UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2016 N° 10

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire le 11 mars 2016

par

JULIEN Clémence

Née le 21 décembre 1988 à STRASBOURG

PATIENTS HOSPITALISES A LONG TERME ET SANTE BUCCO-DENTAIRE : POINT DE VUE DE L'EQUIPE SOIGNANTE

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie Assesseurs : Professeur MANIERE Marie-Cécile

<u>Docteur JUNG Sophie</u> Docteur OFFNER Damien Docteur AHOSSI Victorin

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur MUSSET, présidente du jury,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. Merci pour la qualité de vos enseignements. Je vous prie de croire en ma grande reconnaissance et mon profond respect.

À Madame le Docteur JUNG, ma directrice de thèse,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre disponibilité et vos conseils qui m'ont permis d'accomplir ce travail sous votre direction bienveillante.

Merci d'avoir su m'écouter lors de mes moments de doute.

Je vous remercie pour vos enseignements et votre soutien face aux difficultés que j'ai pu rencontrer au cours de mes études.

Je vous témoigne toute ma reconnaissance et ma respectueuse sympathie.

À Madame le Professeur MANIERE,

Merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury de thèse.

Votre sagesse et expérience m'ont été très bénéfiques durant toute ma formation.

Ce travail est pour moi l'occasion de vous témoigner ma reconnaissance et ma profonde estime.

À Monsieur le Docteur OFFNER,

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans ce jury de thèse.

Merci de vos enseignements dispensés, et également de votre accompagnement en clinique, toujours avec le sourire.

À Monsieur le Docteur AHOSSI, membre invité,

Vous me faites le plaisir de vous joindre à mon jury de thèse.

Je vous remercie pour votre investissement dans ce projet d'enquête.

Merci pour vos enseignements dont j'ai pu bénéficier durant mon stage dans votre service. J'ai grandi dans ma pratique et je vous en remercie.

À mes parents,

Merci de votre soutien infaillible et de la patience dont vous avez fait preuve tout au long de mes études malgré mes reproches incessants.

Votre amour et vos conseils m'ont porté jusqu'ici, je suis fière de vous avoir à mes côtés. A mon tour de vous rendre tout ce bonheur que vous m'avez donné.

À mes grands-parents,

Je vous sais toujours à mes côtés. J'espère que vous vous êtes retrouvés là-haut et que la vie est toujours aussi belle qu'elle ne l'était avant.

À mes frères,

Merci pour cet amour, malgré nos différences. Benjamin, que ce voyage te permette de t'épanouir dans la vie, tu me manques en ce jour si important. Gautier, à ton tour maintenant de devenir un grand docteur.

À toute ma famille, que j'aime de tout mon cœur.

À mes Palfrays,

Vous faites partie de ma famille. Merci pour tous ces bons moments passés et à venir ensemble.

À Monsieur et Madame OBRY,

Merci pour tous ces conseils que vous avez su me prodiguer. Ces moments passés auprès de vous m'ont donné une belle valeur de la profession.

À mes amis de longue date, d'études et à mes Dijonnaises,

Ces années à vos côtés ne sont que joie, bonne humeur et amitié. Tous ces moments passés ensemble resteront à jamais gravés. Malgré la distance que la vie met entre nous, je nous souhaite de nombreux et merveilleux moments ensemble.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2016 N° 10

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire le 11 mars 2016

par

JULIEN Clémence

née le 21 décembre 1988 à STRASBOURG

PATIENTS HOSPITALISES A LONG TERME ET SANTE BUCCO-DENTAIRE : POINT DE VUE DE L'EQUIPE SOIGNANTE

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie Assesseurs : Professeur MANIERE Marie-Cécile

<u>Docteur JUNG Sophie</u> Docteur OFFNER Damien Docteur AHOSSI Victorin

TABLE DES MATIERES

T	ABLE	DES ILLUSTRATIONS	5
IN	ITRO	DDUCTION	6
l.	<u>PA</u>	THOLOGIES BUCCO-DENTAIRES ET HOSPITALISATION A LONG TERME	8
	A.	Lésions carieuses	8
	1.	Définition et physiopathologie	8
	2.	Plaque dentaire et hospitalisation	9
	3.	Lésions carieuses et hospitalisation	10
	B.	Pathologies parodontales	11
	1.	Définitions et physiopathologie	11
	2	Maladies parodontales et hospitalisation	12
	3	Parodontopathies et pathologies dysimmunitaires	14
	C.	Pathologies de la muqueuse buccale et hospitalisation	14
	1.	Les candidoses	15
	2	Les hyperplasies gingivales	16
	3	Les ulcérations	17
Ш.	FAG	CTEURS ETIOLOGIQUES DES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES	
		EQUEMMENT OBSERVEES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES AU LONG	
		URS	19
	A.	Altération de l'état général	19
	1.	. Infections cardiaques	19
	2.	. Infections pulmonaires	20
	3.	Carences nutritionnelles	20
	B.	Traitements médicamenteux	21
	1.	Médicaments psychotropes	21
	2	. Traitements entraînant une hypertrophie gingivale	21
	C.	Manque d'hygiène bucco-dentaire	22
	D.	Perte d'autonomie	22
	E.	Rupture dans la continuité des soins	23
	F.	Manque de temps du personnel soignant	23
	G.	Autres facteurs de risque	

1. Tabac	24
2. Prothèses amovibles	24
III. REALISATION D'UNE ENQUETE BASEE SUR DE	ES QUESTIONNAIRES25
A. Objectif expérimental	25
B. Matériel et méthodes	25
1. Population étudiée	25
b. Personnel soignant	26
2. Questionnaires	27
a. Structure du questionnaire	27
b. Recueil des données	31
3. Analyse des résultats	31
C. Résultats	32
1. Profession des individus interrogés	32
2. Réalisation des soins de bouche quotidiens	33
3. Types de soins de bouche réalisés	33
4. Temps consacré aux soins de bouche par jour	par patient34
5. Appréhension	35
6. Amélioration dans la pratique des soins d'hygiè	ène buccale37
7. Formation sur les soins de bouche	38
8. Réalisation des soins de bouche en fonction du	ı type de poste occupé39
9. Temps consacré aux soins d'hygiène buccale e	en fonction du type
de poste occupé	40
 Appréhension liée à la réalisation des soins de 	bouche en fonction du type
de poste occupé	41
11. Besoin d'amélioration dans la pratique des soir	, ,
en fonction du type de poste occupé	42
12. Besoin de formation dédiée aux soins de bouc	he en fonction du type
de poste occupé	
D. Discussion	
Les difficultés rencontrées	
2. Résultats obtenus	
a. Réalisation de soins de bouche	
b. Soins de bouche réalisés	
c. Temps consacré aux soins de bouche	

		d. Appréhension	49
		e. Amélioration	49
		f. Formation	50
	3.	Modifications pouvant être apportées	51
IV.	PF	ROPOSITION DE PISTES D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE	
	BL	JCCO-DENTAIRE DES PATIENTS HOSPITALISES A LONG TERME	53
	1.	Aide apportée par des étudiants en chirurgie-dentaire	53
	2.	Carts dentaires mobiles	54
	3.	Création de cabinets dans les centres hospitaliers	57
	4.	Contrôles dentaires systématiques et réguliers	57
	5.	Intervention d'hygiénistes dentaires	58
	6.	Motivation de la famille	59
	7.	Formation des soignants	59
	8.	Matériel	60
CO	NCI	USION	63
50	10L		00
REI	ER	ENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Figure 1:	Candidose	16
Figure 2:	Hyperplasie gingivale	17
Figure 3:	Ulcérations	17
Figure 4:	Questionnaire destiné aux patients	28
Figure 5:	Questionnaire destiné au personnel soignant	
Figure 6:	Répartition de la fonction occupée	
Figure 7:	Les soins de bouche sont-ils réalisés quotidiennement ?	33
Figure 8:	Distribution des soins de bouche réalisés	34
Figure 9:	Répartition du temps consacré aux soins de bouche	35
Figure 10:	Appréhension associée à la réalisation des soins de bouche	36
Figure 11:	Distribution des causes de l'appréhension associée à la réalisation	
	des soins de bouche	37
Figure 12:	Besoins d'amélioration dans la pratique des soins de bouche	38
Figure 13:	Distribution du besoin d'une formation sur les soins de bouche	39
Figure 14:	Proportion des personnes réalisant les soins de bouche	
	quotidiennement en fonction du type de poste occupé	40
Figure 15:	Répartition du temps consacré aux soins de bouche en fonction du	
	type de poste occupé	41
Figure 16:	Distribution de l'appréhension ressentie avant la réalisation de	
	soins de bouche en fonction du type de poste occupé	42
Figure 17:	Distribution des besoins d'amélioration dans la pratique des soins	
	de bouche en fonction du type de poste occupé	43
Figure 18:	Répartition du besoin de formation pour les soins de bouche en	
	fonction du type de profession	44
Figure 19:	Distribution du besoin en formation en fonction de la réalisation	
	quotidienne des soins	
Figure 20:	Exemple de cart dentaire mobile	
Figure 21:	Exemple de cart dentaire mobile de taille réduite	
Figure 22:	Système Q-Care q4 de Sage Products	62

INTRODUCTION

Certaines conditions pathologiques (accident ou maladie générale) peuvent nécessiter une hospitalisation de longue durée et entraîner une perte d'autonomie et donc une dépendance du patient au personnel soignant pour les gestes du quotidien, en particulier les soins d'hygiène bucco-dentaire.

Les personnes hospitalisées durant une longue période constituent ainsi un groupe à haut risque de pathologies buccales du fait notamment de l'altération de leur état de santé générale.

Une bonne santé bucco-dentaire permet d'avoir une meilleure estime de soi, de s'alimenter correctement, mais contribue également au maintien d'un état de santé général. En effet, des études ont montré (1, 2, 3) que certaines infections, telles que les endocardites, pouvaient avoir une origine bucco-dentaire, soulignant alors l'impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale. Ainsi, la dégradation de la santé bucco-dentaire chez les personnes hospitalisées au long cours peut également contribuer à l'altération de l'état général.

Les soins de bouche quotidiens réalisés par les aides-soignants et infirmiers sont ainsi primordiaux pour maintenir cet état de santé bucco-dentaire chez les patients hospitalisés à long terme et dépendants du personnel soignant.

Nous avons voulu connaître le point de vue des patients mais également du personnel soignant concernant l'importance qu'ils accordent à ces soins d'hygiène buccale au cours d'une longue période d'hospitalisation. Nous avons ainsi réalisé une enquête basée sur deux types de questionnaires.

Cette étude a été menée dans le but de proposer des solutions afin d'améliorer les soins de bouche chez les patients hospitalisés à long terme.

Le choix de ce sujet a été guidé par une expérience personnelle, où j'ai pu constater l'accumulation de plaque dentaire non éliminée et la dégradation buccodentaire rapide d'une personne de mon entourage devenue dépendante du personnel soignant en raison d'une pathologie sévère.

Dans une première partie, les différentes pathologies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées ainsi que leur incidence chez les patients hospitalisés à long terme et dépendants du personnel soignant seront décrites.

Dans une deuxième partie, les divers facteurs étiologiques de ces pathologies et de la dégradation bucco-dentaire de ces patients seront évoqués.

Le troisième volet de ce travail sera consacré à l'élaboration d'un questionnaire destiné d'une part au personnel soignant d'un service d'hospitalisation à long terme et d'autre part aux patients. Nous verrons le ressenti du personnel soignant vis à vis des soins de bouche, leurs appréhensions et leurs besoins éventuels d'améliorations concernant ces actes.

Les données obtenues au cours de cette enquête nous permettront dans une dernière partie de proposer des solutions qui pourraient être envisagées afin d'améliorer la prise en charge des soins de bouche chez les patients hospitalisés à long terme.

Pathologies bucco-dentaires et hospitalisation à long terme

La prévalence de diverses pathologies bucco-dentaires est augmentée chez les patients hospitalisés à long terme. La dégradation de l'état bucco-dentaire qui est souvent la conséquence de cette période d'hospitalisation prolongée, va également avoir une incidence sur la qualité de vie et l'état de santé général du patient.

A. <u>Lésions carieuses</u>

1. Définition et physiopathologie

Le chirurgien dentiste est confronté quotidiennement à la carie dentaire. Il s'agit en effet de la pathologie la plus répandue dans le monde (4).

La carie dentaire traduit la déminéralisation et la dégradation de la matrice organique des tissus durs de la dent (5). Son étiologie est multifactorielle. Elle résulte notamment d'une rupture de l'équilibre dans la flore bactérienne du biofilm et dans les facteurs de défense de l'hôte (4).

Les bactéries cariogènes sont présentes dans le biofilm bactérien qui adhère aux surfaces dentaires et dont la présence est indispensable à l'initiation de la carie (6).

Le développement de la carie est en effet la conséquence de la solubilisation des cristaux d'hydroxyapatite par les acides organiques, qui sont produits par les bactéries cariogènes (*Streptococcus mutans* et *Lactobacillus* notamment) à partir des substrats (sucres fermentescibles). La production d'acides organiques conduit à la diminution du pH buccal et va ainsi entraîner une déminéralisation de l'émail et une cavitation irréversible (6).

Malgré les progrès considérables réalisés dans le domaine de la santé buccodentaire, la prévalence de la carie dentaire reste très élevée, en particulier dans les populations défavorisées et chez les individus atteints de pathologies chroniques (7).

L'indice épidémiologique le plus couramment utilisé est l'indice CAOD (nombre de Dents Cariées, Obturées et Absentes pour cause de carie dentaire) (4). L'étude réalisée par P. Hescot et coll. en 1997 révèle un indice CAOD de 15,6 chez les individus âgés entre 35 et 44 ans. Cette mesure s'élève à 23,2 pour les personnes âgées de 65 à 74 ans avec une moyenne de 16,9 dents absentes (7). Cependant, peu d'études relevant l'indice CAOD chez les adultes ont été réalisées, ne nous permettant pas d'avoir une valeur plus récente.

