



HAL
open science

L'environnement médico-social des personnes âgées institutionnalisées et son influence sur leur hygiène et leur santé orale : préparation d'un outil numérique sur ce thème

Carmen Coignard

► To cite this version:

Carmen Coignard. L'environnement médico-social des personnes âgées institutionnalisées et son influence sur leur hygiène et leur santé orale : préparation d'un outil numérique sur ce thème. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02139200

HAL Id: dumas-02139200

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02139200>

Submitted on 24 May 2019

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

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

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée par

Carmen Coignard

née le 20 décembre 1988 à Rennes

**L'environnement
médico-social des
personnes âgées
institutionnalisées
et son influence sur
leur hygiène et leur
santé orale.
Préparation d'un
outil numérique sur
ce thème.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 2 juillet 2018**

devant le jury composé de :

Dr Guy CATHELINEAU

PU-PH à l'Université de Rennes 1 / *Président*

Dr Hervé PRIGENT

MCU-PH à l'Université de Rennes 1 / *Directeur de
thèse*

Dr Anne DAUTEL

MCU-PH à l'Université de Rennes 1 / *Juge*

Dr Antoine COUATARMANACH

AHU à l'Université de Rennes 1 / *Juge*

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée par

Carmen Coignard

née le 20 décembre 1988 à Rennes

**L'environnement
médico-social des
personnes âgées
institutionnalisées
et son influence sur
leur hygiène et leur
santé orale.
Préparation d'un
outil numérique sur
ce thème.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 2 juillet 2018**

devant le jury composé de :

Dr Guy CATHELINEAU

PU-PH à l'Université de Rennes 1 / *Président*

Dr Hervé PRIGENT

MCU-PH à l'Université de Rennes 1 / *Directeur de
thèse*

Dr Anne DAUTEL

MCU-PH à l'Université de Rennes 1 / *Juge*

Dr Antoine COUATARMANACH

AHU à l'Université de Rennes 1 / *Juge*

Section 56 : Développement, croissance et prévention

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale :

Discipline Odontologie pédiatrique

| | |
|----------------------------|--|
| SIXOU Jean-Louis | <i>Professeur des universités</i> |
| MARIE-COUSIN Alexia | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| LARADH Imen | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |

Discipline Orthopédie dento-faciale

| | |
|----------------------|--|
| SOREL Olivier | <i>Professeur des universités</i> |
| BREZULIER Damien | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| ALLEREAU Béatrice | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| NAAIM Mohamed | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |

Sous-section 56-02 Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale

| | |
|-------------------------------|--|
| BERTAUD-GOUNOT Valérie | <i>Professeur des universités</i> |
| PRIGENT Hervé | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| COUATARMANACH Antoine | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |

Section 57 : Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale

Sous-section 57-01 Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale :

Discipline Chirurgie orale

| | |
|------------------------------|--|
| LEJEUNE-CAIRON Sophie | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| LIMBOUR Patrick | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| BADER Gérard | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| DULONG Arnaud | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| DERRIEN Anthony | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| FAU Victor | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |

Discipline Parodontologie

| | |
|-----------------------|--|
| JEANNE Sylvie | <i>Professeur des universités</i> |
| BOLLE Caroline | <i>Maître de conférences associé des universités</i> |
| SOENEN Anne-Hélène | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| NOVELLO Solen | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |

Discipline Biologie orale

| | |
|--------------------------------|--|
| BONNAURE-MALLET Martine | <i>Professeur des universités</i> |
| MARTIN Bénédicte | <i>Professeur associé des universités</i> |
| MEURIC Vincent | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| BOYER Emile | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| CHATHOTH Kanchana | <i>Assistant associé universitaire</i> |

Section 58 : Réhabilitation orale :

Sous-section 58-01 Dentisterie restauratrice, endodontie, prothèses, fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux :

Discipline Dentisterie restauratrice, endodontie

| | |
|-------------------------|--|
| DAUTEL Anne | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| LE GOFF Anne | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| TURPIN Yann-Loïg | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| PERARD Matthieu | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| LE CLERC Justine | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| BINET Sophie | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| VO VAN Thomas | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| LE MOUROUX Rozenn | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |

Discipline Prothèses

| | |
|-------------------------|--|
| BEDOUIN Yvan | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| CHAUVEL Brice | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| RAVALEC Xavier | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| POIRIER Charles-Edouard | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| VASLIN Marc | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| PERRIGAULT Sébastien | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| SAINT-ETIENNE Clothilde | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |
| GOUBIN William | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |

Discipline Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

| | |
|---------------------------------|--|
| CATHELINAU Guy | <i>Professeur des universités</i> |
| CHAUVEL-LEBRET Dominique | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| MEARY Fleur | <i>Maître de conférences des universités</i> |
| MELOU Caroline | <i>Assistant hospitalier universitaire</i> |

Enseignants autres sections

Section 41 - Sciences biologiques

| | |
|--------------------------------|--|
| TAMANAI-SHACOORI Zohreh | <i>Maître de conférences des universités</i> |
|--------------------------------|--|

Section 64-65 – Biochimie et biologie moléculaire, biologie cellulaire

| | |
|----------------------------------|--|
| GAUTIER-COURTEILLE Carole | <i>Maître de conférences des universités</i> |
|----------------------------------|--|

À Monsieur Guy CATHELINÉAU, président de jury,

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du pôle Odontologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Rennes

Je vous prie de recevoir mes remerciements les plus respectueux pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

Je vous remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir donné l'autorisation de mener ce projet à terme. Je vous remercie d'avoir usé de votre temps personnel et de vous être installé confortablement dans votre fauteuil pour juger de la qualité de la première partie de mon travail. Je vous remercie pour vos sincères félicitations sur mon travail de recherche et sur mes illustrations et tableaux.

Permettez-moi de vous offrir l'assurance de mon éternelle reconnaissance pour votre intervention et votre bienveillance à mon égard, sans lesquelles j'aurais perdu tout espoir de devenir chirurgien-dentiste.

À Monsieur Hervé PRIGENT, directeur de thèse,

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Maître des conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Je vous prie de recevoir mes remerciements les plus respectueux pour m'avoir fait l'honneur de diriger et de juger mon travail.

Je vous remercie chaleureusement pour m'avoir offert l'opportunité de mener ce projet sous votre direction. Ce travail de recherche a donné un sens à mon avenir professionnel. Je vous remercie sincèrement de vos encouragements, vos sincères compliments, et vos tentatives humoristiques pour me redonner le sourire quand vous ressentiez mon état de stress et de désespoir. Enfin, je vous remercie pour m'avoir accordé si régulièrement de votre temps personnel afin de suivre l'avancée de mon travail, sans quoi je n'aurais jamais pu mener ce projet à terme.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

À Madame Anne DAUTEL, juge

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Maître des conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Doyen de la Faculté d'Odontologie de Rennes

Je vous prie de recevoir mes remerciements les plus respectueux pour m'avoir fait l'honneur de juger mon travail.

Je vous remercie chaleureusement de votre bonté à mon égard, et de vous être montrée si enthousiaste à l'idée de lire mon travail et de faire partie du jury. Je vous remercie pour m'avoir offert de votre temps personnel pour prendre de mes nouvelles, et pour que je vous parle de mon sujet de thèse. Enfin, je vous remercie de m'avoir soutenu en 2013 lorsque j'ai eu un coup dur avec mon premier maître de stage actif.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

À Monsieur Antoine COUATARMANACH, juge,

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Assistant Hospito-Universitaire

Je te prie de recevoir mes remerciements les plus respectueux pour m'avoir fait l'honneur de juger mon travail.

Je te remercie de t'être montré si enthousiaste face à ce projet, et à l'idée de lire mon travail et de faire partie du jury. J'espère que nous aurons l'occasion de mener de concert un programme de prévention et de promotion de la santé orale pour les personnes à besoins spécifiques en santé orale.

À ma maman Isabelle, à mon papa Thierry, à ma sœur Tiphaine. Je vous remercie pour tout, tout, tout. Je suis si fière de vous. Je vous aime. Sans vous, rien n'aurait été possible et rien ne l'est.

À mon frère Adrien. Je te dédie cette thèse. J'ai été aussi rebelle que tu aurais aimé que je le sois. Je sais que tu étais à côté de moi chaque seconde. Je t'aime. Tu me manques tellement.

À Vincent,

À Isabelle B., Irène G., Michèle HL.,

À mes amies et amis de la fac Caroline, Céline B., Céline DP., Jérémie, Julie LB, Lucie L., My Phuong, Pauline S, Ségolène, Sophie, Tiphaine, Valentine.

À Aurélien, Mat'surf, Thomas G et Camille, Steffie, Valère.

À mon chirurgien-dentiste et ami, Marie-Joseph Dautel.

«Je certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon compte des propos, citations, ou illustrations
déjà publiés»

