	22,1
Généralisée	36	9
Total	398	100

2.4. Résultats des examens concernant le besoin en soins dentaires

Les besoins en prothèse adjointe

Les besoins en prothèse adjointe se décomposaient, comme exposé dans les tableaux suivants, qui représentent :

- > le premier, les différents états cliniques constatés, prenant en compte séparément les deux arcades, supérieure et inférieure,
- > le second, la résultante des données du premier en terme d'édentement global (arcade supérieure + arcade inférieure), reflétant mieux les possibilités masticatoires du sujet,
- > le troisième, les besoins en prothèse adjointe, en tenant compte des appareillages inadaptés à renouveler.

Type de denture Maxillaire + Mandibule	Nombre	%
Denture Naturelle + Denture Naturelle	36	9,0
Denture Naturelle + Edenté Partiel Appareillé	4	1,0
Denture Naturelle + Edenté Partiel Non Appareillé	10	2,5
Edenté Partiel Appareillé + Denture Naturelle	4	1,0
Edenté Partiel Appareillé + Edenté Partiel Appareillé	31	7,8
Edenté Partiel Appareillé + Edenté Partiel Non Appareillé	21	5,3
Edenté Partiel Appareillé + Edenté Total Appareillé	12	3,0
Edenté Partiel Non Appareillé + Denture Naturelle	4	1,0
Edenté Partiel Non Appareillé + Edenté Partiel Appareillé	6	1,5
Edenté Partiel Non Appareillé + Edenté Partiel Non Appareillé	83	20,9
Edenté Partiel Non Appareillé + Edenté Total non Appareillé	8	2,0
Edenté Total Appareillé + Denture Naturelle	1	0,3
Edenté Total Appareillé + Edenté Partiel Appareillé	15	3,8
Edenté Total Appareillé + Edenté Partiel Non Appareillé	15	3,8
Edenté Total Appareillé + Edenté Total Appareillé	88	22,0
Edenté Total Appareillé + Edenté Total non Appareillé	17	4,3
Edenté Total non Appareillé + Edenté Partiel Appareillé	2	0,5
Edenté Total non Appareillé + Edenté Partiel Non Appareillé	12	3,0
Edenté Total non Appareillé + Edenté Total Appareillé	3	0,8
Edenté Total non Appareillé + Edenté Total non Appareillé	26	6,5
Total	398	100 %

Sur ce tableau complexe, il est difficile d'apprécier le déficit masticatoire effectif.

En considérant comme non appareillées les personnes incomplètement appareillées, nous avons regroupé les types de dentures en seulement cinq catégories, par ordre croissant de déficit masticatoire :

Denture	Nombre	%
Denture complète naturelle	36	9
Edenté partiel appareillé	67	17
Edenté total appareillé	88	22
Edenté partiel non appareillé	161	40,4
Edenté total non appareillé	46	11,6
Total	398	100

Au final, les besoins en prothèse adjointe (personnes non appareillées + non complètement appareillées + porteurs de prothèses inadaptées) sont exprimés dans le tableau suivant :

Besoins	Nbre de résidents	%
Besoins de création ou de renouvellement de prothèse adjointe*	261	65,6
Sans besoins**	137	34,4
Total	398	100

*Edentés partiels ou totaux non appareillés ou incomplètement appareillés + porteurs de prothèses inadaptées.

**Dentures complètes naturelles + edentés partiels ou totaux appareillés, dont les prothèses étaient fonctionnelles.

Les édentés partiels ou totaux non appareillés ou non complètement appareillés (considérés comme non appareillés), étaient au nombre de 207 (52 %).

Parmi les édentés partiels ou totaux appareillés, 54 personnes nécessitaient une réfection de leurs prothèses.

Les édentés totaux, appareillés ou non, étaient au nombre de 134 (33,6 %). Les personnes possédant des dents naturelles étaient donc au nombre de 264.

Les porteurs de prothèses dentaires, qu'elles soient fonctionnelles (2 arcades appareillées, prothèses bien adaptées) ou non fonctionnelles (une arcade édentée non appareillée et/ou prothèses mal adaptées) étaient au nombre de 219 (55 %).

Concernant ces 219 personnes partiellement ou totalement édentées et appareillées, nous avons évalué le **port de la prothèse pendant les repas** :

Port de la prothèse pendant les repas	Fréquence	%
oui	195	89
non	16	7,3
Inconnu*	8	3,7
Total	219	100

**Impossibilité d'obtenir des réponses cohérentes en cas de pathologies mentales sévères.*

Les besoins autres que prothèse adjointe

Après exclusion des 134 personnes édentées totales, les pourcentages sont donnés pour un échantillon de 264 personnes possédant des dents naturelles (66 % de l'effectif total).

Besoin en détartrage

Besoin en détartrage	Nombre	%
Oui	182	69
Non	82	31
Total	264	100

Besoin en soins conservateurs

Besoin soins conservateurs	Nombre	%
Oui	150	57
Non	114	43
Total	264	100

Besoin en soins chirurgicaux

Besoin en soins chirurgicaux	Nombre	%
Oui	123	47
Non	141	53
Total	264	100

Besoin en Prothèse conjointe

Besoin en Prothèse conjointe	Nombre	%
Oui	71	27
Non	193	73
Total	264	100

Rapportés à l'effectif total des personnes examinées :

- > les besoins en détartrage intéressaient 45,5 % des pensionnaires,
- > les besoins en soins conservateurs, 37,6 %,
- > les besoins en soins chirurgicaux, 31 %,
- > les besoins en prothèse conjointe, 17,8 %.