2. Plaque dentaire et hospitalisation

Des études révèlent une augmentation significative de la quantité de plaque dentaire chez les patients hospitalisés, ce qui peut favoriser le développement de lésions carieuses (6). Ce biofilm composé de bactéries et d'une matrice interbactérienne (4) adhère au niveau des surfaces dentaires mais également au niveau des prothèses (8).

Neto et coll. ont montré en 2004 que l'indice de plaque PI de Loë & Silness (PI pour Plaque Index), qui évalue la superficie et l'épaisseur de la plaque dentaire, s'élève à $1,7\pm0,7$ chez des personnes hospitalisées dans des services de maladies infectieuses, d'hémodialyse et dans une maternité (9). Cet indice est de $0,875\pm0,49$ dans la population générale selon une étude de 2014 (10).

D'autres études ont permis d'évaluer l'évolution de l'état de santé bucco-dentaire des patients au cours d'une hospitalisation. Les mesures de l'indice de plaque ont été réalisées à différents moments du séjour : lors de l'admission, à une semaine et à deux semaines d'hospitalisation. On note une augmentation significative de la quantité de plaque dentaire après une semaine d'hospitalisation quel que soit le service dans leguel est pris en charge le patient (11, 12, 13, 14, 15, 16).

L'augmentation de l'indice de plaque est la conséquence d'une dégradation de l'hygiène bucco-dentaire, liée en partie à la pathologie générale ayant entraînée l'hospitalisation. Les patients, en particulier lorsque l'hospitalisation est de longue durée, sont dépendants du personnel soignant pour la réalisation de la plupart des actes du quotidien, y compris les actes d'hygiène. Par ailleurs, il est important de noter qu'une polymédication est souvent mise en place et peut engendrer des modifications qualitatives et quantitatives de la salive en lien direct avec une augmentation de la plaque dentaire (8).

L'analyse des prélèvements de plaque dentaire réalisés chez des patients hospitalisés révèle une augmentation considérable du nombre de colonies bactériennes qui passe de 4,40.10⁵ cfu/mL (colonies forming unit par millilitres) au premier jour d'hospitalisation à 3,44.10⁶ cfu/mL à une semaine, soit près de 10 fois la quantité initiale (13).

3. Lésions carieuses et hospitalisation

L'augmentation de la quantité de plaque dentaire est directement en lien avec l'apparition de caries dentaires (6).

Les patients hospitalisés, étant donné leurs conditions, ont généralement un indice CAOD plus élevé avec un nombre de dents cariées et absentes plus importants que les personnes en bonne santé non hospitalisées (17).

Les études retrouvent en moyenne 4,17 dents cariées, avec un écart type de 4,50 dents dont 82,8% d'entre elles n'ont pas fait l'objet de soins (18). On peut également affirmer que 31,6% des patients hospitalisés à long terme ont au moins une dent cariée (19).

Outre le risque infectieux lié aux complications de la carie dentaire s'ajoute la douleur. Plus de la moitié des patients hospitalisés à long terme ont en effet des

douleurs liées à la carie dentaire. Ceci entraîne des difficultés à s'alimenter, ce qui peut conduire à une aggravation de l'état de santé (9).

Cependant, plus le patient est âgé, plus la dentine devient sclérotique et le volume de la chambre pulpaire diminue (20). Les caries dentaires se développent par conséquent souvent de façon silencieuse chez les personnes âgées et peuvent donc n'être diagnostiquées que tardivement, lors d'une complication (fracture de la couronne, infection) (21).

La difficulté d'accès aux soins pour les personnes hospitalisées à long terme conduit à une aggravation de l'état bucco-dentaire contribuant à la perte dentaire. Le nombre de dent chez un patient hospitalisé est en effet de $10,3 \pm 7,6$ en moyenne (18) alors qu'il est de $16,3 \pm 7,4$ dans la population générale (18).

B. <u>Pathologies parodontales</u>

1. Définitions et physiopathologie

Les maladies parodontales ou parodontopathies sont « des lésions à composante inflammatoire résultant d'une agression bactérienne de l'espace gingivodentaire, modulées par des facteurs immunologiques de l'hôte qui en déterminent l'évolution » (22). Il s'agit de pathologies infectieuses multifactorielles (23).

La gingivite est caractérisée par une inflammation uniquement gingivale due à la présence de plaque supra-gingivale. En cas de persistance des facteurs étiologiques, la gingivite peut dans certains cas évoluer vers la parodontite. L'inflammation va conduire à une résorption de l'os alvéolaire et à une migration en direction apicale de l'attache épithéliale (perte d'attache avec formation d'une poche parodontale) (23).

Le développement des parodontopathies s'accompagne d'une modification de la flore bactérienne (proportion plus importante de bactéries anaérobies et de bactéries à Gram négatif) (24).

Le biofilm devient de plus en plus pathogène : on retrouve en effet 10⁹ à 10¹⁰ bactéries en moyenne par poche parodontale (24).

2. Maladies parodontales et hospitalisation

Comme nous l'avons vu, de nombreuses études (11, 12, 13, 14, 15, 16) ont montré une relation entre l'hospitalisation et l'augmentation de la plaque dentaire.

L'inflammation gingivale est fortement corrélée à la présence de plaque dentaire (19). Les pathologies parodontales sont en effet la conséquence de cette accumulation de plaque (13).

La mesure de l'inflammation gingivale peut être réalisée grâce à l'indice GI (pour Gingival Index) de Löe et Silness (9). Différentes études ont relevé une augmentation de l'inflammation gingivale au cours d'une hospitalisation (12, 14, 25). L'indice GI est en moyenne de 1,6 chez les patients hospitalisés avec un écart type de 0,7 (9) contre 0,6 dans la population générale (26); un indice de 2 témoignant d'une inflammation modérée avec érythème, œdème et saignement au sondage (9).

Une inflammation gingivale est observée chez 98,1% des patients hospitalisés à long terme (9), alors qu'elle n'est retrouvée que dans 80% des cas dans la population générale (23). 58,2% de l'échantillon de patients examinés présente une inflammation modérée et dans un quart des cas, l'inflammation est sévère (9). Elle s'accompagne de saignements dans 94,5% des cas, avec une moyenne de 7,7

sites avec des saignements par patient (9).

La présence de biofilm va favoriser l'apparition ou l'aggravation de la pathologie parodontale. L'étude de Neto et coll. révèle que 74,5% des patients examinés

présentent une pathologie parodontale établie avec des poches parodontales de 8,7mm de profondeur en moyenne (9).

La parodontite entraîne une alvéolyse qui s'accompagne d'une réduction des tissus de soutien de la dent, induisant des mobilités dentaires pouvant aller jusqu'à la perte des dents. Les pertes dentaires entraînent des difficultés à s'alimenter chez 7,7% des patients en moyenne (9).

Il a été montré que les pathologies parodontales sont plus sévères chez les personnes hospitalisées à long terme (14,27). Ce phénomène est lié à une quantité plus importante de plaque dentaire, qui elle-même est liée à une réduction du brossage de dents quotidien (12).

Différents facteurs de risque contribuent à l'aggravation des pathologies parodontales.

Certains facteurs sont d'origine locale : les caries dentaires, le tartre, la morphologie dentaire, les restaurations débordantes ou d'autres éléments de rétention de la plaque dentaire (5, 23).

Le tartre, lié à l'accumulation de plaque non éliminée par un brossage régulier, est présent chez 52% des patients (19).

D'autres facteurs sont des facteurs de risque généraux : ils sont soit constitutionnels (l'âge, le sexe ou les facteurs génétiques) (23) soit acquis. Il s'agit de certaines pathologies systémiques entrainant une altération des réponses immunitaires telles que le diabète ou l'infection par le VIH par exemple (5), des médicaments ayant une influence sur la sécrétion salivaire (5), des déficits nutritionnels notamment en vitamine C et en calcium (23) ou encore la consommation de tabac ou d'alcool (23). Par ailleurs, on peut noter une influence hormonale mais également une influence du stress, qui peut dans ce cas être lié à la maladie et à l'hospitalisation (28).

Chez les patients hospitalisés plus âgés, certaines modifications de la structure de l'os alvéolaire ont été observées. Le nombre d'ostéoblastes est moins important et les capacités de remodelage et de cicatrisation sont réduites (20). Une parodontite chez un patient plus âgé pourra, par conséquent être plus agressive avec une destruction de l'os alvéolaire et une perte dentaire plus rapides (21).

3. Parodontopathies et pathologies dysimmunitaires

Les pathologies gingivales sont le plus souvent de cause locale, mais dans certains cas, elles peuvent être la conséquence de pathologies générales (22).

Le diabète et la maladie parodontale interagissent ensemble : la maladie parodontale peut être responsable de difficultés à contrôler la glycémie tandis que le diabète non équilibré va entraîner une moins bonne cicatrisation (22).

Un diabète de type 2 non équilibré aggrave les maladies parodontales : l'inflammation gingivale et les pertes osseuses et d'attaches sont plus sévères (5). La perte osseuse chez un patient diabétique non équilibré est en effet 4,2 fois plus importante que chez un patient sain. Ceci est dû à l'altération de la réponse immunitaire de l'hôte (28).

C. Pathologies de la muqueuse buccale et hospitalisation

Les pathologies de la muqueuse buccale sont le plus fréquemment liées à des infections bactériennes, fongiques, virales ou parasitaires (29). Certaines lésions, comme par exemple les lésions kératosiques, peuvent être à risque de transformation maligne voir même révéler l'existence d'un processus néoplasique (30).

Des études ont démontré qu'une hospitalisation pouvait être associée à une augmentation relative de pathologies de la muqueuse buccale (14, 25, 27). 53 à 64% des patients hospitalisés présentent au moins une lésion des muqueuses (29, 31, 32).

Le changement d'état de la muqueuse buccale passant d'un état sain à un état pathologique est dû à divers facteurs. Le port de prothèses amovibles inadaptées est l'un des principaux facteurs de risque recensé (30). Il existe également d'autres facteurs influençant le développement de lésions des muqueuses parmi lesquels le mangue d'hygiène bucco-dentaire, la polymédication, la malnutrition, la

consommation régulière de tabac, les maladies systémiques, l'âge et le sexe (30, 31).

52% des lésions des muqueuses sont retrouvées chez des patients âgés de 60 à 74 ans : l'âge a donc une importance particulière dans ces pathologies (31).

Les pathologies les plus fréquentes chez les patients hospitalisés sont les candidoses (19,5%), les hyperplasies gingivales (9,7%) ainsi que les ulcérations (9). Dans 42% des cas, un seul type de lésion est présent (29).

Les pathologies de la muqueuse buccale sont généralement liées au manque d'hygiène bucco-dentaire et de soins de bouche chez les patients hospitalisés. Leur diagnostic est souvent tardif et pourrait être lié au faible nombre de consultations dentaires dans les services hospitaliers.

1. Les candidoses

La candidose est une infection fongique provoquée par *Candida Albicans*: 61,5% des prélèvements contaminés sont positifs à cette bactérie (33). Cet agent est présent à l'état saprophyte dans la cavité buccale et peut devenir pathogène dès qu'il y a une modification du terrain de l'hôte (34). Les candidoses sont des maladies opportunistes car elles sont liées à des agents infectieux normalement présents chez l'individu sain mais qui ne vont devenir pathogènes que lorsque le système immunitaire de l'hôte est affecté (34).

Des facteurs favorisants intrinsèques ont été recensés tels que les affections intercurrentes d'origine infectieuse ou maligne, les immunodépressions, les carences nutritionnelles, certaines pathologies endocriniennes telles que le diabète. Certains facteurs favorisant peuvent également être d'origine locale : l'hyposialie ou la xérostomie, la macération (de plaque dentaire ou de salive dans certaines zones), des traumatismes, des brûlures, le manque d'hygiène et des tics de léchage pouvant entraîner une perlèche (35).

Certains traitements médicamenteux (comme les antibiotiques et les corticoïdes par exemple) ou chirurgicaux sont des facteurs extrinsèques favorisant l'apparition de candidoses (35).

Les candidoses, du fait des nombreux facteurs favorisant ayant une incidence sur leur apparition ou leur aggravation sont les pathologies des muqueuses buccales les plus fréquemment retrouvées chez les patients hospitalisés.



Figure 1 : Candidose (36)

2. Les hyperplasies gingivales

Les hyperplasies gingivales sont également des altérations de la muqueuse très fréquemment observées chez les patients hospitalisés. Elles sont d'origine iatrogène et sont généralement induites par la prise de médicaments comme les antiépileptiques (Phénytoïne) ou certains immunosuppresseurs (Ciclosporine) (37).



Figure 2 : Hyperplasie gingivale (38)

3. Les ulcérations

Des ulcérations des muqueuses sont également fréquemment retrouvées chez les patients hospitalisés. Elles peuvent être d'origine traumatique (dans la majorité des cas à cause d'une prothèse amovible mal adaptée ou d'une dent délabrée) ou d'origine médicamenteuse (Nicorandil par exemple) (37).



Figure 3 : Ulcérations de la langue (39)

Les études s'intéressant à la santé bucco-dentaire des patients hospitalisés nous ont permis d'évaluer les besoins en soins dentaires de ces individus. 50% des personnes hospitalisées nécessitent des soins parodontaux et/ou des avulsions (4,06 dents en moyenne pour des raisons de délabrement ou d'infection trop importants). Environ 35% des patients hospitalisés ont besoin de soins conservateurs et 27% nécessitent des soins prothétiques (réparation, rebasage, réalisation de nouvelles prothèses) (19).

II. <u>Facteurs étiologiques des pathologies bucco-dentaires</u> <u>fréquemment observées chez les patients hospitalisés au long cours</u>

De nombreux facteurs peuvent être à l'origine de la dégradation de la santé bucco-dentaire associée à une hospitalisation à long terme. Certains patients cumulent plusieurs facteurs de risque, conduisant à un état bucco-dentaire très dégradé.