Table des matières

| | |
|--|----|
| Liste des abréviations..... | 5 |
| Introduction..... | 8 |
| 1. Contexte..... | 11 |
| 1.1. Profil de la population âgée institutionnalisées..... | 11 |
| 1.2. Besoin d'accompagnement dans la maîtrise du risque d'altération de la santé orale..... | 15 |
| 1.2.1. Risque d'altération de la santé orale..... | 15 |
| 1.2.1.1. Lié aux limitations fonctionnelles..... | 15 |
| 1.2.1.2. Lié aux affections systémiques et à leurs thérapeutiques..... | 21 |
| 1.2.2. Majoration réciproque des risques d'altération de la santé orale et générale..... | 23 |
| 1.2.2.1. Causes et conséquences individuelles des troubles de santé orale courants..... | 23 |
| 1.2.2.2. Interdépendance entre les troubles de santé orale et générale..... | 30 |
| 1.3. Accompagnement de proximité des personnes âgées institutionnalisées dans la maîtrise de leur risque d'altération de la santé orale..... | 34 |
| 1.3.1. Règles hygiéno-diététiques pour une bonne santé orale..... | 34 |
| 1.3.2. Gestion institutionnelle du risque d'altération de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées..... | 35 |
| 1.3.2.1. Démarche de gestion du risque d'altération de la santé orale..... | 36 |
| 1.3.2.1.1. Démarche préventive..... | 36 |
| 1.3.2.1.2. Démarche corrective..... | 44 |
| 1.3.2.2. Répartition des tâches au sein des personnels de proximité et de coordination..... | 45 |
| 1.3.3. Synthèse de la partie 1.3..... | 48 |
| 2. Matériel et méthode..... | 52 |
| 2.1. Présentation du projet..... | 52 |
| 2.1.1. Objectifs..... | 52 |
| 2.1.2. Cahier des charges..... | 53 |
| 2.1.2.1. Forme..... | 53 |
| 2.1.2.2. Contenu..... | 55 |
| 2.1.3. Méthode..... | 56 |
| 2.2. Présentation du travail à réaliser dans le cadre de cette thèse..... | 58 |
| 2.2.1. Objectifs..... | 59 |
| 2.2.2. Méthode..... | 59 |
| 3. Résultats..... | 61 |
| 3.1. Revue de littérature..... | 61 |
| 3.1.1. Besoin d'information en santé orale du personnel de proximité..... | 61 |
| 3.1.1.1. Les besoins de prévention et de soins bucco-dentaires chez les personnes âgées institutionnalisées, témoins du besoin d'information en santé orale du personnel de proximité..... | 61 |
| 3.1.1.2. L'écart entre les pratiques d'hygiène bucco-dento-prothétique observées et recommandées, et le manque de connaissances en santé orale du personnel de proximité..... | 64 |
| 3.1.2. Ressources similaires existantes sur ce sujet (en langue française)..... | 66 |
| 3.1.2.1. Protocoles d'accompagnement pour l'accomplissement des soins de santé orale..... | 66 |
| 3.1.2.2. Vidéos de démonstration de l'accompagnement de proximité de la personne pour l'accomplissement de ses soins de santé orale..... | 68 |
| 3.1.2.3. Ressources pédagogiques existantes traitant de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées et de l'accompagnement institutionnel de leur santé orale..... | 70 |
| 3.1.3. Analyse de la littérature pour satisfaire aux exigences du cahier des charges..... | 72 |

| | |
|--|-----|
| 3.1.3.1. Revue de littérature sur les soins d'hygiène bucco-dento-prothétique..... | 72 |
| 3.1.3.2. Revue de littérature sur les diagnostics infirmiers « Impaired dentition », « Impaired oral mucous membrane », et « Risk for impaired oral mucous membrane ».... | 78 |
| 3.2. Préparation à l'élaboration de l'outil..... | 81 |
| 3.2.1. Identification du contenu pédagogique..... | 81 |
| 3.2.2. Définition des modules essentiels du niveau I et II..... | 86 |
| 3.2.2.1. Modules du niveau I..... | 86 |
| 3.2.2.2. Modules de niveau II..... | 87 |
| 4. Discussion..... | 88 |
| 4.1. Intérêts de l'outil / de la méthode..... | 88 |
| 4.2. Limites de l'outil / de la méthode..... | 93 |
| Conclusion..... | 97 |
| Annexe 1. Cadre conceptuel..... | 99 |
| Annexe 2. Institutions hébergeant des personnes âgées..... | 104 |
| Annexe 3. Distribution des pathologies des personnes âgées institutionnalisées en EHPAD et en logement-foyer..... | 111 |
| Annexe 4. Répartition des adultes handicapés institutionnalisés par type de déficience, selon le type d'institution..... | 112 |
| Annexe 5. Niveau d'autonomie des personnes âgées institutionnalisées selon leurs troubles invalidants..... | 113 |
| Annexe 6. Revue de littérature pour définir la méthode d'élaboration de notre projet..... | 115 |
| Bibliographie..... | 123 |

Index des illustrations

| | |
|---|----|
| Illustration 1: Distribution (en %) des pathologies des résidents en EHPAD et en logement-foyer, au 31/12/2011 (Source : Enquête EHPA 2011)..... | 13 |
| Illustration 2: Distribution (en %) des affections chroniques invalidantes chez les résidents en EHPAD et en logement-foyer, au 31/12/2011 (Source: enquête EHPA 2011)..... | 14 |
| Illustration 3: Liens de cause à effet entre les troubles de santé orale et générale chez la personne âgée polypathologique..... | 33 |
| Illustration 4: Accompagnement institutionnel des personnes âgées institutionnalisées dans la maîtrise de leur risque d'altération de la santé orale..... | 50 |
| Illustration 5: Interventions institutionnelles permettant de maîtriser le risque d'altération de la santé orale de la personne âgée institutionnalisée, et le risque d'altération de la santé générale lié à une mauvaise santé orale..... | 51 |
| Illustration 6: Protocole d'accompagnement de proximité de la santé orale de la personne âgée institutionnalisée avec l'utilisation de la classification des diagnostics infirmiers NANDA-International..... | 79 |

Index des tableaux

| | |
|--|-----|
| Tableau 1: Impact des symptômes des démences sur la possibilité d’accomplissement des activités nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé orale..... | 17 |
| Tableau 2: Impact des séquelles d’AVC sur la possibilité d’accomplissement des activités nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé orale..... | 19 |
| Tableau 3: Impact de la maladie de Parkinson sur la possibilité d’accomplissement des activités nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé orale..... | 20 |
| Tableau 4: Facteurs de risque et conséquences de la xérostomie, de l’instabilité prothétique, de la candidose oro-pharyngée, des caries, des parodontites et de la dysphagie oro-pharyngée chez les personnes âgées polypathologiques..... | 24 |
| Tableau 5: Résultats de la revue de littérature de Felton et al sur les modalités d’entretien des prothèses dentaires amovibles complètes (traduction personnelle)..... | 77 |
| Tableau 6: Facteurs de risque d’altération des dents et de la muqueuse buccale selon l’Association NANDA-International..... | 80 |
| Tableau 7: Savoirs utiles pour assurer la fonction d’accompagnement de proximité de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées..... | 81 |
| Tableau 8: Caractéristiques des personnes âgées classées dans les groupes GIR 1 à 4 de la grille AGGIR..... | 101 |
| Tableau 9: Distribution (en %) des pathologies des résidents en EHPAD et en Logement-Foyer au 31/12/2011 (Source : Enquête EHPA 2011)..... | 111 |
| Tableau 10: Répartition (en %) des adultes handicapés institutionnalisés par type de déficience, selon le type d’institution, au 31/12/2014 (Source : Enquête ES Handicap 2014)..... | 112 |
| Tableau 11: Niveau d’autonomie des personnes âgées institutionnalisées selon leurs troubles invalidants..... | 113 |
| Tableau 12: Recommandations issues du guide de l’Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l’élaboration d’un guide de bonnes pratiques..... | 115 |
| Tableau 13: Recommandations issues du guide de la HAS pour l’élaboration d’un document écrit d’information à l’intention des patients et usagers du système de santé..... | 117 |
| Tableau 14: Recommandations issues du guide de la HAS pour la conception d’une formation ouverte et à distance dans le monde de la santé..... | 119 |
| Tableau 15: Recommandations issues du guide de la FAO pour concevoir et élaborer des cours d’apprentissage numérique..... | 120 |
| Tableau 16: Référentiel de l’INPES sur les critères de qualité des outils d’intervention en éducation pour la santé..... | 121 |

Liste des abréviations

| | |
|----------------|--|
| ADF | Association Dentaire Française |
| AES | Accompagnant Éducatif et Social |
| AFSSA | Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments |
| AGGIR | Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources |
| AGIRC-ARCCO | Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres et Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés |
| AMP | Aide Médico-Psychologique |
| ANAES | Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé |
| APA | Allocation Personnalisée Autonomie |
| ARLIN du CCLIN | Antenne Régionale du Centre de Coordination de Lutte contre les infections Nosocomiales |
| AS | Aide-Soignant |
| ASG | Assistant de Soins en Gérontologie |
| ASH | Agent de Service Hospitalier |
| ARLIN | Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| AVC | Accident Vasculaire Cérébral |
| AVQ | Actes de la Vie Quotidienne |
| AVS | Auxiliaire de Vie Sociale |
| BDP | Bucco-Dento-Prothétique |
| BOHSE | Brief Oral Health Status Examination |
| BSDH | British Society for Disability and oral Health |
| BSG | British Society of Gerodontology |
| CA | Capacité Autorisée |
| CASF | Code de l'Action Sociale et des Familles |
| CCLIN | Centre de Coordination des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| CDAPH | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées |
| CDES | Commission Départementale de l'Éducation Spéciale |
| CESBV | Centre d'Excellence pour la Santé Bucco-dentaire et le Vieillissement |
| CG | Conseil Général |
| CISI | Classification des Interventions de Soins Infirmiers |

| | |
|---------|--|
| CNSA | Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie |
| COTOREP | Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel |
| CPOM | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens |
| CSO | Correspondant en Santé Orale |
| CSP | Code de Santé Publique |
| DAS | Direction des Affaires Scientifiques |
| DGAS | Direction Générale de l'Action Sociale |
| DGOS | Direction Générale de l'Offre de Soins |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DREES | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques |
| EHPAD | Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes |
| ES | Éducateur Spécialisé |
| ESAT | Établissements et Services d'Aide par le Travail |
| FAM | Foyer d'Accueil Médicalisé |
| FAP | Foyer d'Accueil Polyvalent |
| FINESS | Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux |
| FO/FV | Foyer Occupationnel/Foyer de Vie |
| GHAM | Groupement Hospitalier Aube Marne |
| GIR | Groupes Iso-Ressources |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| IDE | Infirmier Diplômé d'État |
| IFSI | Institut de Formation en Soins Infirmiers |
| IGAS | Inspection Générale des Affaires Sociales |
| INPES | Institut National de Promotion et d'Éducation pour la Santé |
| INSEE | Institut National de la Statistique et des Études Économiques |
| MAS | Maison d'Accueil Spécialisé |
| ME | Moniteur-Éducateur |
| NANDA | North American Nursing Diagnosis Association |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| NOC | Nursing Outcomes Classification |
| OAG | Oral Assessment Guide |
| OHAT | Oral Assessment Tool |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |

| | |
|--------|--|
| ONCD | Ordre National des Chirurgiens-Dentistes |
| PAI | Personnes Âgées Institutionnalisées |
| PAO | Publication Assistée par Ordinateur |
| PASA | Pôle d'Activités et de Soins Adaptés |
| PAVM | Pneumonie Acquise sous Ventilation Mécanique |
| PHE | Public Health England |
| PNNS | Plan National Nutrition Santé |
| PSD | Prestation Spécifique Dépendance |
| PUV | Petite Unité de Vie |
| RASP | Réseau Alsacien de Soins Palliatifs |
| RéGéCA | Réseau Gériatrique de Champagne-Ardenne |
| RFCLIN | Réseau Franc-Comtois de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| RNAO | Registered Nurses' Association of Ontario |
| ROAG | Revised Oral Assessment Guide |
| SAAD | Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile |
| SNS | Stratégie Nationale de Santé |
| SOHDEV | Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité |
| SCPD | Symptômes Comportementaux et Psychologiques des Démences |
| SFAP | Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs |
| SFOP | Société Française d'Odontologie Pédiatrique |
| SFGG | Société Française de Gériatrie et Gérontologie |
| SPASAD | Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile |
| SSIAD | Service de Soins Infirmiers A Domicile |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation |
| UFSBD | Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire |
| UGECAM | Union de Gestion des Centres d'Assurance Maladie |
| UHR | Unité d'Hébergement Renforcé |
| USLD | Unités de Soins de Longue Durée |
| USSRG | Unités de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique |

Introduction

Les personnes âgées dépendantes institutionnalisées constituent un groupe à haut risque individuel d'altération de la santé orale lié à leur état de santé générale [1-9]. Ce risque est pour partie lié à leurs affections chroniques invalidantes qui réduisent la possibilité d'accomplir les soins d'hygiène bucco-dento-prothétique, et qui peuvent compromettre le suivi bucco-dento-prothétique auprès d'un chirurgien-dentiste. L'accompagnement de la personne âgée institutionnalisée dans la maîtrise de son risque d'altération de la santé orale est le fruit d'interactions complexes entre différents intervenants, tels que le chirurgien-dentiste, les familles et le personnel de proximité. Dans le cadre de ce travail, c'est à ce dernier que nous nous intéressons.

De nombreuses enquêtes épidémiologiques et audits cliniques témoignent de l'existence d'un besoin d'information en santé orale de sa part. Il peut être :

- explicite non exprimé, eu égard à l'existence d'importants besoins en prévention et soins bucco-dentaires non couverts chez les personnes institutionnalisées dans les structures d'hébergement dédiées aux personnes âgées dépendantes [10-20]. Leur existence peut être expliquée par un manque de compétences en santé orale du personnel de proximité.

- implicite non exprimé, eu égard à l'écart entre les pratiques observées et celles recommandées [21-23] ;

- implicite exprimé, eu égard aux propos du personnel de proximité [12,13,17] et aux propos des directeurs de ces institutions [14-16,18,19], qui déclarent que le défaut de qualité d'accompagnement de proximité de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées est majoritairement dû au manque de formation en santé orale du personnel de proximité ;

- explicite exprimé, eu égard à la demande d'information/de formation en santé orale du personnel soignant [11-14,17,19], et à sa demande de protocoles de soins de santé orale [13,17,19].

Les résultats de ces enquêtes justifient la mise en œuvre d'interventions de prévention et de promotion pour la santé orale des personnes âgées institutionnalisées centrées sur le développement des compétences en santé orale du personnel de proximité. Cette mise en œuvre apparaît d'autant plus justifiée lorsqu'on prend connaissance des enjeux de la santé orale chez les personnes âgées institutionnalisées : d'après les données issues de la littérature, l'altération de la santé orale peut avoir des incidences majeures sur la santé générale et la qualité de vie des personnes âgées

[1,24,25]. En effet, de plus en plus d'études montrent que les pathologies bucco-dentaires à manifestation inflammatoire – associées à l'excès de plaque dentaire dans la cavité buccale – sont impliquées dans la genèse et/ou l'entretien de maladies des appareils respiratoire et circulatoire, de maladies infectieuses, endocriniennes et du système nerveux [2-5,26-35]. De surcroît, l'altération de la santé orale peut générer des douleurs physiques, un malaise psychologique, une incapacité psychologique liée à l'apparence des dents ou des prothèses dentaires, un handicap social, et un handicap oral lié à des limitations fonctionnelles (mastication, déglutition, élocution, gustation, etc.) [36]. Or, toutes ces conséquences accroissent le risque de dénutrition protéino-énergétique, et par là-même de ses complications [6,7,37]. Par ce biais, l'altération de la santé orale contribue au déclin fonctionnel.

La formation en santé orale du personnel de proximité constitue une stratégie pertinente pour améliorer la santé orale des personnes âgées institutionnalisées. Néanmoins, des études rapportent que si cette formation atteint immédiatement et à moyen terme les résultats escomptés (satisfaction du personnel formé, amélioration de ses connaissances en santé orale et de ses pratiques d'accompagnement, et réduction des besoins en santé orale des résidents), la qualité des pratiques d'accompagnement décline systématiquement à long terme [38,39]. En effet, pour maintenir voire parfaire ses compétences en santé orale, le personnel de proximité devrait se tenir régulièrement informé sur ce thème. Or, la surcharge de travail propre au secteur gériatrique constitue une entrave permanente à la recherche documentaire personnelle. De surcroît, cette tâche est laborieuse, en raison d'une part du nombre conséquent d'informations et de recommandations obsolètes, confuses, ou incomplètes disponibles en accès libre sur Internet, et d'autre part du mauvais référencement de celles qui sont validées scientifiquement ou de bonne qualité sur le plan du contenu.

Pour soutenir le personnel de proximité dans cette démarche, nous avons jugé opportun d'élaborer à son intention un outil numérique pédagogique et pratique qui rassemble les informations utiles pour : accompagner une personne âgée institutionnalisée dans l'accomplissement de ses soins d'hygiène bucco-dento-prothétique en fonction de ses besoins et de ses attentes ; repérer un état pathologique bucco-dentaire ; et intervenir en conséquence. Cet outil a vocation à être utilisé seul, ou en groupe dans le cadre d'une formation en santé orale « de terrain », pour potentialiser les effets d'une formation continue en santé orale traditionnelle (en aval ou en amont). L'originalité de ce projet réside dans son côté pratique : l'outil comprendra un protocole d'accompagnement de proximité de la personne âgée dans l'accomplissement de ses soins

d'hygiène bucco-dento-prothétique, des démonstrations filmées de cet accompagnement, et un outil à compléter en support à la pratique pour élaborer une transmission ciblée des informations relatives à une altération de la santé orale. Son originalité réside également dans la qualité de son contenu, et de son support : il est prévu que les informations transmises soient fondées scientifiquement et fassent consensus, que l'utilisateur n'accède qu'aux modules d'apprentissage qui l'intéressent ou qui le concernent (navigation libre non linéaire), et que les éléments multi-média soient de très bonne qualité. Dans le cadre de ce travail, nous nous limitons à préparer l'élaboration de cet outil.

Notre travail s'articule en quatre parties :

- Dans la première partie, nous exposerons le contexte : Dans un premier temps, nous traiterons du profil des personnes âgées institutionnalisées, de leur risque d'altération de la santé orale, et de leur risque d'altération de la santé générale et de la qualité de vie en cas de mauvaise santé orale. Dans un second temps, nous présenterons les règles hygiéno-diététiques de base pour maîtriser leur risque d'altération de la santé orale, puis nous nous intéresserons aux modalités d'accompagnement de proximité des personnes âgées institutionnalisées dans la maîtrise de leur risque d'altération de la santé orale ;
- Dans la seconde partie, nous exposerons notre méthode pour élaborer l'outil, et pour préparer l'élaboration de l'outil ;
- Dans la troisième partie nous présenterons la revue de littérature que nous avons réalisée pour rassembler les informations utiles à la préparation de l'outil, voire à son élaboration ;
- Dans la quatrième et dernière partie, nous discuterons des intérêts et limites de notre projet et de notre méthode.

1. Contexte

1.1. Profil de la population âgée institutionnalisée

Dans le cadre de ce travail, la notion de « *personnes âgées institutionnalisées* » recouvre les « *personnes âgées* » (ou « *personnes âgées ordinaires* ») et les « *personnes handicapées vieillissantes* » hébergées à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, dans :

- les structures d’hébergement dédiées aux « *personnes âgées* » (ou « *personnes âgées ordinaires* »)¹ relevant du Code de l’Action Sociale et des Familles (CASF) : Établissements d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) dédiés aux « *personnes âgées dépendantes* », résidences-autonomie (ex logements-foyers²) dédiés aux « *personnes âgées autonomes* », Petites Unités de Vie (PUV) dédiés aux « *personnes âgées dépendantes* », et autres établissements d’hébergement pour personnes âgées ;
- les structures d’hébergement pour « *personnes handicapées* » adultes relevant du CASF : foyers d’hébergement, Foyers « Occupationnels » et Foyers de Vie (FO/FV), foyers d’accueil polyvalent, Maisons d’Accueil Spécialisé (MAS), Foyers d’Accueil Médicalisé (FAM), établissements expérimentaux, établissements d’accueil temporaire ;
- les structures de soins des établissements de santé : unités de soins de court séjour, unités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

L’annexe 1 définit les concepts de « *personnes âgées* » (ou « *personnes âgées ordinaires* »), de « *personnes handicapées* », de « *personnes handicapées vieillissantes* », de « *personnes âgées dépendantes* », de « *personnes âgées autonomes* », et les concepts connexes. L’annexe 2 présente quant à elle les institutions hébergeant des personnes âgées.

1 Ces structures sont dédiées aux « *personnes âgées ordinaires* », mais elles accueillent à la fois des « *personnes âgées ordinaires* » et des « *personnes handicapées vieillissantes* ».