Les besoins en soins conservateurs et chirurgicaux concernaient donc 1/3 des pensionnaires.

Les besoins en soins tous types confondus (prothèse ajointe et conjointe, détartrages, soins conservateurs et chirurgicaux).

Résultats donnés pour les 398 personnes examinées.

Diversité des besoins	Fréquence	%
Sans besoin	87	21,9
Un type de besoin	113	28,4
Deux types de besoins	49	12,3
Trois types de besoins	54	13,6
Quatre types de besoins	64	16,0
Cinq types de besoins	31	7,8
Total	398	100,0

78 % des résidents avaient besoin d'au moins un type de soins.

2.5. Résultats des examens concernant l'hygiène bucco-dentaire

Résultats donnés pour les 398 personnes examinées.

Qualité de l'hygiène

Hygiène dentaire	Fréquence	%
Suffisante	253	63,6
insuffisante	145	36,4
Total	398	100

Gestes d'hygiène bucco-dentaire

Brossage des dents	Fréquence	%
Au moins un fois par jour	161	40 %
Moins d'une fois par jour	96	24 %
Inconnue*	7	2,5 %
Sans objet (édentés totaux)	134	33,5 %
Total	398	%

Brossage de la langue	Fréquence	%
oui	33	8,5 %
non	355	89 %
Inconnu*	10	2,5 %
Total	398	%

Entretien des prothèses

Concerne les 219 porteurs de prothèses dentaires.

Entretien des prothèses	Fréquence	%
oui	187	83 %
non	23	12 %
Inconnu*	9	5 %
Total	219	100 %

2.6. Doléances et désir de soins

Concerne les 398 personnes examinées et interrogées.

Doléances

Présence de doléances	Fréquence	%
Oui	153	38 %
Non ou inconnue*	245	62 %
Total	398	100 %

*Impossibilité d'obtenir des réponses cohérentes en cas de pathologies mentales sévères.

Nature des doléances (exprimées par 153 pensionnaires)	Fréquence	%
Douleurs dentaires	36	19 %
Troubles mastication	41	21 %
Doléances phonétiques	9	4,5 %
Doléances prothétiques	96	50 %
Doléances esthétiques	11	5,5 %
Total	193**	100 %

** On a noté 193 doléances, pour 153 pensionnaires, car certaines personnes ont exprimé plusieurs natures de doléances.

Besoins en soins et doléances

Besoin en soins	Doléances			
	Oui		Non	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Oui	141	45 %	170	55 %
Non	12	15 %	75	85 %
Total	153		245	

Désir de bénéficier de soins dentaires

Besoin en soins	Désir de soins					
	Oui		Non		Inconnu*	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Oui	141	45 %	149	48 %	21	7 %
Non	11	13 %	70	80 %	6	7 %
Total	152		219		27	

*Impossibilité d'obtenir des réponses cohérentes en cas de pathologies mentales sévères.



RESULTATS POUR LES ÉTABLISSEMENTS

47 maisons de retraite ont été étudiées :

- > 1 dans les Hautes-Alpes,
- > 7 dans les Alpes Maritimes,
- > 23 dans les Bouches du Rhône,
- > 11 dans les Var,
- > 5 dans le Vaucluse.

1. Caractéristique des établissements

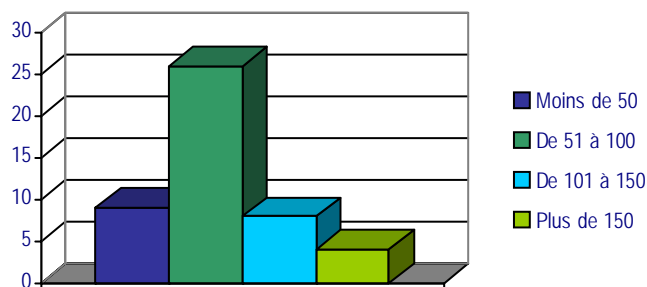
1.1. Statut et médicalisation

Types d'établissements	Fréquence	%
Privés	30	63,8
Privés associatifs	8	17
Publics	9	19,2
Total	47	100

Médicalisation	Fréquence	%
Oui	39	83
Non	8	17
Total	47	100

1.2. Nombre de résidents

Le nombre moyen des résidents était de 85, avec un minimum de 20 résidents et un maximum de 201 résidents.



2. Accès aux soins bucco-dentaire

On été examinés :

- > la présence d'un local spécifique, avec fauteuil dentaire,
- > l'existence de vacations de chirurgiens-dentistes ou stomatologues,
- > la fréquence de ces vacations,
- > la nature des actes dispensés,
- > le motif d'absence de vacations,
- > l'existence de praticiens correspondants, leur nombre et leur type d'exercice,
- > le motif d'absence de praticiens correspondants
- > le mode de déplacement pour se rendre aux soins.

2.1. Vacances

Existence de vacations	Fréquence	%
Oui	13	27,7
Non	34	72,3
Total	47	100

Les vacations n'excluaient pas le recours à un praticien traitant de ville : correspondant ou praticien du résident.

Local spécifique :

Présence d'un local	Fréquence	%
Oui	4	31
Non	9	69
Total	13	100

Présence d'un local avec fauteuil dentaire, pour les 13 établissements où il existait des vacations.