A. <u>Altération de l'état général</u>

La santé bucco-dentaire est une composante essentielle de la santé générale du fait des complications générales qui peuvent être directement la conséquence des pathologies dentaires. Les infections dentaires accentuent le risque d'infection focale par passage des bactéries dans la circulation sanguine. Les infections focales d'origine dentaire peuvent être généralisées (septicémie) ou localisées (endocardite infectieuse par exemple) (1).

L'infection focale d'origine bucco-dentaire la plus fréquente est l'endocardite infectieuse (1).

De façon plus rare, d'autres sites de l'organisme comme les poumons, les reins ou les articulations par exemple peuvent également être le siège de ce type d'infections (5).

1. Infections cardiaques

L'endocardite infectieuse est une infection dont l'origine bucco-dentaire est avérée (1).

On suspecte d'autres pathologies cardiaques dont l'origine est bucco-dentaire : les accidents vasculaires cérébraux et les maladies coronariennes qui peuvent également mener à un long séjour hospitalier (1).

2. Infections pulmonaires

Une concordance a été établie entre les bactéries présentes dans la plaque dentaire et dans l'oropharynx (8). La présence de plaque dentaire en excès peut, dans un contexte fragilisé, être associée à un risque augmenté d'infections pulmonaires (pneumopathies d'inhalation), la plaque dentaire pouvant être un réservoir à pathogènes pulmonaires (2).

On retrouve cette colonisation de la plaque dentaire par les pathogènes pulmonaires chez 26% des patients au bout de 4 jours d'hospitalisation (16).

Une étude a révélé que le risque de contracter une infection pulmonaire est moins élevé chez les patients recevant des soins bucco-dentaires réguliers (3).

3. Carences nutritionnelles

Les pathologies bucco-dentaires peuvent altérer les fonctions orales, telles que la déglutition et la phonation mais également la sécrétion salivaire. Ces altérations peuvent avoir de grandes répercussions sur la qualité de vie des patients. De plus, les difficultés d'alimentation vont être à l'origine de carences nutritionnelles. Cette dénutrition va induire une diminution de l'état général (40).

Ce phénomène est un cercle vicieux, car un état général affaibli entraîne des difficultés à réaliser les gestes du quotidien, notamment les gestes d'hygiène buccodentaire. Il s'ensuit une dégradation de l'état bucco-dentaire avec une augmentation du risque d'infections focales.

B. Traitements médicamenteux

Un certain nombre de traitements médicamenteux ont été répertoriés pour avoir des effets secondaires au niveau de la cavité orale.

Il a été montré qu'une polymédication peut perturber l'équilibre de la cavité buccale, favorisant ainsi le développement de germes pathogènes (8).

1. Médicaments psychotropes

Il existe six grandes catégories de psychotropes. Leur prise régulière et prolongée entraîne des manifestations bucco-dentaires dominées par la sécheresse buccale (41). En hôpital psychiatrique, 21% des patients souffrent de xérostomie (42).

La prise de ces traitements est ainsi associée à une prévalence plus élevée d'atteinte des muqueuses (candidoses par exemple). Les patients rapportent également des signes subjectifs comme des dysesthésies ou des sensations de brûlures.

La denture se dégrade également avec l'augmentation du risque carieux et du risque de développement d'une parodontopathie. La plaque dentaire adhère fortement aux surfaces dentaires en cas de sécheresse buccale, ce qui est associé à la présence d'une quantité plus importante de bactéries pathogènes (41, 42).

2. Traitements entraînant une hypertrophie gingivale

Comme nous l'avons vu précédemment, certains médicaments peuvent entraîner l'apparition d'une hypertrophie gingivale, pouvant être accompagnée de saignements gingivaux (22). Ces traitements sont la Ciclosporine, un immunosuppresseur utilisé lors de greffes d'organes par exemple ; l'Hydantoïne, un anticonvulsivant ; la Nifédipine, un antagoniste du calcium utilisé pour le traitement

de l'hypertension artérielle et comme protecteur coronarien et le Nicorandil qui est prescrit dans le cadre de la prise en charge de l'angor (43).

C. <u>Manque d'hygiène bucco-dentaire</u>

Comme nous l'avons vu, l'hygiène bucco-dentaire est un facteur clé dans le maintien de la santé orale.

Une étude a cependant montré que seuls 32% des patients n'ont ni dentifrice ni brosse à dent lors de leur admission à l'hôpital (44).

L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire est dans la majorité des cas insuffisante. Cependant, ce phénomène n'est pas nécessairement lié à l'hospitalisation. En effet, seulement 6% de la population générale se brosse les dents après chaque repas (45).

D'autres études ont montré que 72% des patients hospitalisés ont réduit leur brossage de dents quotidien (12) et que dans 78,9% des cas, l'hygiène des prothèses amovibles est mauvaise (9).

D. Perte d'autonomie

La perte d'autonomie entraîne une dépendance qui désigne « un état où une personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs des actes de la vie courante, sans avoir recours à une aide technique ou humaine » (46).

La dégradation de l'état bucco-dentaire chez les patients hospitalisés dépendants est quasi constante, car ces derniers présentent des limitations physiques les empêchant d'effectuer eux-mêmes les actes d'hygiène bucco-dentaire. Cette dernière est donc négligée et nécessite une aide du personnel soignant pour être réalisée (9, 47).

E. Rupture dans la continuité des soins

Comme nous l'avons vu, un séjour hospitalier de longue durée, qui est la conséquence d'une altération de l'état général entraînant souvent une perte d'autonomie, est souvent associé à une rupture dans la continuité des soins buccodentaires. L'état de santé ne permet pas au patient de se déplacer pour aller consulter son chirurgien dentiste traitant, voire même parfois d'exprimer son besoin en soins dentaires.

Les consultations dentaires de routine dans les services sont rares. Cependant, ces visites permettraient de maintenir une bonne santé bucco-dentaire ou éventuellement de constater une dégradation de l'état dentaire et d'orienter le patient vers des soins dentaires.

F. Manque de temps du personnel soignant

Nous avons vu que l'hospitalisation de longue durée entraînait souvent une perte d'autonomie et une dépendance au personnel soignant dans tous les gestes du quotidien. Cependant, la charge de travail des aides-soignants et des infirmiers est très importante, ce qui peut expliquer que ces professionnels de santé manquent parfois de temps pour réaliser l'ensemble des soins nécessaires. Les soins d'hygiène buccale passent donc parfois au second plan car d'autres actes semblent plus primordiaux.

G. <u>Autres facteurs de risque</u>

1. Tabac

Le tabac va avoir de nombreuses répercussions sur l'homéostasie de la cavité buccale (impact sur le flux salivaire et la microcirculation, altérations des fonctions cellulaires) (5).

Le risque de développer une maladie parodontale chez un patient fumeur est 3,6 fois plus élevé que chez un patient non fumeur (28). Les maladies parodontales sont plus agressives chez les consommateurs de tabac que chez les patients non fumeurs (5).

Le tabac peut entrainer un perte précoce des dents, des parodontites sévères et des caries à progression rapide du fait de la sécheresse buccale. (48).

Le tabac est également néfaste sur les muqueuses buccales et peut provoquer ou aggraver certaines lésions (48).

2. Prothèses amovibles

78,9% des patients hospitalisés à long terme sont porteurs de prothèses amovibles non adaptées ou cassées (9).

Comme nous l'avons vu, le port de prothèses non adaptées est à l'origine du développement de lésions muqueuses. 42% des patients ayant une prothèse non adaptée présentent au moins une lésion au niveau de la muqueuse (29).

Le port de prothèses amovibles non adaptées entraîne d'importantes difficultés à s'alimenter. Cette situation peut être à l'origine de carences alimentaires et donc de contribuer à l'aggravation de l'état de santé général.

III. Réalisation d'une enquête basée sur des questionnaires

La dégradation de l'état bucco-dentaire évoquée précédemment nous a conduit à réaliser une enquête afin d'évaluer le ressenti du personnel soignant et des patients concernant la prise en charge des actes d'hygiène bucco-dentaire.

A. Objectif expérimental

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence, à l'aide de questionnaires, d'une part le ressenti des patients hospitalisés à long terme quant à la prise en charge de leur santé bucco-dentaire au cours de cette période et d'autre part les difficultés qui peuvent être rencontrées par l'équipe soignante lors de la réalisation de ces soins d'hygiène bucco-dentaire.

B. Matériel et méthodes

1. Population étudiée

Deux types de questionnaires ont été élaborés. Ils sont destinés à deux populations différentes : d'une part aux patients hospitalisés sur une longue période et d'autre part au personnel soignant des services hospitaliers.

a. Patients hospitalisés au long cours

Nous avons constitué un groupe de patients hospitalisés à long terme en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques.

Les critères d'inclusion sont :

- patients majeurs
- hospitalisation à long terme (supérieure à 10 jours) entraînant une dépendance au personnel soignant pour les actes quotidiens d'hygiène

Les critères d'exclusion sont :

- patients vivant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- patients dont l'état de santé ne permet pas de répondre au questionnaire
- patients sous tutelle ou curatelle

Les patients ont été recrutés au service de traumatologie et au sein de l'unité polyvalente chirurgicale du CHU Bocage de Dijon.

b. Personnel soignant

Les questionnaires destinés au personnel soignant ont été distribués et répartis sur deux services hospitaliers au CHU Bocage de Dijon : le service de traumatologie et l'unité polyvalente chirurgicale dans un premier temps.

Par la suite, d'autres questionnaires ont été déposés au pôle de Gériatrie Champmaillot faisant partie du CHU de Dijon.

Les critères d'inclusion sont :

- sujets majeurs
- personnel soignant effectuant les actes d'hygiène corporelle aux patients hospitalisés au long cours (aides-soignants, infirmiers)

Le critère d'exclusion principal est le refus de répondre au questionnaire.

2. Questionnaires

a. Structure du questionnaire

Questionnaires destinés aux patients

La première partie du questionnaire a pour but de recueillir des informations sur le patient tout en respectant son anonymat (service d'hospitalisation, durée prévue, cause de l'hospitalisation).

La deuxième partie du questionnaire comporte 8 questions : 4 questions de type ouvertes laissant le patient libre de sa réponse et 4 questions fermées pour lesquelles le patient choisit sa réponse parmi différentes propositions.

Le premier objectif du questionnaire patient est de déterminer si des soins d'hygiène buccale étaient réalisés tous les jours par le personnel soignant. Nous avons également cherché à connaître le ressenti des patients vis à vis de ces actes (importance accordée par le patient à ces soins, intérêt). Enfin, la dernière partie du questionnaire est destinée à l'évaluation de la possibilité d'apporter des améliorations dans la réalisation de ces soins selon le patient.

Patients hospitalisés à long terme et santé bucco-dentaire

Questionnaire adressé aux patients des services d'hospitalisation :

Service d'nospitalisation : Durée prévue d'hospitalisation :	
Cause de l'hospitalisation :	
1) Quel type de soins journaliers vous sont-ils pr	odigués?
Douche	
Toilette au lit	
Bains de bouche	
Brossage des dents	
Nettoyage de la bouche avec des compresses	
2) Des soins de bouche sont-ils réalisés?	
oui	
NON	
3) Si oui, à quelle fréquence?	
4) En quoi consistent ces soins de bouche?	
5) Considérez-vous ces soins comme importants	;?
oui	•
NON	
6) Quel est pour vous l'intérêt des soins de bouc	he?
7) Selon vous les soins de bouche réalisés peuv	ent-il être améliorés?
OUI	•
NON	

8) Si oui, comment?

Figure 4 : Questionnaire destiné aux patients

Questionnaires destinés au personnel soignant

La première partie du questionnaire est destinée au recueil d'informations personnelles sur les individus répondant au questionnaire tout en préservant leur anonymat (fonction, unité ou service).

Ce questionnaire est constitué de 7 questions : 3 questions fermées de type oui ou non et 4 questions ouvertes.

Les premières questions concernaient la réalisation des soins d'hygiène buccale : étaient-ils réalisés quotidiennement ? Si oui, en quoi consistaient-ils et quel était en moyenne le temps qui leur était consacré ?

Nous voulions également savoir si les soignants ressentaient une appréhension avant de réaliser de tels actes, et s'ils estimaient que leur réalisation puisse faire l'objet d'améliorations. Enfin, le dernier objectif de ce questionnaire est de connaître le besoin éventuel d'une formation aux soins de bouche qui pourrait être dispensée par des chirurgiens-dentistes.

Patients hospitalisés à long terme et santé bucco-dentaire

Questionnaire adressé au personnel soignant :

Fonction: UF:					
1)) Dans le cadre des soins corporels journaliers, réalisez-vous systématiquement des soins de bouche?				
	oui				
	NON				
2)	Si oui, quel est le temps moyen consacré par j	our et par patient à ces soins de bouche?			
3)	En quoi consistent ces soins de bouche?				
4)) Avez-vous une appréhension avant de réaliser ce type de soins?				
5)	Si oui, pour quelle(s) raison(s)?				
6)	6) Pensez-vous que ce type de soins puisse faire l'objet d'amélioration? Si oui lesquelles?				
7)	Trouveriez-vous utile de bénéficier d'une formachirurgiens-dentistes?	ation aux soins de bouche dispensée par des			

Figure 5 : Questionnaire destiné au personnel soignant

b. Recueil des données

Questionnaires destinés aux patients

En accord avec les infirmières cadres des services concernés, nous avons réalisé l'investigation nous-mêmes. Les infirmières nous communiquaient la liste des patients hospitalisés au long cours ainsi que la raison de l'hospitalisation. Elles nous indiquaient si elles estimaient que l'état général du patient permettait le recueil des données et si certains facteurs (comme des isolements liés à des infections par des bactéries multirésistantes par exemple) était incompatibles avec la réalisation de l'étude.

Nous nous sommes ensuite rendus dans les chambres des patients afin de procéder au recueil des données après avoir fourni les explications relatives à l'étude et après avoir obtenu le consentement. Le recueil des données a été réalisé par le même opérateur tout au long de l'étude entre le 9 février 2015 et le 24 juillet 2015.