2 Renommés résidences-autonomie à l’occasion de la parution de la *Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement*

- **Résidents en structures d'hébergement pour personnes âgées relevant du CASF et en USLD**

Selon les données statistiques issues de l'enquête « EHPA 2015 » conduite par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) auprès des structures d'hébergement pour personnes âgées relevant du CASF et auprès des USLD [40] :

– 751 987 places étaient installées dans ces structures fin 2015, dont 79,8 % en EHPAD, 14,5 % en logements-foyers, et 4,5 % en USLD fin 2015 ;

– La proportion de résidents dépendants au sens de la grille AGGIR³ s'élevait à 98,5 % en USLD, 91,4 en EHPAD, et 22,6 % en logements-foyers (résidents répondants à l'enquête EHPA 2015) ;

– 0,7 % des résidents en structures d'hébergement pour personnes âgées relevant du CASF et en USLD étaient hébergés antérieurement en structure d'hébergement pour adultes handicapés, et 2,4 % en structure de soins psychiatriques d'un établissement de santé ;

– L'âge moyen des entrants au cours de l'année 2015 s'élevait à 85 ans et 2 mois (respectivement 63 ans et 4 mois, et 74 ans et 4 mois, pour les entrants hébergés antérieurement en structure d'hébergement pour adultes handicapés, et en structure de soins psychiatriques) ;

– Les résidents sortis définitivement au cours de l'année 2015 ont séjourné en moyenne deux ans et demi dans l'une de ces structures (65,9 % des sorties correspondaient à des décès).

Selon les données statistiques issues du volet « pathologies » de l'enquête « EHPA 2011 »⁴, les résidents en EHPAD cumulaient en moyenne 6,8 pathologies chroniques stabilisées, et 2,6 pathologies chroniques non stabilisées ou aiguës fin 2011 [41]. Les résidents en logement-foyer cumulaient quant à eux en moyenne 4,9 pathologies chroniques stabilisées, et 2,1 pathologies chroniques non stabilisées ou aiguës [41]. Le Tableau 9 de l'Annexe 3 présente la distribution (en %) de ces pathologies en EHPAD et en logement-foyer. Le diagramme suivant⁵ (Illustration 1)

3 Voir l'annexe 1 pour plus d'informations sur la grille AGGIR

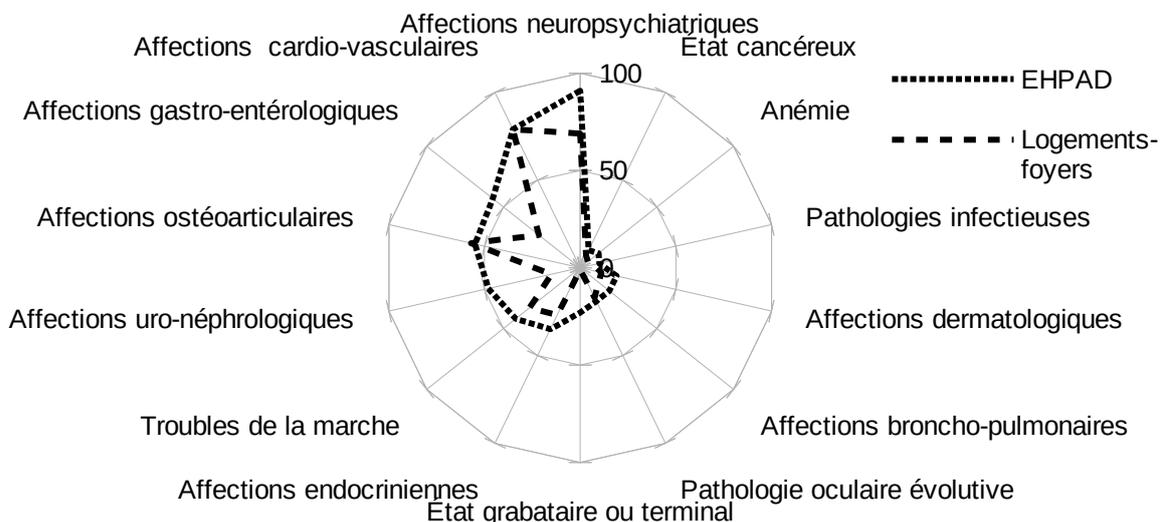
4 Les données relatives aux pathologies des résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées relevant de la *Loi n°2002-2* ne sont pas encore disponibles à ce jour pour l'année 2015.

5 Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

montre que :

- Les résidents en EHPAD étaient beaucoup plus sujets que les résidents en logement-foyer aux affections neuropsychiatriques, gastro-entérologiques, uro-néphrologiques, à l'état grabataire ou terminal, et à l'anémie ;
- Les résidents en EHPAD et en logement-foyer étaient pratiquement autant sujets aux affections ostéo-articulaires et cardiovasculaires ;
- Il y avait peu d'écart entre la part des résidents en EHPAD et la part des résidents en logement-foyer sujets aux troubles de la marche, aux affections endocriniennes, à la pathologie oculaire évolutive, aux affections broncho-pulmonaires, aux affections dermatologiques, aux pathologies infectieuses, et à l'état cancéreux [41].

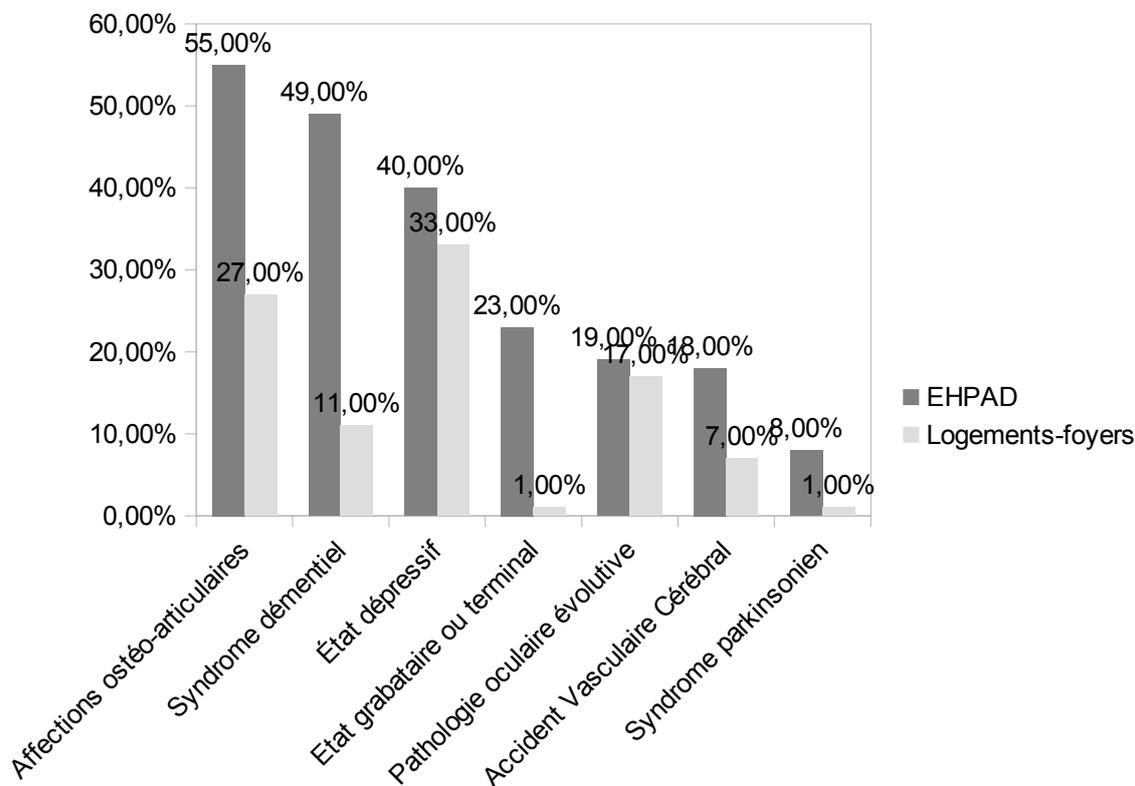
Illustration 1: Distribution (en %) des pathologies des résidents en EHPAD et en logement-foyer, au 31/12/2011 (Source : Enquête EHPA 2011)



Un certain nombre de ces pathologies ont un retentissement invalidant dans la vie quotidienne, telles que : le syndrome démentiel, les séquelles d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), le syndrome parkinsonien, l'état dépressif, les affections ostéo-articulaires, la pathologie oculaire évolutive, l'état grabataire et l'état terminal. Les pathologies invalidantes entraînent une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà réduites par les effets du vieillissement. Le

diagramme ci-après⁶ (Illustration 2) montre la distribution de ces affections chroniques invalidantes chez les résidents en EHPAD et en logement-foyer fin 2011.

Illustration 2: Distribution (en %) des affections chroniques invalidantes chez les résidents en EHPAD et en logement-foyer, au 31/12/2011 (Source: enquête EHPA 2011)



- **Résidents en structures d’hébergement pour adultes handicapés relevant du CASF**

Selon les données issues de l’enquête « ES-Handicap 2014 » conduite auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés relevant du CASF [42] :

– 32,3 % des résidents en structures d’hébergement pour adultes handicapés relevant du CASF étaient âgés de 50 ans et plus, et 9,7 % des résidents étaient âgés de 60 ans et plus fin 2014 (soit 15 300 résidents) ;

– 36,1 % des résidents âgés de 60 ans et plus étaient hébergés en FO/FV, 27,7 % en FAM, et 20,6 % en MAS ;

⁶ Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

- La proportion de résidents âgés de 60 ans et plus s'élevait à 11 % en FO/FV, à 16 % en FAM, et à 12 % en MAS ;
- En FO/FV, la grande majorité des résidents présentaient une déficience intellectuelle ;
- En FAM, la déficience intellectuelle était la déficience principale de 47,4 % des résidents. Pour 27,4 % des résidents c'était un trouble du psychisme, et pour 13,2 % des résidents c'était une déficience motrice ;
- En MAS, la déficience intellectuelle était la déficience principale de 40,5 % des résidents. Pour 27,4 % des résidents, c'était le polyhandicap, et pour 13,4 %, c'était un trouble du psychisme.

1.2. Besoin d'accompagnement dans la maîtrise du risque d'altération de la santé orale

1.2.1. Risque d'altération de la santé orale

1.2.1.1. Lié aux limitations fonctionnelles

Les déficiences et affections chroniques invalidantes réduisent la possibilité d'accomplir la toilette Bucco-Dento-Prothétique (BDP) entre autres activités nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé orale, et peuvent compromettre le suivi BDP auprès d'un chirurgien-dentiste. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne les affections neurologiques [43-45]. Les tableaux suivants⁷ (Tableaux 1, 2 et 3) indiquent comment le syndrome démentiel, les séquelles d'AVC et la Maladie de Parkinson (MP) peuvent entraver l'accomplissement de ces activités et la réalisation des soins BDP par le chirurgien-dentiste.