Fréquence des vacations :

Pour les 13 établissements où il existait des vacations.

Fréquence des vacations	Fréquence	%
1 fois /semaine	4	30,8
Toutes les 2 semaines	4	30,8
A la demande	5	38,4
Total	13	100

Nature des actes dispensés

Pour les 13 établissements où il existait des vacations.

Nature des actes	Fréquence
Consultations	3
Soins conservateurs	1
Consultations + soins conservateurs	2
Soins parodontaux, détartrages	1
Consult. + soins chirurgicaux + prothèse dentaire	2
Consult. + soins chirurgicaux + soins conservateurs + prothèse	1
Consult. + radio + soins chir. + soins conservat. + soins paro. + prothèse	1
Soins chirurgicaux	1
Inconnue	1
Total	13

Motifs d'absence de vacations

Concernent 34 établissements.

Motif	Fréquence
Absence de praticien volontaire	8
Financier + manque de locaux	7
Financier	5
Réponse inconnue	4
Manque de locaux	4
Financier + manque de locaux + absence de praticien volontaire	3
Financier + manque de locaux + insuffisance de personnel	1
Financier + insuffisance de personnel + absence de praticien volontaire	1
Financier + absence de praticien volontaire	1
Total	34

2.2. Praticien traitant correspondant

Existence de correspondants	Fréquence	%
Oui	29	61,7
Non	15	31,9
Inconnue	3	6,4
Total	47	100

Pour les 29 établissements ayant des correspondants :

Nombre de praticiens	Fréquence	%
1	19	40,4
2	10	21,3
Total	29	100

Soit 39 correspondants, 10 maisons de retraite ayant 2 correspondants.

Type d'exercice du praticien

Chiffres donnés pour 39 correspondants.

Exercice	Fréquence	%
Libéral	36	92,3
Mutualiste	1	2,6
Hospitalier	2	5,1
Total	39	100

Motifs d'absence de praticien correspondant

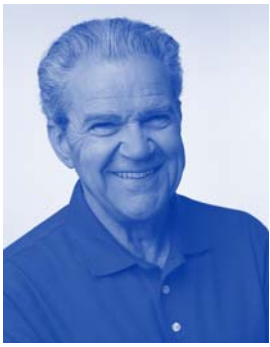
Concernent les 15 établissements sans praticien correspondant.

Motifs	Fréquence	%
Appel au praticien traitant du pensionnaire	3	20
Manque de contact avec praticiens du secteur	1	6,7
Absence de praticiens volontaires	3	20
Appel au PT + absence de praticiens volontaires	1	6,7
Eloignement géographique + absence de praticiens volontaires	1	6,7
Appel au PT + insuffisance de personnel	1	6,7
Appel au PT + insuffisance de personnel + manque de contact	1	6,7
Autre	4	26,5
Total	15	100

Mode de déplacement le plus fréquent pour se rendre aux soins

Moyen de déplacement	Fréquence	%
Véhicule de l'établissement	11	23,4
VSL ou ambulance	20	42,5
Autre	10	21,3
Non renseigné	6	12,8
Total	47	100

Les chiffres sont donnés pour 47 établissements, bien que des vacations soient assurées dans 13 d'entre eux : le suivi des soins est fréquemment réalisé dans un cabinet de ville, soit par choix du résident, soit pour des motifs techniques.



RÉSULTATS POUR LE PERSONNEL SOIGNANT

1. Catégorie du personnel soignant

Catégorie	Fréquence	%
Infirmier	34	72,3
Aide soignant	8	17
Autre	5	10,7
Total	47	100

2. Intervention du personnel soignant en matière bucco-dentaire

2.1. Recensement des prothèses adjointes

Recensement	Fréquence	%
Oui	24	51,1
Non	23	48,9
Total	47	100

2.2. Identification des prothèses adjointes

Identification	Fréquence	%
Oui	7	14,9
Non	40	85,1
Total	47	100

2.3. Aide à l'hygiène

Estimation de l'hygiène bucco-dentaire par le personnel soignant

Hygiène estimée	Fréquence	%
Faible	8	17
Moyenne	22	46,9
Satisfaisante	16	34
Très satisfaisante	1	2,1
Total	47	100

Aide apportée

Nature d'aide	Fréquence	%
Brossage des dents	1	2,1
Entretien des prothèses	3	6,4
Brossage dents + entretien des prothèses	8	17
Rinçage de la bouche	2	4,3
Brossage	1	2,1
Entretien des prothèses + rinçage	4	8,5
Brossage + entretien prothèses	22	46,8
Entretien prothèses + rinçage + autre	1	2,1
Toutes ces aides	2	4,3
Inconnue	3	6,4
Total	47	100,0

Le brossage dentaire faisait partie de l'aide apportée dans 34 maisons de retraite.

Facteurs limitant les mesures d'hygiène bucco-dentaire

Bien que 93 % des personnels soignants aient déclaré qu'une aide à l'hygiène bucco-dentaire était apportée dans leur maison de retraite, 21 (45 %) ont indiqué que cette aide se trouvait limitée par certains facteurs. Chiffres donnés pour les 21 personnels soignants qui ont évoqué des facteurs limitants.