Questionnaires destinés au personnel soignant

Les questionnaires destinés au personnel soignant ont été déposés aux infirmières cadres dans les services concernés. Ces dernières se chargeaient de les distribuer et les récupérer une fois remplis. Une note explicative était fournie. Le recueil de données a été réalisé entre le 9 février 2015 et le 24 juillet 2015.

3. Analyse des résultats

Une analyse descriptive des données a été réalisée, à l'aide du logiciel EXCEL, sur la population globale de l'enquête. Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs et de pourcentages.

C. Résultats

L'enquête menée a permis de recueillir 39 questionnaires sur les 62 déposés à l'attention du personnel soignant, soit 63% de l'échantillon global ciblé.

Seul un questionnaire patient a pu être complété en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les résultats obtenus ne seront pas comparés avec les résultats obtenus dans d'autres études.

1. Profession des individus interrogés

Sur les 39 professionnels interrogés, 51% (n= 20) occupent le poste d'aide-soignant, 33% (n=13) sont infirmiers et 8% (n= 3) étudiants au sein d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI). 8% (n= 3) des individus n'ont pas renseigné cet item.

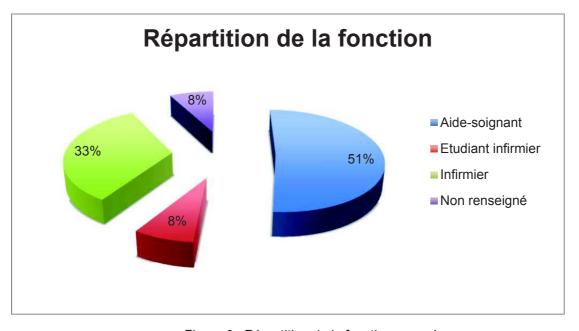


Figure 6 : Répartition de la fonction occupée

2. Réalisation des soins de bouche quotidiens

A la question « Dans le cadre des soins corporels journaliers, réalisez vous systématiquement des soins de bouche ? », 51% (n= 20) ont répondu négativement. Les soins sont cependant réalisés de façon quotidienne par 46% (n=18) des individus interrogés. 3% (n=1) n'ont pas répondu à la question.

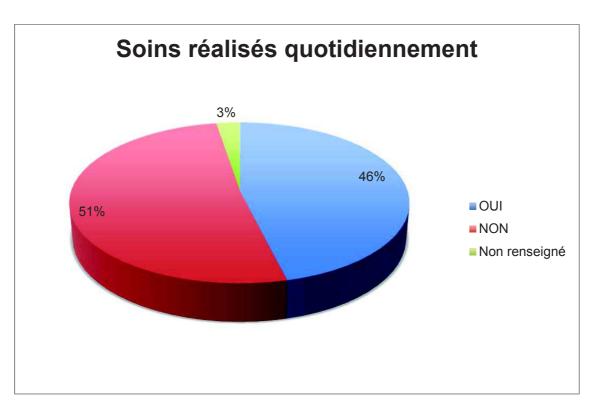


Figure 7 : Les soins de bouche sont-ils réalisés quotidiennement ?

3. Types de soins de bouche réalisés

5 types de soins de bouche principaux ont été recensés par les 46% des individus réalisant les soins de bouche quotidiennement. Il est important de préciser que dans certains cas, plusieurs types de soins étaient réalisés par jour, afin d'essayer d'être le plus exhaustif possible. Le type d'acte le plus fréquemment effectué est le passage de bâtonnets imprégnés de solution à base de chlorhexidine de type bain de bouche Eludril® (36%). 23% des soignants effectuaient des bains de bouche (bains de bouche antiseptique de type Eludril®, solution de bicarbonate ou

bains de bouche antifongique de type Fungizone®) ou brossaient les dents à l'aide d'une brosse à dents et de dentifrice. 14% du personnel nettoie les prothèses amovibles existantes. 2% des individus rapportent réaliser une inspection de la cavité buccale afin de détecter la présence éventuelle de lésions des muqueuses. Enfin, 2% ne se sont pas prononcés.

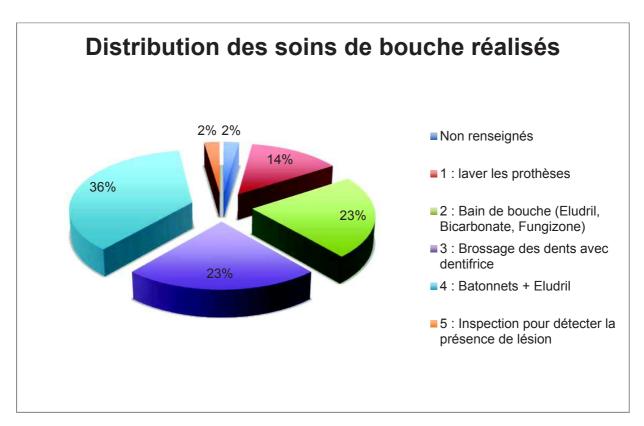


Figure 8 : Distribution des soins de bouche réalisés

4. Temps consacré aux soins de bouche par jour par patient

33% (n=6) des individus réalisant les soins de bouches quotidiens (n=18) rapportent consacrer moins de 5 minutes à réaliser les soins d'hygiène buccale. Dans 50% des cas (n= 9), le temps dédié à ces soins de bouche est de 5 minutes. 6% (n= 1) du personnel soignant consacre plus de 5 minutes par jour par patient à réaliser les soins d'hygiène buccale. Enfin, 11% (n=2) des personnes interrogées ne se sont pas prononcées sur le temps passé à la réalisation des soins de bouche.

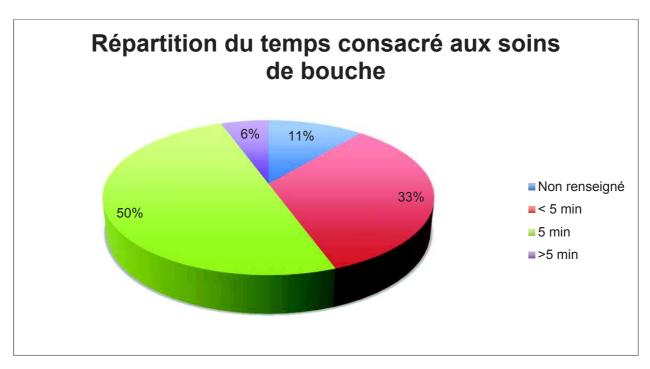


Figure 9 : Répartition du temps consacré aux soins de bouche

5. Appréhension

Nous voulions également savoir si les soignants (n=39) ressentaient une appréhension avant la réalisation de soins de bouche. 39 % (n=15) des personnes interrogées rapportent une anxiété associée à la réalisation de tels actes, alors que 56% (n=22) se disent être « à l'aise ». 5% (n=2) de l'échantillon ne se sont pas prononcés.

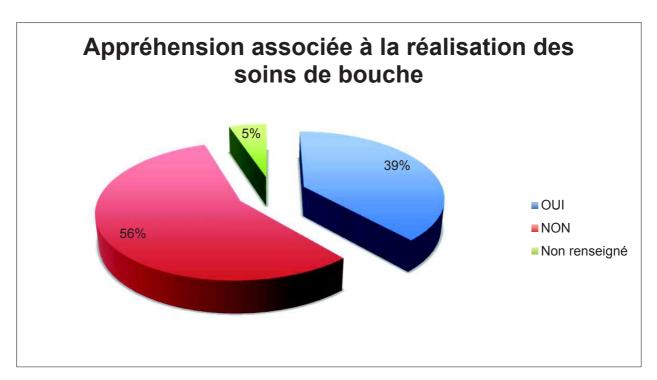


Figure 10 : Appréhension associée à la réalisation des soins de bouche

Les raisons de l'appréhension sont multiples. 27% des personnes interrogées ont rapporté un « dégoût » inspiré par la cavité buccale. Pour d'autres, l'appréhension est plutôt liée au patient lui-même : 20% ont peur du refus du patient et 20% ont peur de son agressivité.

13% des individus sondés ont peur de faire mal, 7% rencontrent des difficultés à réaliser les soins. Dans 3% des cas, il existe une peur de ne pas être efficace et pour 3% des sujets, la bouche fait partie de l'intimité du patient.

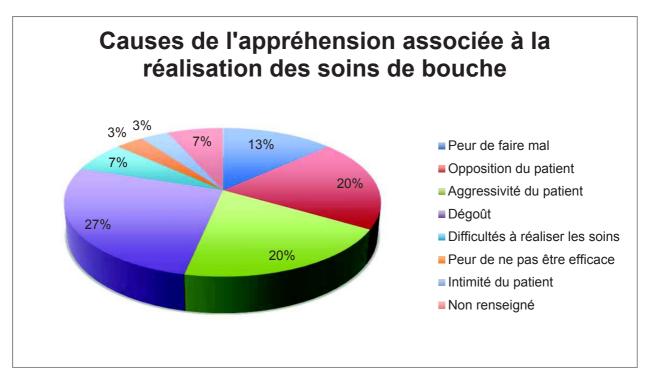


Figure 11 : Distribution des causes de l'appréhension associée à la réalisation des soins de bouche

6. Amélioration dans la pratique des soins d'hygiène buccale

50% (n=17) du personnel soignant (n=39) manifestent leur besoin d'amélioration dans le domaine des soins d'hygiène bucco-dentaire. 44% (n=15) des personnes interrogées ne pensent pas qu'une amélioration dans ce domaine doive être apportée. 3% (n=1) pensent qu'une amélioration peut éventuellement être possible et enfin, 3% (n=6) des interrogés ne se sont pas prononcés.



Figure 12 : Besoins d'amélioration dans la pratique de soins de bouche

7. Formation sur les soins de bouche

74% (n= 29) des personnes interrogées souhaiteraient bénéficier d'une formation sur les soins de bouche dispensée par un chirurgien-dentiste. 23% (n=9) ne jugent pas cela nécessaire. Enfin, 3% (n=1) des individus interrogés ne se sont pas prononcés.

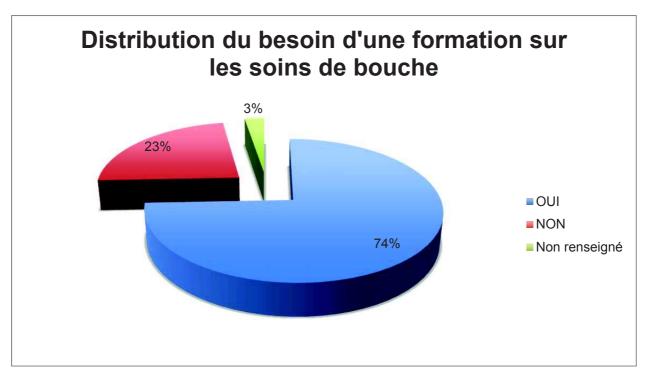


Figure 13 : Distribution du besoin d'une formation sur les soins de bouche

Ces résultats nous ont permis de réaliser des comparaisons afin de mettre en évidence les éventuelles différences entre les professions. Il est important de préciser que les personnes n'ayant pas indiqué leur poste n'ont pas été prises en compte dans ces analyses (réalisées sur 39 individus).

8. Réalisation des soins de bouche en fonction du type de poste occupé

Dans un premier temps, nous avons voulu mettre en évidence les variations dans la fréquence de réalisation des soins de bouche quotidiens. 30% (n=6) des aides-soignants réalisaient les soins d'hygiène buccale quotidiennement, contre 46% (n= 6) des infirmiers. 100% (n=3) des étudiants en soins infirmiers réalisaient ces actes tous les jours.

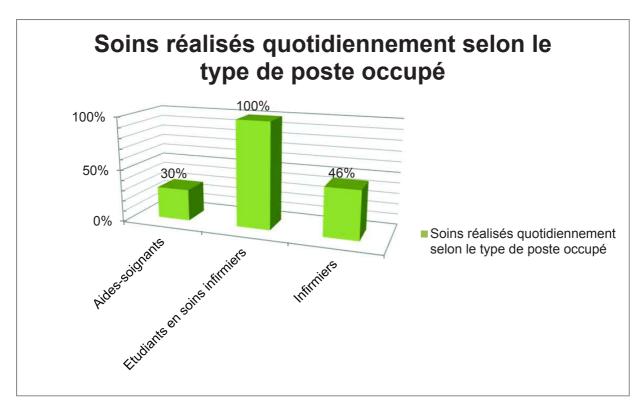


Figure 14 : Proportion des personnes réalisant les soins de bouche quotidiennement en fonction du type de poste occupé.

9. Temps consacré aux soins d'hygiène buccale en fonction du type de poste occupé

Nous avons ensuite voulu connaître quel était le temps moyen consacré aux soins d'hygiène buccale.

17% (n=1) des aides-soignants, 33% (n=1) des étudiants en soins infirmiers et 67% (n=4) des infirmiers consacrent moins de 5 minutes à la réalisation des soins de bouche.

La majorité des aides-soignants (50%; n=3) et des étudiants en soins infirmiers (67%; n=2) et plus d'un tiers des infirmiers (33%; n=2) consacrent 5 minutes aux soins d'hygiène buccale.

Seuls 17% (n=1) des aides soignants passent plus de 5 minutes à réaliser les soins de bouche.