⁷ Réalisés par nous-même pour synthétiser nos recherches.

- **Le syndrome démentiel**

Le syndrome démentiel constitue le syndrome commun aux différentes démences. Les démences peuvent être d'origine neuro-dégénérative, génétique, vasculaire, métabolique, toxique, carencielle, tumorale, infectieuse, inflammatoire, ou encore séquellaire à la suite d'un traumatisme crânien [43]. La démence d'origine neuro-dégénérative liée à la Maladie d'Alzheimer est la plus fréquente dans la population âgée, suivie de la démence d'origine vasculaire liée à l'AVC, la démence d'origine neuro-dégénérative à corps de Lewy liée à la Maladie de Parkinson, et la démence alcoolique (Syndrome de Korsakoff) [46]. Plusieurs étiologies de démences peuvent coexister chez une même personne. Ces pathologies sont caractérisées par de multiples déficits cognitifs acquis et des symptômes non cognitifs menant à d'importantes limitations d'activités et à une restriction de participation à la vie sociale. Les symptômes non cognitifs sont des troubles psycho-comportementaux désignés sous le terme de SCPD (Symptômes Comportementaux et Psychologiques des Démences) [47]. Il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui [48]. Les symptômes les plus fréquents sont l'apathie (jusqu'à 50 % des personnes), l'anxiété, la dépression (40 à 50% des personnes), l'irritabilité et l'agitation [48,49].

Tableau 1: Impact des symptômes des démences sur la possibilité d'accomplissement des activités nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé orale

| Symptômes | Impact |
|---|--|
| <p><u>Troubles mnésiques [50,51]</u> Difficultés pour apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler d'informations apprises ultérieurement, à se remémorer un nom ou un mot, ou encore à retrouver ses affaires.</p> | <p>Difficultés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – retrouver son matériel d'hygiène BDP ; – retrouver l'ordonnance du chirurgien-dentiste ; – retrouver les références de son chirurgien-dentiste et par là-même prendre rendez-vous avec lui ; – retrouver le cabinet dentaire, et par là-même bénéficier de soins BDP. |
| <p><u>Aphasie [50,51]</u> – Perturbation du langage caractérisée par des difficultés à retrouver les mots, évoluant progressivement vers des stéréotypies verbales et un mutisme. – Difficultés de compréhension des mots entendus.</p> | <p>Difficultés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – faire part verbalement à son entourage d'une douleur bucco-dentaire ou d'une gêne bucco-dentaire ou prothétique ; – entretenir une conversation avec un chirurgien-dentiste. |
| <p><u>Apraxie [50,51]</u> Trouble de l'action et de la commande des gestes fonctionnels, symboliques ou d'imitation en dépit de fonctions motrices et sensorielles intactes et en l'absence de trouble de la compréhension.</p> | <p>Difficultés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – accomplir la toilette BDP ; – accomplir sur imitation les gestes liés aux soins de santé orale. |
| <p><u>Agnosie [50,51]</u> Trouble visuel, auditif, tactile ou gustatif de reconnaissance ou d'identification de ce qui est perçu en dépit de fonctions sensorielles intactes.</p> | <p>– Difficultés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – accomplir la toilette BDP par non reconnaissance de la fonction des instruments d'hygiène BDP ; – reconnaître son chirurgien-dentiste, ce qui peut provoquer un état de stress au cabinet dentaire. |
| <p><u>Alexie [50,51]</u> Incapacité à lire et à comprendre ce qui est écrit.</p> | <p>Difficultés pour lire et comprendre ce qui est écrit sur les produits d'hygiène BDP et sur l'ordonnance du chirurgien-dentiste.</p> |
| <p><u>Perturbation des fonctions exécutives [50,51]</u> se traduisant par des difficultés de jugement, de planification, d'organisation, de séquençage, d'abstraction.</p> | <p>Difficultés pour accomplir la toilette BDP par incapacité d'enchaîner selon un ordre logique les étapes qui la composent.</p> |
| <p><u>Désorientation spatio-temporelle [50,51]</u></p> | <p>– Difficultés pour se rendre au cabinet dentaire ; – État de stress dans le cabinet dentaire, qui constitue un frein à la réalisation de soins BDP.</p> |
| <p><u>Anosognosie [50]</u> Altération de la conscience qu'a la personne de ses perturbations.</p> | <p>Non reconnaissance du besoin d'aide pour accomplir la toilette BDP.</p> |

| | |
|---|--|
| <p><u>Hémi-anopsie binoculaire latérale homonyme contro-latérale [52]</u> Amputation du champ visuel, due à une perte de la même moitié du champ visuel (hémi-champ) de chacun des deux yeux du côté opposé à la lésion neuro-dégénérative ; Ce trouble visuel est à l'origine de difficultés de lecture, de repérage dans l'espace, d'exploration visuo-spatiale, d'accès à l'information dans sa globalité et à l'impossibilité de conduire une voiture.</p> | <p>Difficultés pour : – contrôler visuellement la qualité du brossage BDP ; – se rendre au cabinet dentaire, et par là-même bénéficier de soins BDP.</p> |
| <p><u>Démotivation [49]</u> Liée aux troubles de l'humeur qui sont associés au syndrome démentiel.</p> | <p>Perte de motivation pour accomplir la toilette BDP, et pour se rendre au cabinet dentaire afin de bénéficier de soins BDP.</p> |
| <p><u>Irritabilité, agressivité, agitation [49]</u></p> | <p>– Comportement d'opposition à l'aide proposée par le personnel de proximité pour l'accomplissement de la toilette BDP ; – Comportement d'opposition aux soins BDP au cabinet dentaire.</p> |

- **Les séquelles d'AVC**

Les AVC sont des troubles neurologiques brutaux caractérisés par la réduction du flux sanguin dans une zone cérébrale du fait de l'obstruction du vaisseau sanguin qui l'irrigue habituellement (AVC ischémique), ou de sa rupture (AVC hémorragique). Les AVC ischémiques représentent environ 85 % des AVC [53]. Ils sont dus à une thrombose ou à une embolie résultant de l'athérosclérose de vaisseaux sanguins extra ou intra-crâniens, ou de cardiopathies emboligènes. La zone cérébrale habituellement irriguée par le vaisseau sanguin artériel obstrué se nécrose au fil des heures, car les cellules cérébrales sont très sensibles à l'anoxie. Les AVC hémorragiques sont quant à eux causés par un saignement dans le cerveau (hémorragie intra-cérébrale) pour environ 10 % d'entre eux [54], ou par un saignement autour du cerveau qui s'écoule dans le liquide céphalo-rachidien de l'espace sub-arachnoïdien (hémorragie sub-arachnoïdienne) pour environ 5 % d'entre eux [54]. L'hémorragie résulte le plus souvent de l'éclatement d'un petit vaisseau sanguin cérébral ou d'un anévrisme localisé dans une artère cérébrale. La région cérébrale habituellement vascularisée par ce vaisseau est privée d'oxygène, et l'écoulement sanguin exerce une pression sur les structures environnantes, pouvant causer une anoxie.

Les séquelles d'AVC sont multiples et plus ou moins importantes. L'AVC est la première cause de handicap acquis non traumatique de l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité dans les pays industrialisés [55]. Après un premier AVC, le risque de récurrence est estimé entre 30 et 43 % à 5 ans [55].

Tableau 2: Impact des séquelles d'AVC sur la possibilité d'accomplissement des activités nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé orale

| Symptômes | Impact |
|--|--|
| <p><u>Cécité monoculaire</u> [54,56] Perte visuelle temporaire ou permanente d'un œil.</p> <p><u>Hémi-anopsie monoculaire contro-latérale</u> [53,54] Amputation du champ visuel, due à une perte de l'hémi-champ d'un œil du côté opposé à la lésion ischémique.</p> <p><u>Hémi-anopsie binoculaire latérale homonyme contro-latérale</u> [54,56] Amputation du champ visuel, due à une perte de la même moitié du champ visuel (hémi-champ) de chacun des deux yeux du côté opposé à la lésion ischémique.</p> | <p>Difficultés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – contrôler visuellement la qualité du brossage BDP ; – se rendre au cabinet dentaire, et par là-même bénéficier de soins BDP. |
| <p><u>Hémi-parésie</u> [54,56] Paralysie contro-latérale partielle de l'hémi-corps, qui concerne le territoire inférieur de l'hémi-face, le membre supérieur et le membre inférieur.</p> <p><u>Hémi-plégie</u> [54,56] Paralysie contro-latérale totale de l'hémi-corps, qui concerne le territoire inférieur de l'hémi-face, le membre supérieur et le membre inférieur.</p> | <p>Difficultés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – accomplir la toilette BDP ; – se rendre au cabinet dentaire et par là-même bénéficier de soins BDP. |
| <p><u>Syndrome d'Anton-Babinski</u> (en cas d'atteinte de l'hémisphère droit)</p> <p>→ <u>Hémi-négligence</u> [54,56,57] Ignorance de l'hémi-corps gauche et de l'hémi-espace extracorporel gauche.</p> <p>→ <u>Hémi-asomatognosie</u> [54,56,57] Refus de reconnaître comme sienne la moitié gauche de son corps.</p> <p>→ <u>Anosognosie</u> [54,56,57] Altération de la conscience qu'a la personne de ses perturbations.</p> <p>→ <u>Anosodiaphorie</u> [57] Indifférence à son état.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Négligence du côté gauche de la cavité buccale au moment de la toilette BDP ; – Indifférence en cas d'altération des tissus bucco-dentaires du côté gauche de la cavité buccale ; – Difficultés pour se rendre au cabinet dentaire (liées à l'hémi-négligence spatiale), et par là-même bénéficier de soins BDP. |
| <p><u>Apraxie bucco-linguo-faciale ou des extrémités</u> [54,56,57]</p> | <p>Difficultés pour accomplir la toilette BDP.</p> |
| <p><u>Aphasie</u> [54,56,57]</p> <p><u>Dysarthrie</u> [54] Trouble de l'articulation de la parole par paralysie des muscles du palais, de la langue et de la mâchoire.</p> | <p>Difficultés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – faire part verbalement à son entourage d'une douleur bucco-dentaire ou d'une gêne bucco-dentaire ou prothétique ; – entretenir une conversation avec un chirurgien-dentiste. |

| | |
|---|---|
| <u>Vertiges</u> [54,56] | Difficultés pour se rendre au cabinet dentaire et par là-même bénéficier de soins BDP. |
| <u>Démotivation</u> (consécutif à un syndrome anxio-dépressif [56,58]) Les troubles de l'humeur, la dépression et la tristesse sont des complications fréquentes. | Perte de motivation pour accomplir la toilette BDP, et pour consulter le chirurgien-dentiste afin de bénéficier de soins BDP. |
| <u>Crise d'épilepsie</u> [59] Il existe un risque de crise épileptique estimé à 10 % avec récurrence dans 30 à 50 % des cas et qui peut nécessiter un traitement anti-épileptique. | – Risque de traumatisme dentaire en cas de crise d'épilepsie ; – Risque de crise d'épilepsie au cabinet dentaire en cas de stress, constituant un frein aux soins BDP. |
| <u>Symptômes du syndrome démentiel</u> [56,60] Parmi les victimes d'AVC, 10 % présenteraient une démence avant leur premier AVC, 10 % développeraient une démence rapidement après leur premier AVC, et plus d'un tiers développeraient une démence à la suite de multiples AVC. | Cf <u>Syndrome démentiel</u> |

- **Maladie de Parkinson**

La MP est une maladie du mouvement et de la posture due à un déficit dopaminergique. Elle se caractérise par une aggravation progressive du déficit moteur et cognitif [61]. Elle serait la deuxième cause de maladie neuro-dégénérative après la Maladie d'Alzheimer [61].