Facteurs limitants	Fréquence	%
Manque d'information et/ou de formation	4	19
Manque d'information-formation, de personnel et de matériel	1	4,8
Autre	5	23,8
Manque de temps	4	19
Manque de personnel	3	14,3
Manque de personnel et de temps	2	9,5
Manque d'information-formation de personnel et de temps	1	4,8
Manque d'information, de formation et de matériel	1	4,8
Total	21	100

3. Facteurs limitant les soins dentaires pour les résidents

Facteurs limitants	Fréquence	%
Difficultés d'accès aux lieux de soins	1	2,1
Manque de prise en charge financière	7	14,9
Difficultés d'accès + aspect financier	6	12,8
Insuffisance d'intérêt du personnel	1	2,1
Etat de santé général	2	4,3
Aspect financier + Etat de santé	3	6,4
Difficultés d'accès + état de santé + aspect financier	2	4,3
Aspect financier + intérêt + état de santé	1	2,1
Difficultés d'accès + aspect financier + intérêt + état de santé	2	4,3
Refus du patient	4	8,5
Aspect financier + Refus	1	2,1
Difficultés d'accès + aspect financier + intérêt du personnel + refus	1	2,1
Aspect financier + état de santé + refus	6	12,8
Difficultés d'accès + aspect financier + état de santé + refus	4	8,5
Autre	3	6,4
Insuffisance d'intérêt du personnel + autre	1	2,1
Difficultés d'accès + état de santé + aspect financier + autre	1	2,1
Difficultés d'accès + aspect financier + intérêt du pers. + santé + autre	1	2,1
Total	47	100



CRITIQUE MÉTHODOLOGIQUE

L'échantillon a subi une limitation liée aux ressources humaines disponibles au sein du service médical.

Si le nombre de résidents sélectionnés (400) était statistiquement suffisant, le nombre relativement restreint d'établissements (47), bien qu'il n'influence pas les principaux résultats et ne mette pas en cause leur fiabilité, diminuait les possibilités de croisement pour certaines variables (exemple : différences possibles entre les établissements privés et publics).

L'échantillon était constitué par les établissements volontaires. Par ailleurs, on a pu observer un biais lié à l'exclusion du tirage au sort des patients difficiles à examiner ou à interroger.

Certains renseignements prévus dans le recueil manquaient (examens biologiques, poids lors de l'admission) ou n'ont pas été exploités en raison de leur fiabilité insuffisante.

ANALYSE

La présente étude avait pour objectifs d'évaluer quels étaient les besoins en soins dentaires des personnes âgées en maisons de retraite, leurs possibilités d'accès aux soins et l'implication des responsables d'établissements et des personnels soignants dans la prise en charge des besoins.

1. Les besoins en soins

Notre étude confirme qu'il existe un besoin en soins important chez les personnes âgées résidant en maisons de retraite : plus des trois quarts présentent au moins un type de besoin (prothèse adjointe et conjointe, soins conservateurs et chirurgicaux, détartrages).

Nous obtenons un résultat comparable à celui des études réalisées dans l'Essonne en 2000 (1) dans des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, dans la région Poitou-Charentes en 2004 (2) et au sein du CHR de Metz-Thionville en 2005 (3).

Ce mauvais état bucco-dentaire est lié à une prise en compte insuffisante des besoins en prothèse dentaire (deux tiers des pensionnaires) et en soins conservateurs et chirurgicaux (un tiers des pensionnaires).

Les pathologies des muqueuses, de la langue et du parodonte, si leur fréquence est relativement faible, ne font pas l'objet d'une prise en charge appropriée.

Les édentements non appareillés et les pathologies non traitées contribuent à dégrader la qualité de vie, en générant des difficultés masticatoires, des douleurs et des infections locales.

Par ailleurs, un mauvais état bucco-dentaire constitue un facteur de co-morbidité pouvant avoir des conséquences sur l'état de santé de ces personnes vulnérables :

Les difficultés masticatoires peuvent entraîner des troubles de l'alimentation.

Bien qu'on n'ait mesuré des amaigrissements que dans treize cas, l'absence de perte de poids ne peut être considérée, à elle seule, comme un indicateur de l'absence de dénutrition. Des examens complémentaires biologiques (qui ont le plus souvent fait défaut) et cliniques seraient nécessaires.

En effet, les difficultés masticatoires favorisent les modifications du régime alimentaire, conduisant à l'exclusion de certains aliments et à la consommation excessive d'autres.

Les pathologies dentaires nécessitant des soins conservateurs et/ou chirurgicaux représentent un danger infectieux non négligeable, susceptible de générer ou d'aggraver des pathologies générales.

Pour ces raisons, il est important de souligner que plus de la moitié des personnes examinées n'ont bénéficié d'aucun soin ni même d'un examen dentaire depuis plus de cinq ans.

La surveillance médicale gériatrique ne peut exclure le suivi de l'état bucco-dentaire des pensionnaires, même si ces derniers expriment peu de doléances et de désirs de soins.

Il peut en effet exister, chez ces personnes âgées, une altération de la perception de la douleur et/ou de son expression, du fait de capacités de communication dégradées. De plus, on observe souvent une diminution des facultés cognitives et une réticence face à l'intervention de nouveaux professionnels de santé et à une rupture des habitudes.