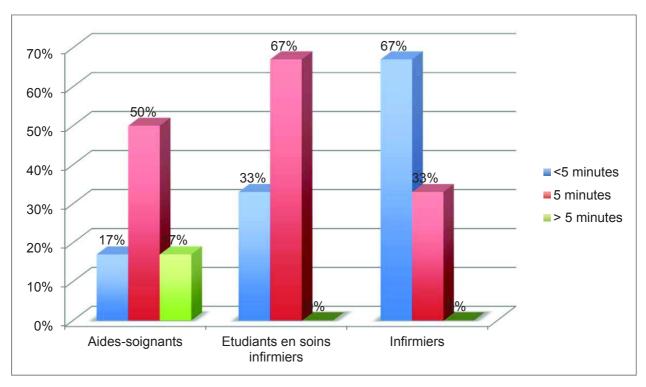


Figure 15 : Répartition du temps consacré aux soins de bouche en fonction du type de poste occupé

10. Appréhension liée à la réalisation des soins de bouche en fonction du type de poste occupé

Nous avons également analysé l'existence d'un sentiment d'appréhension face à la réalisation des soins de bouche en fonction du type de profession exercée. 45% (n=9) des aides-soignants, 67% (n=2) des étudiants en soins infirmiers et 23% (n=3) des infirmiers ont rapporté ressentir ce sentiment avant la réalisation de tels actes.

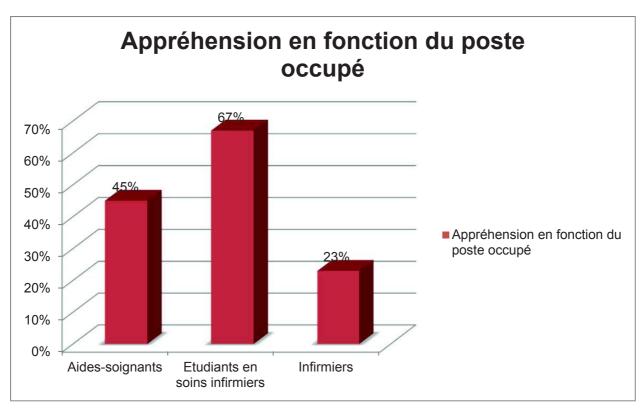


Figure 16 : Distribution de l'appréhension ressentie avant la réalisation de soins de bouche en fonction du type de poste occupé

11. Besoin d'amélioration dans la pratique des soins d'hygiène bucco-dentaire en fonction du type de poste occupé

45% (n=9) des aides-soignants, 100% (n=3) des étudiants en soins infirmiers et 31% (n=4) des infirmiers ont jugé que des améliorations dans la pratique des soins d'hygiène buccale étaient nécessaires.

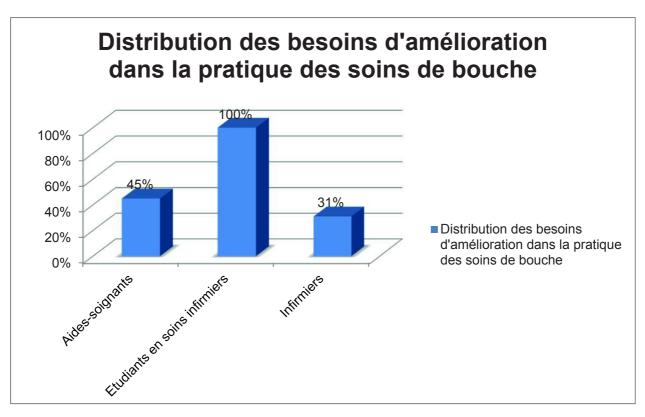


Figure 17 : Distribution des besoins d'amélioration dans la pratique des soins de bouche en fonction du type de poste occupé

12. Besoin de formation dédiée aux soins de bouche en fonction du type de poste occupé

La majorité des personnes interrogées, soit 80% des aides-soignants (n=16), la totalité (n=3) des étudiants en soins infirmiers et 54% (n= 7) des infirmiers étaient demandeurs d'une formation en soins de bouche dispensée par des chirurgiens-dentistes.

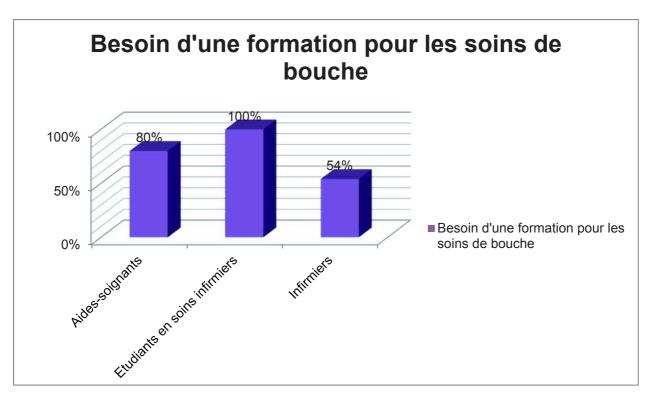


Figure 18 : Répartition du besoin de formation pour les soins de bouche en fonction de la profession

89% (n=16) des individus interrogés réalisant les soins d'hygiène buccale quotidiennement ont manifesté leur besoin de formation concernant ces actes.
60% (n=12) des soignants ne réalisant pas les soins de bouche de manière quotidienne étaient également demandeurs d'une telle formation dispensée par des chirurgiens-dentistes.

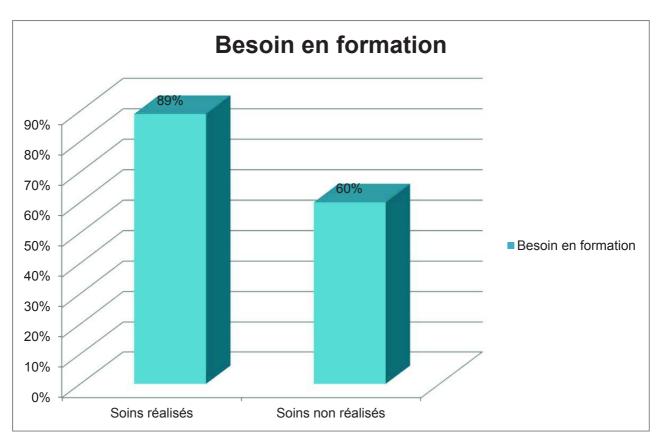


Figure 19 : Distribution du besoin en formation en fonction de la réalisation quotidienne des soins

D. Discussion

L'enquête réalisée décrit les conditions habituelles de la réalisation des soins de bouche par des aides-soignants et des infirmiers au sein de services hospitaliers chez des patients hospitalisés à long terme.

Le questionnaire était destiné aux patients devenus dépendants pour les actes du quotidien en raison d'une pathologie ayant entraînée une hospitalisation au long cours mais également au personnel soignant réalisant des soins quotidiens, notamment les soins d'hygiène.

Nous avons pu collecter 39 questionnaires soignants, mais uniquement un questionnaire patient a pu être rempli.

Nous aborderons dans un premier temps les difficultés rencontrées lors de la réalisation de cette étude, puis nous discuterons des résultats obtenus. Enfin nous exposerons les modifications qui auraient pu être apportées à ce questionnaire.

1. Les difficultés rencontrées

Nous avons fait face à un certain nombre de difficultés.

La difficulté la plus importante que nous ayons rencontrée a été de trouver les patients entrant dans les critères d'inclusion de l'étude. En effet, les infirmières nous dressaient la liste des patients que nous pouvions inclure dans l'étude en fonction de leur état général.

Au fur et à mesure des visites dans les chambres, nous nous sommes rendu compte que les patients capables de nous répondre ne pouvaient pas être inclus dans l'étude car ils étaient en mesure de faire les gestes quotidiens. Les patients dépendants du personnel soignant ne pouvaient pas répondre au questionnaire en raison d'un état général dégradé.

La réalisation d'une telle enquête est très compliquée et demande beaucoup de temps. Peut être faudrait-il qu'elle se fasse sur une période plus longue ?

2. Résultats obtenus

Une majorité d'aides-soignants, soit 20 individus ont répondu au questionnaire distribué.

a. Réalisation des soins de bouche

46% du personnel soignant interrogé effectue quotidiennement les soins de bouche. L'ensemble des étudiants en soins infirmiers ont rapporté les réaliser tous les jours. Les résultats semblent suggérer que plus le niveau d'étude des individus est élevé, plus les actes d'hygiène buccale sont réalisés de façon régulière. Cependant la taille de l'échantillon ne permet pas d'affirmer que la différence observée est significative.

Certains soignants nous ont rapporté que les soins de bouche ne sont pas forcément réalisés systématiquement. L'état général du patient, qui peut varier d'un jour à l'autre, mais également sa coopération, constituent des paramètres qui doivent être pris en compte. La réalisation de ces actes ne dépend donc pas uniquement du soignant mais également de la demande du patient et de sa famille.

b. Soins de bouche réalisés

Nous voulions également savoir quels types de soins de bouche étaient réalisés quotidiennement. Pour cela, nous avons laissé aux personnes interrogées le choix de répondre librement (question ouverte).

Le type d'acte le plus fréquemment réalisé est le passage de bâtonnets, de type écouvillons, imprégnés de bain de bouche antiseptique (Eludril ® par exemple).

Selon l'état de santé général du patient, un brossage de dents avec du dentifrice est réalisé par 23% du personnel soignant interrogé. Cet acte est parfois complété par la réalisation de bains de bouche dans 23% des cas. Les produits les plus utilisés sont ceux à base de chlorhexidine, notamment le bain de bouche Eludril®. La solution Paroex®, également à base de chlorhexidine, est très peu utilisée en milieu hospitalier bien qu'elle ne contienne pas d'alcool. Les solutions à base de bicarbonate sont très régulièrement utilisées en bain de bouche. En cas de candidose, une solution antifongique à base d'amphotéricine B (Fungizone ®) peut être prescrite.

14% des soignants rapportent retirer et nettoyer les prothèses des patients lorsqu'elles sont présentes.

Certains soignants modulent les actes réalisés en fonction de l'état de santé général et de l'acceptation du patient. En effet, certains patients ne vont pas accepter le passage de la brosse à dents et la réalisation de bains de bouche. Ces actes peuvent présenter un certain risque si le patient est allongé, les risques d'avaler du produit et de faire une fausse route étant plus élevés. Dans ce cas, les soignants privilégient le passage des bâtonnets imbibés de solution antiseptique.

Il est important d'adapter la technique de soins de bouche afin de maintenir l'hygiène bucco-dentaire des patients hospitalisés dépendants du personnel soignant.

Seulement 2% des soignants inspectent la cavité buccale afin de détecter la présence d'éventuelles lésions. Cet acte permettrait de prévenir une dégradation de l'état bucco-dentaire. En effet un examen clinique préliminaire réalisé par des aidessoignants et des infirmiers permettrait de détecter de façon précoce des dents délabrées, des lésions des muqueuses ou des prothèses inadaptées. Une consultation dentaire pourrait ainsi être demandée afin de maintenir un état bucco-dentaire stable.

c. Temps consacré aux soins de bouche

L'analyse des questionnaires a permis d'évaluer le temps moyen consacré quotidiennement aux soins de bouche par patient. Plus d'un tiers du personnel soignant déclare passer moins de 5 minutes à ces actes (entre 30 secondes et 3 minutes).

La moitié des personnes interrogées passe environ 5 minutes à la réalisation des actes d'hygiène bucco-dentaire et seulement 6% du personnel interrogé y consacre plus de 5 minutes.

En moyenne, les aides-soignants et les étudiants en soins infirmiers consacrent 5 minutes aux soins de bouche, alors que les infirmiers y passent moins de 5 minutes. Ceci suggère que le temps consacré aux soins d'hygiène orale semble inversement corrélé au niveau d'étude. Ceci pourrait être lié au fait que les obligations sont différentes selon les professions. En effet, l'un des rôles principaux des aides-soignants est de dispenser les soins d'hygiène aux patients. La réalisation des soins d'hygiène buccale fait ainsi partie du champ de compétence des aides-soignants, ce qui peut expliquer pourquoi, en moyenne, ce sont eux qui y consacrent le plus de temps.

d. Appréhension

Cette étude a révélé que plus de la moitié du personnel soignant (56%), ne ressentait pas d'appréhension vis à vis de la réalisation des soins de bouche. Les étudiants en soins infirmiers sont les plus anxieux face à ces actes. Ceci pourrait être notamment expliqué par le manque d'expérience professionnelle.

Les raisons de cette appréhension peuvent être multiples. Pour 27% des personnes interrogées, le « dégoût » de la cavité buccale va être à l'origine de cette appréhension. On peut également associer ce sentiment au fait que la cavité buccale fait partie de la sphère intime du patient.

13% des individus appréhendent les soins d'hygiène buccale en raison de la peur de faire mal et 3% craignent de ne pas être efficaces. 7% des soignants rapportent rencontrer des difficultés à réaliser ces soins. Ceci peut être lié à une carence en formation dans ce domaine et au manque de pratique qui entraînent un manque d'assurance personnelle.

D'autres causes de l'appréhension sont liées au patient lui-même qui peut être agressif ou montrer une opposition à ces actes dans 20% des cas. Ce sentiment est fortement ressenti lorsque les soignants vont s'occuper de patients souffrant de troubles psychiatriques de type démence.

L'appréhension liée à la réalisation des soins d'hygiène buccale est rarement la conséquence d'une cause isolée. Plusieurs facteurs semblent être cumulés. L'agressivité du patient et son opposition aux soins vont par exemple de paire. Tout comme la peur de faire mal et de ne pas être efficace.

e. Amélioration

50% du personnel soignant ayant répondu au questionnaire estime que des améliorations concernant la pratique des soins de bouche peuvent être apportées.

La totalité des étudiants en soins infirmiers partagent cet avis. En effet, la réalité de la pratique est parfois éloignée de la théorie enseignée au cours des études. C'est pourquoi les attentes peuvent être parfois différentes pour les étudiants, qui n'en sont qu'au début de leur pratique professionnelle.

Les personnes interrogées ont évoqué plusieurs améliorations qui pourraient être mises en place. Parmi elles, nous pouvons citer le manque d'efficacité du matériel dédié aux soins d'hygiène buccale mis à disposition au sein des services hospitaliers (par exemple les bâtonnets qui ne permettent pas de retirer la plaque dentaire dans sa totalité). Du matériel plus adapté permettrait d'augmenter l'efficacité des gestes et le maintien de la santé bucco-dentaire des patients hospitalisés dépendants.