Tableau 3: Impact de la maladie de Parkinson sur la possibilité d'accomplissement des activités nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé orale

| Symptômes | Impact |
|--|---|
| <u>Raideur</u> [61] Par association des tremblements au repos et de la rigidité. <u>Bradykinésie</u> [61] Lenteur dans l'exécution des mouvements. <u>Akynésie</u> [61] Perte d'initiation motrice se traduisant par une économie du geste. <u>Hypokynésie</u> [61] <u>Déformations articulaires</u> [62] | Difficultés pour : – accomplir la toilette BDP ; – se rendre au cabinet dentaire, et par là-même bénéficier de soins BDP. |
| <u>Symptômes du syndrome démentiel</u> [61] Le risque de démence est multiplié par 6 chez les personnes atteintes de la MP par rapport à la population générale. | Cf <u>Syndrome démentiel</u> |

1.2.1.2. Lié aux affections systémiques et à leurs thérapeutiques

Les personnes âgées institutionnalisées constituent un groupe à haut risque d'altération de la santé orale, compte tenu de leur polyopathie et de leur polymédication. Certains troubles de santé orale sont typiquement observés chez les personnes âgées polyopathologiques, tels que la xérostomie, les troubles de la perception gustative, les troubles de la phonation, les troubles de la déglutition, les troubles de la mastication, l'instabilité prothétique, les ulcérations traumatiques, les candidoses oro-pharyngées, les caries, la gingivite, la parodontite, et l'halitose [2,3,6-8,63-67]. Chez les personnes âgées atteintes d'un syndrome démentiel associé à des troubles du comportement, ce risque est particulièrement élevé [43-45,68,69].

→ La xérostomie, ou sensation de sécheresse buccale, est liée le plus souvent à la prise au long cours de médicaments sialoprives, comme c'est le cas pour 80 % des médicaments les plus prescrits en gériatrie [7,63,65,70]. Par ailleurs, il existe un risque d'hyposialie à partir de la prise de 4 à 5 médicaments par jour, quelle que soit leur classe médicamenteuse [9]. Les résidents en EHPAD sont donc exposés à un risque élevé d'hyposialie, car ils consomment 7 médicaments par jour en moyenne [71]. Associée au défaut d'hygiène bucco-dentaire, l'hyposialie d'origine médicamenteuse constitue un facteur de risque majeur de candidose oro-pharyngée, de maladies parodontales induites par la plaque dentaire, et de polycaries dentaires [2,6,63,70,72]. En effet, le manque de salive facilite l'accumulation et la stagnation de la plaque dentaire sur les surfaces bucco-dentaires et prothétiques, et par là-même l'implantation, la croissance et la maturation des biofilms responsables de ces pathologies infectieuses bucco-dentaires. Le manque de salive facilite également la colonisation de la plaque dentaire par les micro-organismes pathogènes respiratoires. Or, la plaque dentaire constitue un milieu propice à la prolifération de ces micro-organismes, qui, à l'instar d'autres micro-organismes de la cavité buccale, sont susceptibles de déclencher une pneumonie d'inhalation chez les personnes âgées sujettes aux troubles de la déglutition, ou une Pneumonie Acquise sous Ventilation Mécanique (PAVM) chez les personnes âgées intubées [4,28-30,73].

→ La candidose oro-pharyngée est la mycose la plus fréquente de la cavité buccale [74]. Il s'agit d'une infection fongique opportuniste résultant du passage de l'état saprophytique à l'état parasitaire des levures du genre *Candida* lors d'une modification de l'homéostasie buccale [63,67,75]. Ces levures adhèrent aux surfaces cutané-muqueuses et aux surfaces prothétiques [74,76,77]. Les candidoses oro-pharyngées peuvent être aiguës (forme pseudomembraneuse ; forme érythémateuse atrophique) ou chroniques (évolution de la forme pseudomembraneuse aiguë en forme hyperplasique chronique ; stomatite sous-prothétique ; glossite losangique/rhomboïde médiane ; ouranite médiane en regard de la glossite losangique médiane ; chéilite commissurale candidosique ou « perlèche » candidosique) [63,67,74]. Les candidoses chroniques peuvent associer une chéilite commissurale candidosique bilatérale, une glossite losangique médiane (muqueuse rouge vif sèche recouverte d'une muqueuse kératosique) et une ouranite médiane [75]. Les formes les plus fréquemment observées chez les personnes âgées sont la candidose pseudomembraneuse ou « muguet », la stomatite sous-prothétique (forme érythémateuse), la glossite érythémateuse atrophique ou glossite « dépapillante », et la chéilite commissurale candidosique [67].

→ La carie est une pathologie infectieuse transmissible caractérisée par la déminéralisation acide successive de la dent, entraînant à plus ou moins long terme la fracture de sa couronne puis sa destruction complète [67]. Les acides organiques qui en sont responsables sont issus de la transformation des hydrates de carbone fermentescibles par les bactéries cariogènes [67]. Chez les personnes âgées atteintes de xérostomie et ayant une mauvaise hygiène bucco-dentaire, les caries sont multiples et prédominent au collet des dents et sur les surfaces dénudées des racines consécutivement à une parodontite [3,6,65,66,72,75,78].

→ La gingivite est une inflammation réversible de la gencive marginale en réponse à la présence prolongée de bactéries parodonto-pathogènes dans le sillon gingivo-dentaire [75,78]. La gingivite est réversible avec l'instauration d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse et l'élimination du tartre (plaque dentaire calcifiée) [75,78]. La gingivite non traitée peut évoluer en parodontite chez les personnes ayant une mauvaise hygiène bucco-dentaire et une baisse des défenses immunitaires [75,78]. La parodontite est caractérisée par la destruction des tissus de soutien et de revêtement de la dent (cément, desmodonte, os alvéolaire, gencive) [75,78]. Le processus de destruction tissulaire est généré puis entretenu à la fois par les bactéries parodonto-pathogènes et leurs facteurs de

virulence (surtout le lipopolysaccharide), et par les médiateurs pro-inflammatoires libérés par l'hôte [78].

1.2.2. Majoration réciproque des risques d'altération de la santé orale et générale

1.2.2.1. Causes et conséquences individuelles des troubles de santé orale courants

Le tableau suivant⁸ (Tableau 4) donne une liste non exhaustive des facteurs de risque et des conséquences de la xérostomie, de l'instabilité prothétique, de la candidose oro-pharyngée, des caries, de la parodontite et de la dysphagie oro-pharyngée chez les personnes âgées polypathologiques.

⁸ Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches.

Tableau 4: Facteurs de risque et conséquences de la xérostomie, de l'instabilité prothétique, de la candidose oro-pharyngée, des caries, des parodontites et de la dysphagie oro-pharyngée chez les personnes âgées polyopathologiques