2. L'accès aux soins

L'accès aux soins des personnes âgées résidant en maisons de retraite apparaît souvent difficile : peu d'établissements (moins d'un sur trois) proposent des vacations dentaires, fréquemment en raison de l'absence de praticiens volontaires. L'efficacité de ces vacations se trouve par ailleurs limitée par des moyens techniques insuffisants.

En l'absence de vacations, se pose le problème du transport des pensionnaires vers un cabinet de ville (correspondant ou praticien du résident), compliqué par un éloignement géographique parfois important.

Ces difficultés constituent, pour les responsables des maisons de retraite, autant d'obstacles matériels à l'accès aux soins de leurs résidents.

Les personnels soignants déclarent en majorité qu'une aide à l'hygiène bucco-dentaire est apportée dans leur maison de retraite. Cependant, ils jugent eux-mêmes l'hygiène dentaire des pensionnaires insuffisante. Cette aide connaît donc des limitations, alors qu'elle fait partie intégrante des soins infirmiers.

Les raisons invoquées sont souvent la charge de travail entraînant un manque de disponibilité, mais très rarement un désintérêt. Le motif le plus fréquemment cité est l'absence d'information et/ou de formation.

Selon les personnels, l'insuffisance des soins dentaires est souvent due aux difficultés pratiques d'accès aux lieux de soins, compliquées par l'état de santé des pensionnaires.

Mais dans un nombre important de cas, une raison à la limitation des soins dentaires des personnes âgées réside dans le coût des soins (essentiellement pour les prothèses) et dans une prise en charge insuffisante.

PROPOSITIONS

L'existence de cabinets dentaires dans les maisons de retraite serait souhaitable, en raison de l'impossibilité de pratiquer la plupart des actes odonto-stomatologiques sans moyens techniques d'une part, de la difficulté de transport des résidents vers des cabinets de ville d'autre part.

La création de plateaux techniques adaptés serait en outre en mesure d'attirer des praticiens vacataires.

Cependant, au regard du nombre de pensionnaires dans les établissements de notre échantillon (85 en moyenne) et des problèmes logistiques et financiers que poseraient de telles installations, le recours à des filières de soins pour les personnes âgées en établissements serait une alternative à encourager et à développer.

Dans un premier temps, les actions à envisager concernent les établissements et leurs personnels, les professionnels de santé dentaire et les familles des résidents.

1. Actions auprès des établissements et des personnels soignants

Il convient de proposer des fiches de recommandations et d'encourager la formation et l'information des personnels soignants.

1.1. Fiches de recommandations

Celles-ci doivent rappeler que la mauvaise santé bucco-dentaire peut entraîner, outre douleurs et inconfort de vie, une altération parfois grave de l'état général des personnes âgées, donc fragiles.

Elles doivent souligner la nécessité :

Lors de l'admission,

- > de faire pratiquer un examen bucco-dentaire par un professionnel (chirurgien-dentiste ou stomatologue) complétant l'examen médical gériatrique,
- > de faire recenser les porteurs de prothèses dentaires et de faire identifier ces prothèses par le personnel soignant.

Au cours du séjour,

- > de faire en sorte que chaque pensionnaire bénéficie au minimum d'un examen dentaire annuel, quel que soit son état général et même si d'autres problèmes médicaux paraissent plus urgents, en gardant à l'esprit que ceux-ci peuvent être provoqués ou aggravés par une pathologie bucco-dentaire,
- > de veiller et aider à l'hygiène dentaire quotidienne des pensionnaires, cette aide faisant partie intégrante des soins infirmiers,
- > d'être attentif à toute doléance et à toute altération de l'état général (température, troubles du comportement, refus de s'alimenter),
- > de solliciter une consultation dentaire au moindre doute.

1.2. Information et formation des personnels soignants

Il convient d'encourager les responsables des maisons de retraite à mettre en œuvre des actions d'information et de formation en direction de leurs personnels qui, en majorité, en expriment la demande.

2. Autres actions

Une information de la Profession doit être envisagée, par l'intermédiaire des conseils départementaux de l'Ordre ou des instances conventionnelles.

L'incitation à la création de filières de soins pour les personnes âgées en établissements pourrait permettre de pallier l'absence de praticiens volontaires.

Il y a également lieu de prévoir une information des familles des résidents : plaquettes de recommandations permettant d'attirer l'attention sur des pathologies dont l'importance est souvent méconnue, tant sur le plan de leur fréquence que des incidences possibles sur la santé de leurs parents.

La solution résiderait dans la combinaison des ces différents types d'actions.



CONCLUSION

Les personnes âgées sont en nombre croissant, notamment en région PACA. Leur mauvais état bucco-dentaire a été démontré par différentes études et pose une question de santé publique : son incidence sur l'apparition ou l'aggravation de pathologies générales est en effet une composante non négligeable du coût médical de cette population vulnérable, ainsi que de la dégradation de sa qualité de vie.

Un nombre important de personnes âgées résident en maisons de retraite ou établissements similaires. La difficulté d'accès aux soins - absence d'offre de soins ou facteurs financiers - apparaît comme la cause la plus fréquente de leur mauvais état dentaire.

Nos résultats ont montré la nécessité d'un suivi odonto-stomatologique de cette population - bilan initial, consultations, aide à l'hygiène, réalisation des soins nécessaires - seuls en mesure d'assurer un état bucco-dentaire satisfaisant.

Une réflexion devrait être instaurée sur la prise en charge, en termes de moyens humains - information et formation des responsables et personnels, motivation des professionnels de santé bucco-dentaire, instauration de filières de soins - mais aussi financiers de cette démarche, afin de prendre en compte le problème à court comme à long terme.