Certains professionnels interrogés étaient demandeurs d'explications sur les produits à employer et sur leur mode d'utilisation. Pour un grand nombre d'entre eux, les soins de bouche devraient être fait plus régulièrement dans la journée, notamment après chaque repas.

Il a également été rapporté que les soins de bouche n'étaient effectués qu'une seule fois dans la journée, parfois même avant le petit déjeuner. Beaucoup de soignants nous ont, à juste titre, suggéré que l'amélioration de la santé bucco-dentaire des patients hospitalisés à long terme pourraient passer par la réalisation de ces soins plusieurs fois par jour, notamment après chaque repas.

Ces personnes sont demandeuses de moyens matériels et humains afin de pouvoir faire des soins plus efficaces et plus régulièrement. Ils semblent convaincus que ces mesures sont indispensables au maintien de la santé bucco-dentaire des patients hospitalisés à long terme.

f. Formation

Plus de deux tiers du personnel soignant interrogé estiment nécessaire de bénéficier d'une formation dédiée aux soins de bouche.

80% des aides-soignants et 54% des infirmiers aimeraient bénéficier de ce type de formation dans le cadre de la formation continue du personnel soignant.

100% des étudiants en soins infirmiers interrogés sont favorables à l'idée de bénéficier d'une formation spécifique sur les soins de bouche. Ceci semble révélateur d'un manque de connaissances dans ce domaine.

Les résultats suggèrent qu'une majorité des personnes s'occupant des actes d'hygiène buccale manque de confiance concernant la réalisation de ces soins et qu'une formation pourrait permettre de les rassurer. Elle pourrait également permettre aux individus ne réalisant pas les soins de bouche de se sentir plus à l'aise et prêts à les faire tous les jours.

Les personnes sont surtout demandeuses de formation afin de connaître les différents produits pouvant être utilisés et dans quelles conditions ; apprendre les différentes techniques de soins de bouche existants ; savoir comment manipuler des prothèses dentaires et détecter la présence de lésions éventuelles.

3. Modifications pouvant être apportées

Si une étude similaire devait être reproduite, certaines modifications pourraient être apportées.

L'une des principales modifications est la durée de l'étude. En effet, pour nous permettre d'inclure un nombre plus important de patients dans l'étude, il faudrait accroitre la période de l'étude.

Les autres modifications qui pourraient être suggérées concernent le questionnaire adressé au personnel soignant. En effet, après l'analyse des réponses, nous avons constaté que d'autres questions auraient pu être ajoutées afin d'approfondir l'étude.

- Concernant les personnes ne réalisant pas les soins de bouche quotidiennement : « Pour quelles raisons ne réalisez vous pas les soins d'hygiène buccale de façon quotidienne ? ». Une réponse à choix multiples pourrait être suggérée afin de permettre une analyse plus facile des résultats.
- « A quel moment de la journée réalisez-vous ces soins de bouche ? »

- « Trouvez-vous qu'il existe un moment plus propice qu'un autre dans la journée pour réaliser les soins de bouche ? »
- « Les soins d'hygiène buccale vous semblent-ils important pour les patients hospitalisés à long terme et dépendants ? »

IV. <u>Proposition de pistes d'amélioration de la prise en charge</u> <u>bucco-dentaire des patients hospitalisés à long terme</u>

En tant que chirurgien-dentiste, notre rôle est d'assurer le maintien de la santé bucco-dentaire pour tous nos patients. La conservation de cet état de santé bucco-dentaire passe notamment par une hygiène bucco-dentaire efficace. Or comme nous venons de le voir, il est difficile pour les personnes hospitalisées et dépendantes de parvenir à maintenir une hygiène compatible avec une bonne santé bucco-dentaire. Nous avons donc réfléchi à plusieurs solutions qui pourraient être apportées afin de contribuer au maintien d'une hygiène buccale quotidienne chez les patients hospitalisés à long terme et dépendants du personnel soignant.

1. Aide apportée par des étudiants en chirurgie-dentaire

Les étudiants en chirurgie-dentaire pourraient apporter une aide précieuse aux aides-soignants et infirmiers.

En effet, une vacation clinique pourrait être dédiée à la réalisation des soins d'hygiène en milieu hospitalier. Les étudiants pourraient ainsi se rendre dans les différents services où sont hospitalisés les patients dépendants qui ne peuvent plus réaliser les gestes d'hygiène quotidiens tout seuls.

Le rôle de ces étudiants serait de réaliser les différents types de soins de bouche aux patients en fonction de leurs besoins (brossages de dents, aide à la réalisation de bains de bouche si nécessaire, nettoyage des muqueuses, nettoyage des prothèses dentaires lorsqu'elles sont existantes).

L'intervention des étudiants en chirurgie dentaire permettrait de soulager les aidessoignants et les infirmiers. En effet, l'une des raisons du manque de réalisation de soins de bouche dans les services hospitaliers est le manque de temps du personnel soignant. Ils pourraient ainsi déléguer ce geste aux étudiants en chirurgie dentaire, ce qui permettrait aux aides-soignants et infirmiers d'avoir plus de temps pour les autres gestes indispensables.

En réalisant les actes d'hygiène buccale, les étudiants en chirurgie dentaire peuvent également réaliser un examen de la cavité buccale.

Ceci permettrait de vérifier fréquemment l'état bucco-dentaire des patients hospitalisés dépendants. Ils pourraient dans ce cas rechercher la présence éventuelle de caries dentaires, de dents délabrées, de lésions des muqueuses ou de prothèses dentaires inadaptées.

Ces contrôles dentaires permettraient d'orienter par la suite les patients ayant besoin de soins dentaires chez des chirurgiens-dentistes.

L'idée serait de créer une vacation faisant partie entièrement du cursus de formation des chirurgiens-dentistes. Cet apprentissage ne pourrait être que bénéfique et permettrait aux jeunes praticiens de savoir effectuer des gestes de prévention de base. Les étudiants devraient se rendre régulièrement dans des services hospitaliers choisis spécifiquement.

2. Carts dentaires mobiles

Un système de carts mobiles pourrait être mis en place dans les hôpitaux avec des équipes de chirurgiens dentistes volontaires ou vacataires.

Il faudrait également pouvoir avoir à disposition le matériel nécessaire à la réalisation de soins dentaires classiques, tels que des kits d'examen comprenant sonde, précelle et miroir ; des turbines et contre-angles ; des inserts ultra-sons ; des fouloirs, spatules à bouche et spatules à ciment.

Il faudrait également pouvoir transporter le matériel consommable, dans une mallette par exemple.

Les instruments souillés pourraient être envoyé au système de stérilisation existant dans tous les hôpitaux.

Avec l'expérience, si ce système devenait performant, nous pourrions également envisager la mise en place de soins prothétiques amovibles. En effet, de nombreux patients hospitalisés ont des prothèses amovibles inadaptées, du fait d'une éventuelle perte de poids ou d'une modification de la formule dentaire. Une réhabilitation prothétique adéquate permettrait tout d'abord aux patients hospitalisés à long terme de s'alimenter correctement. Il faudrait dans ce cas avoir à disposition du matériel de prothèse amovible (matériaux à empreinte, cires, couteaux à cire, etc.). Il faudrait également travailler en collaboration avec un laboratoire de prothèse, comme par exemple le service d'Odontologie de l'hôpital d'Hautepierre de Strasbourg qui travaille en collaboration avec différents laboratoires de prothèse.



Figure 20 : Exemple de cart dentaire mobile (49)

Le cart se présente sous la forme d'un unit dentaire mobile avec tous les moteurs nécessaires aux soins dentaires (contre-angle, turbine, raccord pour ultrasons) et une seringue air et eau. Une canule d'aspiration avec une pompe peuvent être présents sur certains modèles. Ce type de dispositif contient un système de décontamination d'eau autonome. Il est monté sur quatre roues, ce qui permet des déplacements faciles dans les chambres des patients. Il est également possible de trouver ces carts mobiles de dimensions plus réduites dans des valises transportables pour les protéger.



Figure 21 : Exemple de cart dentaire mobile de taille réduite (50)

L'intervention de ces équipes mobiles se déroulerait en deux étapes : d'abord la consultation, pendant laquelle on établit un schéma dentaire.

Puis, après avoir réalisé l'état buccal de chaque patient dépendant, une planification des soins est établie et l'équipe interviendrait afin de réaliser les différents types de soins dentaires.

Ce type de système permettrait d'intervenir chez les patients hospitalisés à long terme et dépendants du personnel soignant qui ne peuvent se déplacer dans des cabinets dentaires libéraux.

3. Création de cabinets dans les centres hospitaliers

Des cabinets dentaires pourraient être créés au sein des hôpitaux et réservés aux patients hospitalisés à long terme ne pouvant pas se déplacer chez leur chirurgien-dentiste traitant.

Ce cabinet pourrait être occupé par une équipe de chirurgiens-dentistes ou d'étudiants entourés d'un sénior référent, à la manière du fonctionnement du service d'Odontologie de l'hôpital d'Hautepierre de Strasbourg.

La seule condition de la création de ces cabinets est que ces structures soient réservées aux patients hospitalisés à long terme dépendants ne pouvant se rendre chez leur chirurgien-dentiste traitant habituel.

Ces équipements pourraient également permettre aux patients ou à leur famille de faire appel à leur chirurgien-dentiste traitant qui pourrait se déplacer dans ce cabinet pour soigner leurs patients.

Il existe de telles structures dans différents services de gériatrie, par exemple au service de gériatrie Champmaillot à Dijon, où le cabinet dentaire est ouvert deux après-midi par semaine et à l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Saint-Gothard de Strasbourg.

Malheureusement, l'obstacle majeur à la création de telles structures reste le coût qui est très élevé.

4. Contrôles dentaires systématiques et réguliers

Comme nous l'avons vu précédemment, la santé bucco-dentaire des patients hospitalisés à long terme se dégrade souvent très rapidement. Ceci est lié à de nombreux facteurs, notamment la perte d'autonomie qui empêche les patients de réaliser les gestes d'hygiène quotidiens.

Il faudrait mettre en place des contrôles dentaires réguliers afin de surveiller l'état bucco-dentaire des patients. En effet ces consultations dentaires permettraient d'adresser les patients dans un service d'odontologie s'il est nécessaire de réaliser les soins dentaires ou d'effectuer un détartrage afin de maintenir la santé parodontale.

Ces contrôles dentaires réguliers pourraient être effectués par des étudiants en chirurgie-dentaire ou des chirurgiens-dentistes volontaires par exemple.

L'idéal, chez ces patients à risque de dégradation bucco-dentaire élevé, serait de faire des contrôles dentaires tous les 3 mois afin d'éviter une dégradation trop rapide de l'état bucco-dentaire. La fréquence de ces contrôles dentaires est à adapter en fonction du risque carieux. Chez des patients à risque carieux élevé, il est préconisé de faire des contrôles tous les 6 mois, or nous avons vu précédemment que les patients hospitalisés à long terme sont des patients à très haut risque. C'est pourquoi les contrôles dentaires devraient être plus fréquents (51).

5. Intervention d'hygiénistes dentaires

La profession d'hygiéniste dentaire n'est pas reconnue dans certains pays, notamment en France.

Les hygiénistes travaillent sous la supervision du chirurgien-dentiste et leur rôle est de promouvoir et maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire. Ils s'occupent également de la prophylaxie dentaire, du détartrage et peuvent appliquer des matériaux prophylactiques sur les dents (52).

Leur intervention régulière auprès des patients hospitalisés dépendants du personnel soignant permettrait de soulager les aides-soignants et infirmiers. Ils pourraient également faire de la prophylaxie et des détartrages avec les carts mobiles.

6. Motivation de la famille

Certaines familles sont très préoccupées et investies dans la santé du patient. Il pourrait être envisageable, en ciblant bien les familles, d'essayer de les investir dans l'hygiène bucco-dentaire de leur proche.

Il faudrait tout d'abord leur expliquer l'intérêt d'une bonne santé bucco-dentaire pour leur proche hospitalisé ainsi que les effets négatifs d'un mauvais état bucco-dentaire sur la qualité de vie et la santé générale.

Il faut bien cibler les familles très préoccupées de l'état de leur proche, prêtes à aider pour améliorer la santé du patient, et qui pourraient accepter qu'on leur demande un tel investissement. Il faudrait également que les proches interviennent quasi quotidiennement, donc des familles très présentes dans la vie du patient.

Pour que les familles puissent réaliser de tels actes, il faut qu'elles soient motivées. Mais il faudrait également qu'un chirurgien-dentiste puisse leur donner une formation de base. En effet, réaliser un brossage de dents chez une autre personne n'est pas aussi évident que sur soi-même.

L'intervention de la famille semble être délicate car l'implication émotionnelle est très importante. Mais ceci pourrait être une réelle avancée dans le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire chez les personnes hospitalisées à long terme et dépendantes.

7. Formation des soignants

Comme nous l'avons remarqué plus tôt après l'analyse des questionnaires destinés au personnel soignant, la majorité des individus interrogés pensait qu'une formation dédiée aux soins d'hygiène buccale pourrait être bénéfique dans leur pratique quotidienne. Certaines personnes ont en effet rapporté que la thématique des soins de bouche n'était que peu abordée au cours de la formation initiale.

Une formation complémentaire pourrait ainsi être dispensée par des chirurgiensdentistes volontaires aux aides-soignants, infirmiers ainsi qu'aux étudiants.

La formation devrait inclure l'enseignement des techniques d'hygiène bucco-dentaire de base mais également aborder le nettoyage des muqueuses, surtout lorsque le patient souffre de xérostomie et que les résidus alimentaires y adhérent beaucoup plus facilement, le nettoyage des prothèses ainsi que les situations où des bains de bouche doivent être réalisés.

Il serait également nécessaire de former les soignants à la réalisation d'un examen clinique simple de la cavité buccale afin qu'ils puissent détecter les anomalies les plus fréquemment rencontrées chez les patients hospitalisés. Les soignants devraient être capables de savoir détecter des lésions carieuses, même débutantes, des prothèses dentaires inadaptées ou des lésions des muqueuses. Même en l'absence de diagnostic précis, le simple fait que les aides-soignants et infirmiers réalisant les soins de bouche puissent rapidement détecter une anomalie éventuelle, permettrait une prise en charge beaucoup plus précoce des patients par un chirurgien-dentiste.