| Trouble de santé orale | Facteurs de risque | Conséquences |
|------------------------|--|--|
| Xérostomie | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Hypo-fonctionnement des glandes salivaires [72] – Candidose (dégradation des mucines salivaires par les levures du genre <i>Candida</i>) [9] – Port de prothèses adjointes (pouvoir absorbant de la résine) [64,72] <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Bains de bouche alcoolisés (effet asséchant) [64] – Respiration buccale [65,66,70,72] – Tabagisme [72] – Alimentation mixée et adhérente aux surfaces dentaires (non stimulation de la sécrétion salivaire) [72] <p><u>Au niveau thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Médication sialoprive (neuro-psychotropes, anti-hypertenseurs, anti-arythmiques, anti-ulcéreux, antiépileptiques, anti-histaminiques, antalgiques morphiniques et opiacés faibles, diurétiques, anti-parkinsoniens, anti-spasmodiques, etc.) [2,6,8,70,75,79] – Polymédication (effet sialoprive) [9,65,66] <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Vieillesse (diminution du flux salivaire non stimulé) [65,66,70] – Déshydratation [65,66,70,72] – Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson, diabète, hypothyroïdie, syndrome de Gougerot-Sjögren (effet sialoprive) [6,65,66,70,79] – Antécédent de radiothérapie cervico-faciale [6,70,72,75,79] | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Diminution du pH buccal [6,65] – Sécheresse et fissures labiales [70] – Sensations de brûlure, de picotement (liées à la diminution du pH buccal) [2,72] – Inconfort voire douleurs [25,65] – Langue « pâteuse » [70] – Érythème des muqueuses [70] – Atrophie des papilles filiformes [70] – Glossite atrophique [6,63] – Ulcères et croûtes [70] – Troubles de la phonation / de l'élocution [65,75] – Troubles de la perception gustative [2] – Troubles de la déglutition [65,75] – Difficultés pour mastiquer [65,70,75] – Intolérance aux prothèses adjointes [6,70,72,75] – Instabilité prothétique et ses complications [75] – Accroissement de l'halitose si septicité buccale [2,80] – Accroissement du risque de candidoses, de caries et de maladies parodontales (par baisse de la chasse salivaire, diminution du pH buccal, perte des pouvoirs tampon, anti-bactérien, anti-fongique, et reminéralisant de la salive) [65,66,70] <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Abandon du port de prothèses adjointes [2] – Malnutrition (en rapport avec les troubles de la perception gustative, les troubles de la déglutition, les difficultés pour mastiquer, l'intolérance et l'instabilité prothétique, et les complications de l'instabilité prothétique, des caries et des maladies parodontales) [6,37,65,66,72,81] – Troubles de l'humeur et isolement social (en rapport avec les troubles de la phonation, l'instabilité prothétique, et l'halitose) [70,72,82] |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| | | <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Risque accru de dénutrition et de carences vitaminiques (lié à la malnutrition) et par là-même des complications de la dénutrition (escarres, chutes, fractures, infections, etc.) [6,37,65,66,70,72] – Risque accru de dépression [72] |
| Instabilité prothétique | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Prothèses inadaptées – Délabrement des dents supportant les crochets – Xérostomie [6] – Résorption osseuse [6] – Migration des insertions musculaires [6] – Hyperplasie fibro-épithéliale <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Consommation d'aliments dont la texture est inadaptée <p><u>Au niveau thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Médication sialoprive – Polymédication (effet sialoprive) <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Amaigrissement (lié à un régime alimentaire amaigrissant ou à la dénutrition) – Déshydratation – Affections systémiques ayant un effet sialoprive | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Troubles de la phonation – Troubles de la déglutition – Troubles de la mastication [2] – Difficultés de digestion (via troubles de la mastication) [5] – Irritation et ulcérations traumatiques [6,63,75] – Risque d'ostéonécrose au départ d'une ulcération traumatique (ostéoradionécrose en cas d'antécédent de radiothérapie, ou ostéonécrose induite par les bisphosphonates) [75,83] – En l'absence d'élimination de la cause des ulcérations traumatiques, risque de transformation en kératose réactionnelle pré-cancéreuse voire en carcinome épidermoïde (via l'inflammation chronique) [63,75] – Hyperplasie fibro-épithéliale [6,63,65,66] pouvant évoluer en lésion pré-cancéreuse voire en carcinome épidermoïde <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Malnutrition [2,5,65,66] – Troubles de l'humeur et isolement social – Accroissement de l'agitation chez les personnes démentes [65,84] <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Risque accru de dénutrition et par là-même des complications de la dénutrition [5] – Risque accru de dépression |
| Candidose oro-pharyngée | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Septicité buccale – Xérostomie, hypo-fonctionnement des glandes salivaires [6,63,65,67,74-76] – Port de prothèses adjointes, en particulier défectueuses [65,67,75-77] | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Dysgueusie [67,76] – Goût métallique [67] – Xérostomie (via la dégradation des mucines salivaires par les levures du genre <i>Candida</i>) [6,9,74] – Sensations de brûlure, de picotement [6,67,76] |

| | |
|---|--|
| <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Défaut d’hygiène bucco-dento-prothétique [6,63,65,67] – Régime alimentaire riche en sucres [6] – Tic de léchage [74] – Tabagisme [76] <p><u>Au niveau thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Médication sialoprive [63,67,74,76] – Polymédication (effet sialoprive) – Bains de bouche anti-septiques au long cours (déséquilibre de la flore buccale en faveur des micro-organismes pathogènes) [72] – Antibiothérapie à large spectre (déséquilibre de la flore buccale en faveur des micro-organismes pathogènes) [6,63,65,66,67,74,76] – Corticothérapie par inhalation ou par voie générale (effet immuno-déprimant) [6,63,67,74-76] – Immuno-supresseurs au long cours [6,67,74] – Chimiothérapie anti-cancéreuse (effet immuno-supprimeur) [67,74,76] – Radiothérapie cervico-faciale (effet sialoprive) [6,67,74,76] <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Déficiences et affections chroniques invalidantes (obstacles à l’accomplissement des soins d’hygiène bucco-dento-prothétique par soi-même ou par autrui, se traduisant par l’accumulation de plaque dentaire) [67] – Déshydratation (génère une déficience salivaire) [67] – Affections systémiques ayant un effet sialoprive (en particulier syndrome de Gougerot-Sjögren) [67,76] – Diabète mal équilibré (effet sialoprive, effet immuno-déprimant, et taux de glucose élevé dans la salive) [6,63,65,67,74-76] – Maladie de Cushing [67] – Insuffisance surrénalienne, insuffisance thyroïdienne [67] – Dénutrition / déficit nutritionnel (via diminution de la réponse lymphocytaire) [63,67,74-76] – Anémie [63,85] – Immunodéficience [6,65,67,75] – Affection intercurrente infectieuse ou maligne [63,67,74] – Stress [6] | <ul style="list-style-type: none"> – Difficultés pour s’alimenter [67,76] – Douleurs (cas sévères) [6,67] – Dysphagie (cas sévères) [76] – Halitose [80] – Passage à la chronicité de la candidose : chéilite angulaire candidosique, glossite losangique médiane, ouranite médiane, glossite candidosique, stomatite sous-prothétique, etc. [65,67] – Résorption osseuse (à un stade chronique) [67] – Intolérance aux prothèses adjointes [67] – Instabilité prothétique (à un stade chronique) [67] – Extension de la candidose à l’œsophage, puis candidémie [67,76] <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Malnutrition [37] – Troubles de l’humeur et isolement social (notamment lié à l’halitose [82]) <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Risque accru de dénutrition et ses complications [37] – Risque accru de dépression – Risque d’infection respiratoire [5] |
|---|--|

| | | |
|--------|---|--|
| | | |
| Caries | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaque dentaire cariogène - Xérostomie [65,66] <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'hygiène bucco-dento-prothétique [65,66,75] - Régime alimentaire riche en sucres et ingestion fréquente de produits sucrés [65,66,75] - Régime alimentaire acide - Alimentation mixée et adhérente aux surfaces dentaires [65,66,81] - Tabagisme <p><u>Au niveau thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitements médicamenteux sialoprives - Polymédication (effet sialoprive) <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficiences et affections chroniques invalidantes (obstacles à l'accomplissement des soins d'hygiène bucco-dento-prothétique par soi-même ou par autrui, se traduisant par l'accumulation de plaque dentaire) [65,66] - Déshydratation (génère une déficience salivaire) - Diabète (via effet sialoprive et taux de glucose élevé dans la salive) [2,3] - Affections systémiques ayant un effet sialoprive | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apparence inesthétique - Racines dentaires résiduelles - Perte des dents [6] - Troubles de la mastication (via perte des dents naturelles non compensée par des prothèses adjointes) - Fractures dentaires - Ulcérations traumatiques en regard des dents fracturées [75] - En l'absence d'élimination de la cause des ulcérations traumatiques, risque d'évolution en kératose réactionnelle avec un potentiel de transformation maligne [63,75] - Foyers infectieux apicaux [2,65] - Abscesses apicaux [65] - Infections loco-régionales d'origine dentaire (cellulites faciales, sinusites maxillaires d'origine dentaire) [65,75] - Douleurs bucco-dentaires (liées à l'inflammation de la pulpe dentaire, à la nécrose de la pulpe dentaire, aux abcès, aux ulcérations traumatiques) [75] - Risque d'ostéonécrose au départ de l'alvéole dentaire après avulsion dentaire (ostéoradionécrose en cas d'antécédent de radiothérapie, ou ostéonécrose induite par les bisphosphonates) [75,83] - Halitose [80] - Troubles de la mastication [65,66] - Trouble de la phonation (via édentement) [5] <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition (via troubles de la mastication et douleurs bucco-dentaires) [5,37] - Troubles de l'humeur et isolement social (liés à l'halitose, au délabrement dentaire, aux douleurs bucco-dentaires) [2,65] - Accroissement de l'agitation chez les personnes démentes [65,84] <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque accru de dénutrition et ses complications [5,37] - Risque accru de dépression [2] - Risque d'infection focale d'origine bucco-dentaire (endocardite infectieuse, infection oculaire, infection articulaire, infection respiratoire) [5,75] |