Docteur Patrick Georgel
Chirurgien-dentiste-conseil
Echelon local du service médical des Alpes-Maritimes



BIBLIOGRAPHIE

La santé dentaire en France, par P. Escot, E. Rolland - UFSBD 1998.

Description de l'état dentaire de la population : besoins en soins et soins réalisés, par E. Roland, A. Floc'h, R. Guguen, M-J. Longis, C. Oberlé, J. Preel, J-F. Viala - 1986.

(1) Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes en Essonne, par M. Dorin, C. Candes, J. Chevalier, C. Cohen, C. Collet, N. Hubscher, F. Nadeau - 2000.

Etude de la santé bucco-dentaire de patients hospitalisés en unité de soins gériatrique, par Stéphanie Bouvet-Gerbettaz, Hervé Moisan, Catherine Strazielle, André Wang, Eric Gérard - Inf. dent. 2006.

La vulnérabilité des personnes âgées, par P. Meire - 2000.

(2) L'état de santé et l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes résidant en EHPAD en Poitou-Charentes, par B. Magnier, ELSM Saintes - 2004.

(3) Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes, par M. Dorin, C. Candes - inf. dent. 2002.



ANNEXES

Annexe I : courriers aux directeurs

Annexe II : fiche de recueil "établissement"

Annexe III : fiche de recueil "personnel soignant"

Annexe IV : fiche de recueil "résident"



«Raison_sociale»

«Adresse_1»

«Adresse_2»

«Code_postal» «VILLE»

Réf. : JMG/VP/LL- N° 2004/532

Marseille, le 03 Novembre 2004

Contacts :

Dr Delas Guilhem ☎ 04 90 81 36 52 - Dr Pierre Favier ☎ 04 94 89 95 24

Dr Minguet Fabbri Joëlle ☎ 04 94 12 40 73 - Dr Santoni Rémi ☎ 04 90 18 46 22

Dr Schodet Philippe ☎ 04 92 30 25 54

Objet : Etude URCAM en région PACA

Madame, Monsieur le Directeur,

L'URCAM réalise une étude «Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en maison de retraite», qui a débuté en 2003 par un test. La phase définitive de l'enquête devait démarrer en juin 2004 ; elle a été reportée afin de ne pas intervenir en période estivale.

Je sollicite, par la présente, votre participation à la poursuite de cette enquête qui doit intervenir au cours du 1° trimestre 2005. Nous restons à votre disposition pour fournir toute information complémentaire concernant cette étude.

Sans réponse de votre part dans un délai de 3 semaines, je considérerai votre accord comme acquis. Lors du lancement de l'enquête, un chirurgien dentiste conseil vous contactera pour en fixer les modalités pratiques.

En cas de refus de participation, vous pouvez adresser votre réponse par courrier électronique à l'adresse suivante : vincent.pernot@assurance-maladie.fr

Vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à cette étude, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le chef de Projet,
Dr Joëlle Minguet Fabbri

Chirurgien Dentiste Conseil

Annexe 1 : courrier aux directeurs - Confirmation de rendez-vous

Madame, Monsieur le Directeur
adresse de l'établissement-----

Affaire suivie par : Dr -----
chirurgien dentiste conseil
☎ 04.94.

-----, le - ---- 2005

Madame, Monsieur le Directeur,

L'URCAM PACA réalise une étude sur « l'Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en maison de retraite » et vous a adressé en novembre un courrier pour solliciter votre participation à cette enquête.

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique du -----, je vous confirme la date et l'heure de la visite dans votre établissement.

le ----- à ---- h

Je vous remercie par avance de votre participation, sachant que cette étude va dans le sens d'une prise en charge optimisée des personnes âgées, population relevant des priorités de Santé Publique.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Dr -----
chirurgien dentiste conseil

Nom ou raison sociale : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° D'ETABLISSEMENT (n° Finess) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Item à renseigner au préalable - Ne pas le saisir le jour de la visite dans l'Etablissement

TYPE D'ETABLISSEMENT |_|

1 = Public 2 = Privé 3 = Privé associatif

Médicalisation |_|

1 = Oui 2 = Non

Nombre total de résidents |_|_|_|

G.M.P. (GIR moyen pondéré) |_|_|_|

GMP |_|

(Pour le GMP pas de décimales; appliquer la règle de l'arrondi)

1 = Validé

2 = Déclaratif

0 = inconnu

VACATIONS DE CHIRURGIEN-DENTISTE OU DE STOMATOLOGISTE EXERCANT DANS L'ETABLISSEMENT

Existence de vacances |_|

1 = Oui 2 = Non

Si réponse non à "existence de vacances", passer directement à l'item n° 10 "Motifs d'absence de vacances de soins dentaires dans l'établissement".