8. Matériel

Le matériel à disposition des aides-soignants et des infirmiers pour les soins d'hygiène buccale n'est pas toujours adapté. En effet, nous avons constaté d'après les réponses aux questionnaires que les soins de bouche sont souvent exclusivement réalisés avec des écouvillons. Cependant, ces bâtonnets peuvent être aromatisés et leur utilisation est parfois désagréable pour les patients qui dans ce cas peuvent montrer un refus de soins. De plus les bâtonnets ne permettent pas d'assurer une élimination suffisante de l'ensemble des résidus alimentaires et de la plaque dentaire. Ces écouvillons devraient être utilisés en complément et non comme unique instrument de soins de bouche.

Pour avoir un nettoyage optimal des dents, il faudrait systématiquement les brosser avec des brosses à dents à poils souples. L'utilisation de brosses à dents électriques

pourrait être encore plus bénéfique car elles sont simples d'utilisation. Cependant, les brosses à dents sont rarement fournies dans les services hospitaliers et les patients n'en ont pas toujours dans leurs affaires car l'entrée à l'hôpital est souvent précipitée.

Il se pose également la question du matériel inadapté dans les services de réanimation chez les patients intubés notamment. L'élimination des pathogènes présents dans la plaque dentaire est encore plus primordiale à cause du risque de développement de pathologies pulmonaires acquises par la ventilation mécanique (2, 3). Un protocole de soins de bouche complet a notamment été développé au service de réanimation chirurgicale du CHU Bocage de Dijon. Chaque patient a un paquet individuel complet pour 24 heures, comprenant tous les écouvillons et solutions de nettoyage qui doivent être passées toutes les 4 heures. Ce protocole comporte trois étapes qui sont réalisées en alternance : le nettoyage, le débridement et l'hydratation. Le nettoyage se fait à l'aide d'une brosse à dent compacte et d'une solution de gluconate de chlorhexidine. Le débridement est réalisé avec un écouvillon aspirant imprégné de solution au bicarbonate de sodium ; l'élimination des débris et sécrétions oraux sera facilité. Puis une solution à base de vitamine E et d'huile de noix de coco permet l'hydratation des lèvres et tissus oraux (53).



Figure 22 : Système Q-Care q4 de Sage Products (53)

Ce système reste très coûteux, mais il a permis de réduire par 10 le risque d'infection pulmonaire chez les patients intubés (53).

Toutes ces propositions permettraient d'améliorer la santé bucco-dentaire des patients hospitalisés à long terme. Cependant, elles nécessitent toutes des moyens financiers importants et leur mise en place ne semble pas toujours facile malgré les effets bénéfiques qu'elles pourraient engendrer. La solution idéale serait que des chirurgiens-dentistes vacataires (praticiens hospitaliers) soient présents dans les hôpitaux afin de prendre en charge les patients hospitalisés à long terme et dépendants du personnel soignant.

CONCLUSION

L'hospitalisation à long terme, qui peut être la conséquence d'un accident grave ou d'une pathologie systémique sévère par exemple, va souvent avoir un impact considérable sur la santé bucco-dentaire. Les personnes hospitalisées au long cours constituent en effet un groupe à haut risque de pathologies buccales du fait notamment de l'altération de leur état de santé générale. Une longue durée d'hospitalisation entraîne inévitablement une perte d'autonomie qui s'accompagne par conséquent d'un état de dépendance du patient au personnel soignant. Cette perte d'autonomie pour les soins d'hygiène quotidiens, en particulier les soins d'hygiène bucco-dentaire, peut aboutir à une dégradation de l'état bucco-dentaire, qui peut elle-même contribuer à l'aggravation de la pathologie générale. En effet, certaines infections focales comme l'endocardite infectieuse, ont parfois pour origine un foyer infectieux dentaire.

La pathologie bucco-dentaire la plus fréquemment rencontrée dans la population générale est la carie dentaire. Son incidence est accrue chez les patients hospitalisés durant une longue période. L'indice CAOD, qui est un indice combinant le nombre de Dents Cariées, Obturées et Absentes pour cause de carie dentaire, est en effet plus élevé chez ces personnes que dans la population générale.

Les pathologies parodontales, dont la fréquence est aussi augmentée chez les patients hospitalisés à long terme, sont également plus sévères.

D'autres types de lésions des muqueuses buccales peuvent être diagnostiqués, comme des lésions candidosiques, des ulcérations ou des hyperplasies gingivales. Le développement d'une partie de ces lésions est lié à l'usage de prothèses dentaires amovibles inadaptées.

L'incidence augmentée des pathologies bucco-dentaires est notamment due à l'accumulation importante de plaque dentaire chez les patients hospitalisés dépendants.

Cette accumulation de plaque est principalement liée à la perte d'autonomie des patients. Certains gestes du quotidien ne pourront en effet pas être réalisés par les patients eux-mêmes et nécessiteront l'aide du personnel soignant. Les soignants en

charge de ces soins de bouche rencontrent cependant des difficultés dans leur réalisation quotidienne. Différents facteurs tels que des contraintes de temps, un manque de connaissances ou l'aspect psychologique de l'acte peuvent être évoqués.

Nous avons cherché à déterminer le ressenti du personnel soignant et des patients hospitalisés à long terme vis à vis de la réalisation des soins de bouche et la prise en charge de la santé bucco-dentaire en général au cours de cette période grâce à deux types de questionnaire : un premier questionnaire destiné au personnel soignant d'un service d'hospitalisation à long terme et un second destiné aux patients.

Cette enquête nous a permis de mettre en évidence certaines difficultés rencontrées par le personnel soignant. En effet, seulement 46% des personnes interrogées réalisent les soins d'hygiène buccale de façon quotidienne. Le type de soin le plus couramment réalisé est le passage de bâtonnets imprégnés d'une solution antiseptique à base de chlorhexidine.

Un sentiment d'appréhension est ressenti par 39% des personnes interrogées, dont la majorité sont des étudiants en soins infirmiers et des aides-soignants.

La moitié du personnel soignant estime que des améliorations dans la pratique peuvent être apportées, notamment concernant le type de matériel utilisé et la fréquence de réalisation des soins. Une grande partie de l'échantillon s'accorde en effet sur le fait qu'ils devraient être accomplis plusieurs fois par jour.

L'enquête nous révèle par ailleurs que plus de deux tiers des soignants interrogés, en particulier les étudiants des instituts de formations en soins infirmiers et les aides soignants, sont demandeurs de formation dans le domaine de la santé buccodentaire.

Différentes suggestions ont ainsi pu être émises afin d'améliorer la santé et la prise en charge bucco-dentaire des patients hospitalisés à long terme et dépendants. Cependant, ces solutions sont très coûteuses et pas toujours aisées à mettre en place. Créer par exemple des vacations pour les étudiants en chirurgie dentaire au cours desquelles ils pourraient apporter leur aide dans la réalisation des soins

d'hygiène bucco-dentaire, mais également réaliser des examens cliniques réguliers chez ces patients, serait par exemple une solution à envisager.

Cette étude ne nous a cependant pas permis d'obtenir des réponses de la part de patients hospitalisés au long cours. En effet, sur la durée limitée de l'étude, il nous a été impossible d'interroger des patients car aucun ne satisfaisait aux critères d'inclusion fixés.

Pour approfondir l'enquête, il faudrait ainsi modifier les questionnaires et la réaliser sur une période plus longue.

Il serait intéressant d'avoir le ressenti des patients hospitalisés à long terme sur ce sujet afin d'apporter des améliorations favorables.

Il pourrait également être intéressant d'interroger des chirurgiens-dentistes afin de recueillir leur ressenti sur la santé bucco-dentaire des patients hospitalisés, leur proposition pour contribuer à son amélioration, mais également pour évaluer s'ils seraient prêts à venir dans les hôpitaux effectuer des contrôles et participer aux soins d'hygiène buccale directement au sein des services d'hospitalisation, en particulier pour assurer la continuité des soins chez leurs propres patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Persac S., Prévost R., Hardy H., Gigon S, Peron J-M.

Point actuel sur l'infection focale.

Stomatologie Chirurgicale Maxillo-Faciale. 2011; 112(6): 353-359.

DOI: 10.1016/j.stomax.2011.10.004. [En ligne]

http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035176811001586

Consulté le 26 octobre 2015.

2. Terpenning M.S, Taylor G.W, Lopatin D.E, Kinder Kerr C., Dominguez L., Loesche W.J.

Aspiration pneumonia: dental and oral risk factors in an older veteran population.

J Am Geriatr Soc. 2001; 49(5): 557-563.

DOI: 10.1046/j.1532-5415.2001.49113.x. [En ligne]

http://onlinelibrary.wiley.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/10.1046/j.1532-

5415.2001.49113.x/pdf

Consulté le 5 novembre 2015.

3. Yoneyama T., Yoshida M., Ohrui T., Mukaiyama H., Okamoto H., Hoshiba K. et al.

Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes.

J Am Geriatr Soc. 2002; 50(3): 430-433.

DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50106.x. [En ligne]

http://onlinelibrary.wiley.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/10.1046/j.1532-

5415.2002.50106.x/pdf

Consulté le 5 novembre 2015.

4. Badet C., Richard B.

Etude clinique de la carie.

Odontologie. 2003; 23-010-E-10.

Médecine buccale. 2008 ; 28-260-M-10.

DOI: 10.1016/S1283-0860(12)57132-0. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/264568/resultatrecherche/4

Consulté le 14 octobre 2015.

5. Muller-Bolla M., Courson F., Didri S.M., Viargues P.

L'odontologie préventive au quotidien.

Paris: Réussir; 2001.

6. Selwitz R.H., Ismail A.I., Pitts N.B.

Dental caries

Lancet. 2007; 369 (9555): 51-59.

DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60031-2. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pubmed/17208642

Consulté le 14 octobre 2015.

7. Lupi-Pégurier L., Bourgeois D., Muller-Bolla M.

Epidémiologie de la carie.

Médecine buccale. 2009 ; 28-260-D-10.

DOI: 10.1016/S0000-0000(09)49111-3. [En ligne]

http://www.em-consulte.com/article/20491/epidemiologie-de-la-carie-dentaire

Consulté le 4 septembre 2015.

8. El-Solh AA., Pietrantoni C., Bhat A., Okada M., Zambon J., Aquilina A., et al.

Colonization of dental plaques: A reservoir of respiratory pathogens for hospital-acquired pneumonia in institutionalized elders.

CHEST. 2004; 126(5): 1575-1582.

DOI: 10.1378/chest.126.5.1575. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-

strasbg.fr/pubmed/?term=Colonization+of+dental+plaques+%3A+A+reservoir+of+res piratory+pathogens+for+hospital-acquired+pneumonia+in+institutionalized+elders Consulté le 18 octobre 2015.

9. Carrilho Neto A., De Paula Ramos S., Sant'ana ACP., Passanezi E.

Oral health status among hospitalized patients.

Int J Dent Hygiene. 2011; 9(1): 21–29.

DOI: 10.1111/j.1601-5037.2009.00423.x. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pubmed/21226847

Consulté le 5 octobre 2014.

10. Idrees MM, S. N. Azzeghaiby, M. M. Hammad, O. B. Kujan

Prevalence and severity of plaque-induced gingivitis in a Saudi adult population.

Saudi Med J. 2014; 35(11): 1373-1377.

DOI: 10.1016/j.annrmp.2005.04.005. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362151/

Consulté le 4 décembre 2015.

11. Needleman I., Hyun-Ryu J., Brealey D., Sachdev M., Moskal-Fitzpatrick D., et al.

The impact of hospitalization on dental plaque accumulation: an observational study.

J Clin Periodontol. 2012; 39(11): 1011–1016.

DOI: 10.1111/j.1600-051X.2012.01939.x. [En ligne]

http://onlinelibrary.wiley.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/10.1111/j.1600-

051X.2012.01939.x/abstract

Consulté le 5 septembre 2015.

12. Sousa LL., e. Silva Filho WL., Mendes RF., Moita Neto JM., Prado Junior RR.

Oral health of patients under short hospitalization period : observational study.

J Clin Periodontol. 2014; 41(6): 558-563.

DOI: 10.1111/jcpe.12250. [En ligne]

http://onlinelibrary.wiley.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/10.1111/jcpe.12250/abstract Consulté le 5 septembre 2015.

13. Sachdev M., Ready D., Brealey D., Ryu J., Bercades G., Nagle J., et al.

Changes in dental plaque following hospitalisation in a critical care unit : an observational study.

Critical Care. 2013; 17(5): R189.

DOI: 10.1186/cc12878. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pmc/articles/PMC4055983/Consulté le 5 septembre 2015.

14. Terezakis E., Needleman I., Kumar N., Moles D., Agudo E.

The impact of hospitalization on oral health: a systematic review.

J Clin Periodontol. 2011; 38(7): 628-636.

DOI: 10.1111/j.1600-051X.2011.01727.x. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pubmed/21470276

Consulté le 5 septembre 2015.

15. Fourrier F., Duvivier B., H. Boutigny, M. Roussel-Delvallez, C. Chopin

Colonization of dental plaque : a source of nosocomial infections in intensive care unit patients.

Critical Care Medecine. 1998; 26(2): 301-308.

DOI: 10.1111/nicc.12119. [En ligne]

http://journals.lww.com/ccmjournal/pages/articleviewer.aspx?year=1998&issue =02000&article=00032&type=abstract

Consulté le 18 octobre 2015.

16. Munro CL., Grap MJ., Elswick RK. Jr, McKinney J., Sessler CN., Hummel III RS.

Oral health status and development of ventilator-associated pneumonia : a descriptive study.

Am J Crit care. 2006; 15(5): 453-460.

[En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pubmed/19154309 Consulté le 18 octobre 2015.

17. H. Pajukoski, J H. Meurman, S. Snellman-Gröhn, R. Sulkava

Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999; 88(4): 437-443.

DOI: 10.1016/S1079-2104(99)70058-2. [En ligne]

http://www.sciencedirect.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/science/article/pii/S1079210499700582 Consulté le 15 octobre 2014.

18. Bilder L., Yavnai N., Zini A.

Oral health status among long-term hospitalized adults: a cross sectional study.

PeerJ. 2014; 2: e423.

DOI 10.7717/peerj.423. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pubmed/24949240 Consulté le 15 octobre 2014.

19. S. Bouvet-Gerbettaz

Etude de la santé bucco-dentaire de patients hospitalisés en unité de soins gériatriques.

http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Bouvet2005.pdf

[En ligne] Consulté le 17 juillet 2015.

20. Séguier S., Nebot D., Folliguet M., Postaire M., Radoi L., Veille-Finet A.

Prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée.

EMC - Médecine buccale. 2015 ; 10(1) : 1-13

DOI: 10.1016/S1877-7864(14)51814-9. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/944410/resultatrecherche/22 Consulté le 4 septembre 2015.

21. Revol P., Devoize L., Deschaumes C., Barthélémy I., Baudet-Pommel M., Mondié JM.

Stomatologie gériatrique.

EMC – Stomatologie. 2006; 22-052-A-10.

EMC - Médecine buccale. 2008 ; 28-870-B-10, 2008. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/189447/resultatrecherche/3

Consulté le 4 septembre 2015.

22. Calas-Bennasar I., Jame O., Orti V., Gilbert P.

Classification des maladies parodontales.

EMC – Médecine buccale. 2013 ; 8(5) : 1-9

DOI: 10.1016/S1877-7864(13)54762-8. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/189340/resultatrecherche/1

Consulté le 26 octobre 2015.

23. HAS, Haute Autorité de Santé.

Parodontopathies: diagnostic et traitements. Mai 2002

[En ligne]

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies rap.pdf Consulté le 8 décembre 2015.

24. Anagnostou F., Itri Jazouli L., Cohen N., Azogui-Lévy S.

Maladies parodontales et état de santé général.

EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos. 2011 ; 7-1104.

DOI: 10.1016/S1634-6939(11)55065-3. [En ligne]

http://www.em-consulte.com/article/282800/maladies-parodontales-et-etat-desante-general

Consulté le 26 octobre 2015.

25. Prendergast V., Rahm Hallberg I., Jahnke H., Kleiman C., Hagell P.

Oral health, ventilator-associated pneumonia, and intracranial pressure in intubated patients in a neuroscience intensive care unit.

Am J Crit Care. 2009; 18(4): 368-376.

DOI: 10.4037/ajcc2009621. [En ligne]

http://ajcc.aacnjournals.org/content/18/4/368.long

Consulté le 31 octobre 2015.

26. UFSBD, Union Française de la Santé Bucco-Dentaire

Prévalence des maladies parodontales et des facteurs de risque associés.

Février 2005. [En ligne]

http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/04/Dossier-de-Presse-PARO-

2007.pdf

Consulté en ligne le 8 décembre 2015.

27. Dennesen P., Van Der Ven A., Vlasveld M., Lokker L., Ramsay G., Kessels A., et al.

Inadequate salivary flow and poor oral mucosal status in intubated intensive care unit patients.

Crit Care Med. 2003; 31(3): 781-786.

DOI: 10.1097/01.CCM.0000053646.04085.29. [En ligne]

 $\underline{http://journals.lww.com/ccmjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2003\&issue}$

=03000&article=00019&type=abstract

Consulté le 26 octobre 2015

28. Pierrard L., Braux J., Chatté F., Jourdain ML., Svoboda JM.

Etiopathogénie des maladies parodontales.

EMC - Médecine buccale. 2015 ; 10(1) : 1-8.

DOI: 10.1016/S1877-7864(14)66241-8. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/947918/resultatrecherche/1

Consulté le 26 octobre 2015.

29. Patil S., Doni B., Maheshwari S.

Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in a geriatric Indian population.

Can Geriat J. 2015; 18(1): 11-14.

DOI: <u>10.5770/cgj.18.123</u>. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pmc/articles/PMC4376224/

Consulté le 31 octobre 2015.

30. Jainkittivong A., Aneksuk V., Langlais RP.

Oral mucosal conditions in elderly dental patients.

Oral Diseases. 2002; 8(4): 218-223.

DOI: 10.1034/j.1601-0825.2002.01789.x. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pubmed/12206403

Consulté le 30 octobre 2015.

31. Mujica V., Rivera H., Carrero M.

Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population.

Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008; 13(5): E270-4. [En ligne]

http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv13 i5 p270.pdf

Consulté le 31 octobre 2015.

32. Espinoza I., Rojas R., Aranda W., Garmonal J.

Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile.

J Oral Pathol Med. 2003; 32(10): 571-575.

DOI: 10.1034/j.1600-0714.2003.00031. [En ligne]

http://onlinelibrary.wiley.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/10.1034/j.1600-

0714.2003.00031.x/epdf

Consulté le 31 octobre 2015.

33. Zarei Mahmoudabadi A., Rezaei-Matehkolaei A., Navid M., Torabizadeh M., Mazdarani S.

Colonization and antifungals susceptibility patterns of Candida species isolated from hospitalized patients in ICUs and NICUs.

J. Nephropathol. 2015; 4(3): 77-84.

DOI: 10.12860/jnp.2015.15. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pmc/articles/PMC4544558/Consulté le 9 octobre 2015.

34. Annales de Dermatologie et Veneréologie

Infections cutanéo-muqueuses à Candida albicans.

Module trandisciplinaire 7 : Santé et environnement, maladies transmissibles.

[En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/187833/resultatrecherche/5 Consulté le 29 octobre 2015.

35. AGBO-GODEAU S., Guedj A.

Mycoses buccales.

EMC Stomatologie. 2005; 22-045-M-10.

Médecine buccale. 2008 ; 28-280-M-10.

DOI: 10.1016/S1283-0852(05)35759-4. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/189347/resultatrecherche/1

Consulté le 16 décembre 2015.

36. Bibliothèque personnelle du Dr. BAHI-GROS

37. Beauvillain de Montreuil C., Tessier MH., Billet J.

Pathologie bénigne de la muqueuse buccale.

EMC Oto-rhino-laryngologie. 2012; 7(1): 1-21.

DOI: 10.1016/S0246-0351(12)55933-7. [En ligne]

http://www.em-consulte.com/article/686298/pathologie-benigne-de-la-

muqueuse-buccale

Consulté le 29 octobre 2015.

38. Boschin F., Boutigny H., Delcourt-Debruyne E.

Maladies gingivales induites par la plaque.

EMC – Médecine buccale. 2008 ; 1(4) : 462-480.

DOI: <u>10.1016/j.emcden.2004.02.005</u>. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/showarticlefile/189342/28-

53424.pdf

Consulté le 17 décembre 2015

39. http://www.eid-paris.com

Dermatologie - Dermatologie buccale - série 4

http://www.eid-paris.com/dermatologie/dermatologie-buccale-4 1.htm

[En ligne]

Consulté le 5 janvier 2016

40. Poisson P., Laffond T., Campos S., Dupuis V., Bourdel-Marchasson I.

Association dénutrition, état bucco-dentaire et trouble de la déglutition en service médecine gériatrique.

Nutrition clinique et métabolisme. 2009 ; 23(1) : 23.

DOI: NUTCLI-11-2009-23-S1-0985-0562-101019-200907324. [En ligne]

http://www.em-consulte.com/en/article/234099

Consulté le 5 septembre 2015.

41. Muster D., Valfrey J., Kuntzmann H.

Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie.

EMC Stomatologie/Odontologie. 2003; 1(3): 175-192.

DOI: <u>10.1016/j.emcsto.2005.07.001</u>. [En ligne]

http://www.em-consulte.com/article/31238/m%C3%A9dicaments-

psychotropes-en-stomatologie-et

Consulté le 4 septembre 2015.

42. Ramon T., Grinshpoon A., Zusman SP., Weizman A.

Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel.

European Psychiatry. 2003; 18(3): 101–105.

DOI: 10.1016/S0924-9338(03)00023-3. [En ligne]

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pubmed/12763294

Consulté le 15 octobre 2014.

43. www.vidal.fr

44. Pirnay P., Folliguet M.

Soins dentaires aux personnes âgées dépendantes.

Soins gérontologie. 2013 ; 18(104) : 16-19.

DOI: 10.1016/j.sger.2013.09.014. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/849948/resultatrecherche/1

Consulté le 10 novembre 2015.

45. Guiliano C.

Maintenir et/ou restaurer l'hygiène bucco-dentaire.

Soins gérontologie. 2006 ; 11(61) : 39-41.

DOI: SGER-10-2006-00-61-1268-6034-101019-200607580. [En ligne]

http://www.em-consulte.com/en/article/85097

Consulté le 10 novembre 2015.

46. Benaim C., Froger J., Compan B., Pélissier J.

Evaluation de l'autonomie de la personne âgée.

Annales de réadaptation et de médecine physique. 2005; 48(6): 336-340

DOI: 10.1016/j.annrmp.2005.04.005. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/34269/resultatrecherche/2 Consulté le 4 septembre 2015.

47. Joué S.

Le soin de bouche, un lien avec la vie.

Soins gérontologie. 2006 ; 61 : 42-43.

DOI: SGER-10-2006-00-61-1268-6034-101019-200607581. [En ligne] http://www.em-consulte.com/article/85098/article/le-soin-de-bouche-un-lien-avec-la-vie

Consulté le 10 novembre 2015.

48. Pesci-Bardon C., Prêcheur I.

Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé bucco-dentaire.

EMC Médecine buccale. 2010 ; 28-915-M-10.

DOI: 10.1016/S0000-0000(10)54426-7. [En ligne]

http://www.em-consulte.com/article/264991/conduites-addictives-tabac-alcoolpsychotropes-et-

Consulté le 4 septembre 2015.

49. www.medicalexpo.fr

Produits – Cabinets dentaires – porte-instrument pour unité dentaire – BPR Swiss [En ligne]

http://www.medicalexpo.fr/prod/bpr-swiss/product-71456-468600.html Consulté le 4 janvier 2016.

50. www.s2mdentaire.com

Dentaire - Fauteuils, units, sièges – Units mobiles autonomes – NSK DentalOne Plug and Play [En ligne]

http://www.s2mdentaire.com/dentaire/fauteuils---units---sieges/units-mobiles-autonomes/nsk-dentalone-plug-and-play-668.xhtml

Consulté le 26 janvier 2016.

51. Muller-Bolla M., Vital S., Joseph C., Lupi-Pégurier L., Blanc H., Courson F.

Risque de carie individuel chez les enfants et adolescents : évaluation et conduite à tenir.

EMC Médecine buccale. 2012 ; 28-720-V-30.

DOI: 10.1016/S0000-0000(12)54420-7. [En ligne]

http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/showarticlefile/670939/28-

54420 plus.pdf

Consulté le 26 janvier 2016.

52. www.cnsd.fr

Hygiéniste en France : quels avantages pour la santé publique. 25 juin 2015 [En ligne]

http://www.cnsd.fr/actualite/news/1397-hygieniste-en-france-quels-avantages-pour-la-sante-publique

Consulté le 3 janvier 2016.

53. www.sageproducts.com

Products – Oral hygiene [En ligne]

http://sageproducts.com/product-oral-hygiene/

Consulté le 4 janvier 2016

JULIEN Clémence – Patients hospitalisés à long terme et santé bucco-dentaire : point de vue de l'équipe soignante.

(Thèse: 3^{ème} cycle Sci. odontol.: Strasbourg: 2016; N°10)

N°43.22.16.10.

Résumé:

L'hospitalisation à long terme peut avoir une répercussion importante sur la santé bucco-dentaire. Les personnes hospitalisées durant une longue période constituent en effet un groupe à haut risque de pathologies buccales du fait notamment de l'altération de leur état de santé générale. L'hospitalisation à long terme conduit à une perte d'autonomie et est souvent caractérisée par une dépendance du patient au personnel soignant. Cette perte d'autonomie pour les soins d'hygiène quotidiens peut s'accompagner d'une dégradation de l'état bucco-dentaire qui peut conduire à une aggravation de la pathologie générale. Les soins d'hygiène bucco-dentaire doivent ainsi avoir la même priorité que les soins d'hygiène corporelle. Différents facteurs permettent cependant d'expliquer les difficultés rencontrées par l'équipe soignante dans la réalisation de ces soins de bouche quotidiens (contraintes de temps, manque de connaissances, aspect psychologique de l'acte...).

Dans une première partie de notre travail, nous détaillerons les différents facteurs pouvant expliquer l'altération de l'état bucco-dentaire qui est fréquemment associée à l'hospitalisation à long terme.

Une seconde partie sera consacrée à l'élaboration d'un questionnaire destiné d'une part au personnel soignant d'un service d'hospitalisation à long terme et d'autre part aux patients afin de tenter de mettre en évidence le ressenti des patients quand à la prise en charge de la santé bucco-dentaire et les difficultés rencontrées par l'équipe soignante.

Les données obtenues à travers cette enquête nous permettrons dans une troisième partie d'émettre différentes propositions visant à optimiser le quotidien du personnel soignant ainsi que celui des patients hospitalisés à long terme.

Rubrique de classement : Santé publique

<u>Mots clés</u> : dépendance – enquête – hospitalisation – long terme – santé bucco-dentaire – soins

de bouche

Me SH: dependency - survey - hospitalization - oral health - long term care - oral hygiene

Jury:

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Professeur MANIERE Marie-Cécile

<u>Docteur JUNG Sophie</u> Docteur OFFNER Damien Docteur AHOSSI Victorin

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale : Clémence JULIEN 10 rue des pruniers 67190 GRESSWILLER

Adresse de messagerie : clemence.julien@wanadoo.fr