Présence d'un local spécifique avec fauteuil dentaire |_|

1 = Oui 2 = Non

Fréquence et rythme des vacances |_|_|

11 = 1 fois par semaine

15 = Tous les 3 mois

12 = Toutes les 2 semaines

16 = Tous les ans

13 = 1 fois par mois

20 = A la demande

14 = Tous les 2 mois

Nature des actes dispensés au cours des vacances |_|

Mettre la valeur correspondante, en additionnant en cas de réponses multiples (si réponse négative ou inconnue : mettre 0)

Consultations = 1

Soins chirurgicaux = 8

Radiodiagnostic = 2

Soins conservateurs = 16

Soins parodontaux/détartrage = 4

Prothèse dentaire = 32

Motifs d'absence de vacances de soins dentaires dans l'établissement :
(à compléter s'il n'existe pas de vacances)

|__|

Mettre la valeur correspondante, en additionnant en cas de réponses multiples (si réponse négative ou inconnue mettre 0)

Financier = 1

Absence de praticien traitant volontaire = 8

Manque de locaux = 2

Précédente expérimentation non reconduite = 16

Insuffisance de personnel = 4

Si oui, pourquoi (saisie en clair)

Existence de praticiens traitants (chirurgien-dentiste ou de stomatologiste) correspondants |__|

1 = Oui 2 = Non

Si réponse **non** à l'item précédent, passer directement à l'item n° 15 "Motif d'absence de praticiens traitants correspondants".

Nombre de chirurgiens-dentistes traitants ou stomatologistes correspondants

|__|__|

Type d'exercice professionnel du praticien de l'établissement

Mettre le nombre de praticiens dans la case correspondante

Libéral |__| Mutualiste |__| Hospitalier |__| Inconnu |__|

Mode de déplacement le plus fréquent pour se rendre aux soins

|__|

1 = Véhicule de l'établissement 2 = VSL ou ambulance 3 = Autre mode de déplacement (taxi, transport en commun, famille ...)

Motif d'absence de praticiens traitants correspondants

|__|

(à compléter s'il n'existe pas de praticien traitant correspondant)

Mettre la valeur correspondante, en additionnant en cas de réponses multiples (si réponse négative ou inconnue mettre 0)

Appel systématique au praticien traitant du pensionnaire = 1

Absence de praticien traitant volontaire = 8

Eloignement géographique de l'établissement = 2

Insuffisance de personnel accompagnant = 16

Manque de contact avec les praticiens traitants du secteur géographique = 4

Autre = 32

N° établissement (n° Finess) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Item à renseigner au préalable

Ne pas le saisir le jour de la visite dans l'Établissement

Catégorie du personnel soignant interrogé

|_|

Mettre le code correspondant, en additionnant en cas de réponses multiples (si réponse négative ou inconnue : mettre 0)

Aide-soignant = 1 Infirmier = 2
Autre = 4

Aide à l'hygiène bucco-dentaire

|_|

Mettre le code correspondant, en additionnant en cas de réponses multiples (si réponse négative ou inconnue : mettre 0)

Brossage des dents = 1 Rinçage de la bouche = 4
Entretien des prothèses = 2 Autre = 8

Les patients porteurs de prothèse amovible sont-ils recensés ?

|_|

Oui = 1 Non = 2 Inconnu = 0

Existe-t'il un système d'identification des prothèses pour chaque pensionnaire ?

|_|

Oui = 1 Non = 2 Inconnu = 0 (n° ou nom gravé sur la prothèse)

L'hygiène bucco-dentaire des pensionnaires est-elle à votre avis ?

|_|

très satisfaisante = 1 satisfaisante = 2 moyenne = 3 faible = 4

Si l'hygiène bucco-dentaire ne fait pas partie des soins dispensés, quels en sont les motifs ?

|_|

Additionner les codes en cas de réponses multiples

Mettre la valeur correspondante, en additionnant en cas de réponse multiples :

Manque d'information et de formation = 1 Manque de matériel = 8
Manque de temps = 2 Autre = 16
Manque de personnel = 4

Quelles sont à votre avis les limitations aux soins bucco-dentaires pour les patients ?

|_|

Mettre la valeur correspondante, en additionnant en cas de réponse multiples

(si réponse négative ou inconnue : mettre 0)

Les possibilités d'accès aux soins = 1 L'état de santé général = 8
Le manque de prise en charge financière = 2 Refus du patient = 16
Insuffisance d'intérêt du personnel = 4 Autre = 32
pour les soins dentaires = 4

Que pouvez-vous proposer comme amélioration ?

- Présence dentaire vacataire ? Meilleure formation du personnel sur l'hygiène ? Ne pas suggérer les réponses (en clair)

Annexe 4 : fiche de recueil résidents

N° BINOME |__|__|__|

N° FICHE |__|__|__|

DATE DE RECUEIL |__|__|__|__|__|

N° ETABLISSEMENT |__|__|__|__|__|__|__|__|

Item à renseigner au préalable - Ne pas le saisir le jour de la visite dans l'Etablissement

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

DATE D'ADMISSION |__|__|__|__|__|

AGE |__|__|__|

SEXE |__|

1 = Masculin 2 = Féminin

GIR (si inconnu coder 0) |__|

PROFESSION - CSP |__|
(Dernière profession exercée)

- 1 = Agriculteur
- 2 = Artisan, commerçant
- 3 = Cadre supérieur, chef d'entreprise et profession libérale
- 4 = Professions intermédiaires
- 5 = Employés, ouvriers
- 6 = Sans profession
- 0 = inconnu

NIVEAU D'ETUDES |__|

- 1 = Certificat d'étude
- 2 = Brevet, CAP
- 3 = Baccalauréat, études supérieures
- 4 = Sans diplôme
- 0 = inconnu

POIDS A l'arrivée |__|__|__| Le jour de l'examen |__|__|__|

Si le poids est inconnu, évaluation par l'enquêteur de l'apparence physique du pensionnaire |__|
1 = Normale 2 = Surcharge pondérale 3 = Maigreux

TAILLE en cm (si inconnue, ne rien renseigner) |__|__|__|

PROTIDEMIE OU ALBUMINE PLASMATIQUE (si inconnue, Coder 00) |__|__|

AUTONOMIE

AUTONOMIE DE DEPLACEMENT

|

1 = Autonome 2 = Nécessité d'une tierce personne

AUTONOMIE D'HYGIENE GENERALE

|

1 = Seul 2 = Nécessité d'une tierce personne

AUTONOMIE D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

|

1 = Seul 2 = Nécessité d'une tierce personne (exemple : apport de la cuvette pour le brossage des dents)

ALIMENTATION

AUTONOMIE D'ALIMENTATION

|

1 = Oui 2 = Conditionnement des aliments dans l'assiette nécessaire 3 = Non

TYPE D'ALIMENTATION

|

1 = Alimentation normale 2 = Alimentation hachée 3 = Alimentation mixée

COMPLEMENT NUTRITIONNEL

|

1 = Oui 2 = Non 0 = Inconnu

PATHOLOGIE | | | | | | | | | |

Relever en clair lors de la visite toutes les affections chroniques figurant dans le dossier médical :

Codage selon CIM 10 (à 3 caractères) ultérieurement.

DERNIERE CONSULTATION ODONTO-STOMATOLOGIQUE | |

1 = Moins d'un an

2 = De 1 à 5 ans

3 = Plus de 5 ans

0 = Inconnu

EXAMEN CLINIQUE POSSIBLE | |

1 = Oui

2 = Non

Si réponse non à cet item (22) : reprendre la saisie à l'item 40

EXAMEN BUCCO-DENTAIRE

EXAMEN EXOBUCCAL

DIMENSION VERTICALE D'OCCLUSION (D.V.O.) | |

1 = Normale

2 = Diminuée

3 = Augmentée

OUVERTURE BUCCALE | |

1 = Normale

2 = Diminuée

TUMEFACTION D'ORIGINE DENTAIRE | |

1 = Absence

2 = Présence

ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE (A.T.M.) | |

1 = Normale

2 = Pathologique

EXAMEN ENDOBUCCAL

HYGIENE | |

1 = Satisfaisante

2 = Insuffisante

SALIVATION | |

1 = Normale

2 = Diminuée

3 = Augmentée

BLESSURE(S) DES MUQUEUSES | |

1 = Absence

2 = Présence

PATHOLOGIE(S) DES MUQUEUSES

1 = Absence 2 = Présence

ASPECT DE LA LANGUE

1 = Normal 2 = Pathologique

PARODONTE

INFLAMMATION GINGIVALE

1 = Absence d'inflammation 2 = Inflammation localisée 3 = Inflammation généralisée

EXAMEN DENTO-PROTHETIQUE

MAXILLAIRE

1 = Denture naturelle 4 = Edenté partiel non appareillé
2 = Edenté total non appareillé 5 = Edenté partiel appareillé
3 = Edenté total appareillé

MANDIBULE

(Même codage que ci-dessus)

BESOINS EN SOINS DENTAIRES

BESOINS EN DETARTRAGE

BESOINS EN SOINS CONSERVATEURS

BESOINS EN EXTRACTION(S)

BESOINS EN SOINS PROTHESE CONJOINTE

1 = Oui 2 = Non 9 = Sans objet

BESOINS EN SOINS PROTHESE ADJOINTE (pour les 2 maxillaires)

1 = égal ou > à 5 couples molaire-prémolaire 4 = Edenté total
2 = < de 5 couples molaire-prémolaire 9 = Sans besoins ou sans objet
3 = Besoin de création ou renouvellement de prothèse adjointe

Les items suivants sont à renseigner après interrogatoire du pensionnaire ou du personnel

INTERROGATOIRE SUR LA SPHERE BUCCO-DENTAIRE

PORT DE LA OU DES PROTHESE(S) PENDANT LES REPAS

1 = Oui 2 = Non 9 = Sans objet

ENTRETIEN DES PROTHESES

1 = Oui 2 = Non 0 = Inconnu 9 = Sans objet

FREQUENCE DU BROSSAGE DES DENTS

|

1 = Au moins 1 fois par jour

2 = Moins d'une fois par jour

9 = Sans objet

0 = Inconnu

BROSSAGE DE LA LANGUE

|

1 = Oui

2 = Non

0 = Inconnu

DOLEANCES DU PATIENT

|

Mettre la valeur correspondante, en additionnant en cas de réponses multiples (si réponse négative ou inconnue : mettre 0)

1 = Douleurs dentaires

4 = Doléances phonétiques

2 = Troubles de la mastication

8 = Doléances prothétiques

(dus aux prothèses ou aux dents)

16 = Doléances esthétiques

AIMERIEZ-VOUS RECEVOIR DES SOINS BUCCO-DENTAIRES ?

|

1 = Oui

2 = Non

0 = Inconnu



Union régionale des caisses d'assurance maladie
Provence Alpes Côte d'Azur
93, La Canebière - BP 109 - 13192 Marseille Cedex 20
Tél : 04 95 04 53 80 - e-mail : urcam-paca@assurance-maladie.fr
www.paca.assurance-maladie.fr