| | | |
|-------------|--|--|
| | | |
| Parodontite | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaque dentaire parodonto-pathogène [75,78] - Tartre (facteur de rétention de plaque dentaire) [75,78] - Xérostomie [78] - Hyperplasies et hypertrophies gingivales d'origine médicamenteuse [75] <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'hygiène bucco-dento-prothétique [75] - Tabagisme [75] <p><u>Au niveau thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diphénylhydantoïne, nifédipine, ciclosporine (induisent des hyperplasies/hypertrophies gingivales) [75] <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficiences et affections chroniques invalidantes (obstacles à l'accomplissement des soins d'hygiène bucco-dento-prothétique par soi-même ou par autrui, se traduisant par l'accumulation de plaque dentaire) [65,66] - Déshydratation (génère une déficience salivaire) - Affections systémiques ayant un effet sialoprive - Diabète mal équilibré (via l'effet sialoprive, l'hyperactivation de la réaction immuno-destructrice et l'immuno-dépression) [32,75,78] - Trisomie 21 [78] - Altération des réponses immunitaires, état inflammatoire systémique de bas grade [2,65,66] | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Halitose [80] - Saignements (goût métallique) [78] - Récessions gingivales [78] - Hypersensibilité dentinaire (consécutive aux récessions gingivales) [78] - Caries dentinaires au collet des dents et sur les surfaces dénudées des racines (consécutives aux récessions gingivales) [78] - Abscesses parodontaux [78] - Migrations dentaires [78] - Egressions dentaires [78] - Mobilités dentaires [78] - Perte des dents [6,78] - Troubles de la mastication [65,66] - Trouble de la phonation (via édentement) [5] <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition [5,37,65,66] - Troubles de l'humeur et isolement social [2,5,65] - Accroissement de l'agitation chez les personnes démentes [5,65,83] <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque accru de dénutrition et ses complications [37,65,66,78] - Risque accru de dépression [2] - Participation à l'aggravation de processus inflammatoires et infectieux systémiques pré-existants via la dissémination permanente par voie hématogène des bactéries parodonto-pathogènes, de leurs facteurs de virulence et des médiateurs pro-inflammatoires [4,78] - Risque d'endocardite infectieuse [5,75] - Augmentation de l'insulino-résistance chez les sujets diabétiques, et par là-même accroissement du risque de complications diabétiques (retard de cicatrisation, micro-angiopathies, macro-angiopathies, etc.) [32] - Stimulation de la formation, de la croissance et de la rupture des plaques d'athérome chez les sujets atteints d'une maladie cardio-vasculaire atherosclérotique, augmentant ainsi le risque de cardiopathies ischémiques et d'AVC [2,5,31] - Aggravation des pathologies valvulaires [2] |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> – Initiation et/ou entretien de la polyarthrite rhumatoïde [86] – Entretien de la broncho-pneumopathie chronique obstructive [2,5,87] – Accroissement du risque de pneumonie d'inhalation (par facilitation de la colonisation des voies respiratoires supérieures par les micro-organismes pathogènes respiratoires) [4,5,28-30,87] – Entretien de la maladie d'Alzheimer par induction de réaction inflammatoire cérébrale [34] |
| Dysphagie oro-pharyngée | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Xérostomie – Candidose oro-pharyngée (via l'inflammation) – Carcinome épidermoïde lingual [75] – Instabilité prothétique – Manque de contacts dento-dentaires [44] – Absence de contacts occlusaux postérieurs [3] <p><u>Au niveau thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Neuro-psychotropes (effet sédatif), anti-émétiques et anti-parkinsoniens (dyskinésie), médicaments sialoprives [73] – Polymédication (effet sialoprive) – Bains de bouche alcoolisés au long cours (effet asséchant) <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Vieillesse (« presbyphagie ») [73] – Maladie d'Alzheimer [44,73] – Maladie de Parkinson [73] – AVC et antécédent d'AVC [73] – Sclérose en plaque [73] – Myasthénies [73] – Myopathies [73] | <p><u>Au niveau local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Candidose oro-pharyngée, polycaries et maladies parodontales (indirectement via la stase alimentaire et une alimentation mixée adhérente aux surfaces bucco-dentaires favorisant la formation et la stagnation de la plaque dentaire [44,73]) <p><u>Au niveau comportemental :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Défaut d'hygiène bucco-dentaire – Réduction des apports hydriques [73] – Malnutrition (réduction voire refus des prises alimentaires, et sélection des aliments) [73] – Troubles de l'humeur et isolement social (en rapport avec les expectorations humiliantes au cours du repas) <p><u>Au niveau systémique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Risque accru de pneumonie d'inhalation en cas de septicité buccale (inhalation des sécrétions oro-pharyngées colonisées ou infectées par des micro-organismes pathogènes respiratoires et/ou parodontopathogènes) [4,5,28-30,73] – Risque de déshydratation [73] – Risque accru de dénutrition et ses complications – Risque accru de dépression |

1.2.2.2. Interdépendance entre les troubles de santé orale et générale

Le diagramme suivant⁹ (Illustration 3) rend compte de manière plus évidente des liens de cause à effet entre les troubles de santé orale et générale, et des conséquences directes et indirectes du défaut d'hygiène bucco-dento-prothétique, de la déficience salivaire et du port de prothèses inadaptées, en termes de morbidité et de mortalité. Ce schéma fléché montre que les personnes âgées polypathologiques constituent un groupe à haut risque d'altération de la santé orale lié à leur mauvais état de santé générale, et à haut risque d'altération de la santé générale si leur santé orale est altérée, compte tenu de l'existence d'un phénomène de majoration réciproque de ces risques.

Les infections bucco-dentaires peuvent contribuer à l'exacerbation d'affections extra-orales (diabète, athérosclérose, pathologies inflammatoires chroniques), voire en générer (infections focales d'origine bucco-dentaire) par la diffusion dans le sang de micro-organismes buccaux, de leurs facteurs de virulence et de médiateurs pro-inflammatoires à partir de leur foyer dentaire ou parodontal [2,4,5,31-35,75,78,86,87]. C'est particulièrement le cas pour les parodontites. Réciproquement, le diabète et les pathologies inflammatoires chroniques peuvent contribuer à l'exacerbation de la réaction inflammatoire chronique face aux bactéries parodonto-pathogènes, aggravant par là-même la destruction des tissus de soutien de la dent [31,32,78,86,87].

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé¹⁰ (ANAES), « *la dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme* » [37]. Le mauvais état de santé orale peut directement contribuer à ce déséquilibre par diminution des apports, et indirectement par augmentation des besoins. La diminution des apports est liée : à l'insuffisance masticatoire (délabrement dentaire, mobilités dentaires, perte des dents naturelles, troubles de l'occlusion, prothèses adjointes inadaptées) ; aux douleurs bucco-dentaires ; aux troubles de la déglutition (xérostomie, absence de contacts occlusaux postérieurs, instabilité prothétique) ; ou encore à la dysgueusie (xérostomie, candidose oropharyngée) [37,88]. Ces troubles sont responsables d'une diminution de l'alimentation et d'un

⁹ Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches.

¹⁰ Aujourd'hui renommée Haute Autorité de Santé (HAS)

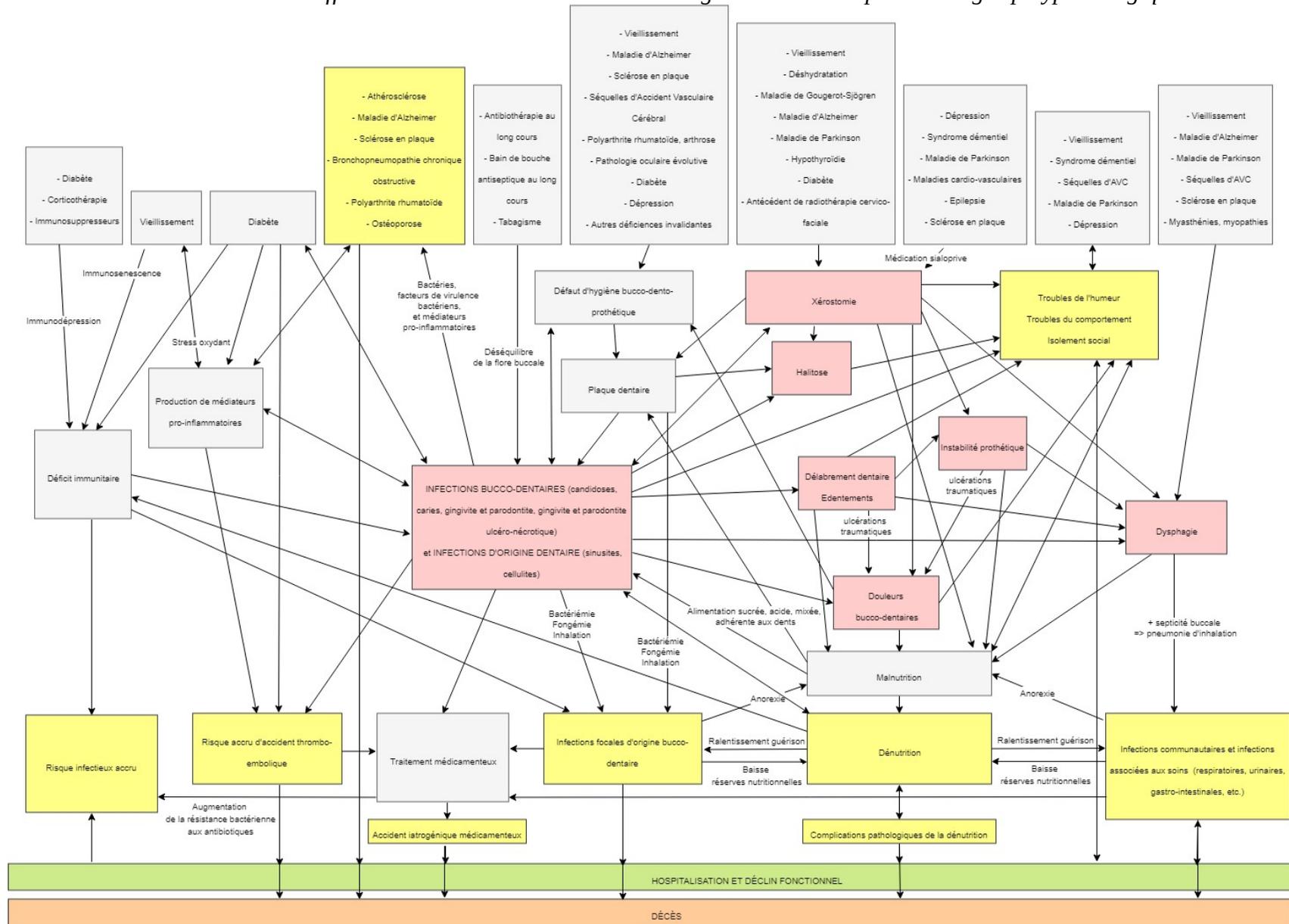
éviter des aliments riches en vitamines et en protéines (légumes, fruits, viande non déstructurée), entraînant ainsi un déficit nutritionnel [6,88]. Or, la carence nutritionnelle diminue la réponse immunitaire et retarde le processus de cicatrisation, ce qui augmente le risque infectieux, et le risque d'évolution défavorable des infections et des escarres. Les infections systémiques sont associées à une anorexie par perte d'appétit qui accroît d'autant plus le risque de dénutrition par l'intermédiaire de la malnutrition [89]. De surcroît, le défaut d'hygiène bucco-dento-prothétique et les infections bucco-dentaires induisent indirectement une augmentation majeure des besoins protéino-énergétiques par l'intermédiaire de la pneumonie d'inhalation, des infections focales d'origine bucco-dentaire, et des pathologies inflammatoires chroniques (notamment exacerbées par la parodontite). La réponse métabolique à l'agression (endogène ou exogène) est responsable d'une résistance à l'anabolisme et d'un hypercatabolisme du fait de la production de médiateurs pro-inflammatoires [89]. Pour répondre à cette agression, l'organisme est contraint de mobiliser ses protéines musculaires, concourant ainsi avec le processus naturel de vieillissement à diminuer progressivement la masse musculaire (« sarcopénie ») [37,89]. Or, la sarcopénie majore le risque de chutes et par là-même de fractures post-chutes, en particulier chez les personnes âgées atteintes d'ostéoporose [37]. Le mauvais état de santé orale est donc un co-facteur de risque non négligeable de toutes les complications de la dénutrition protéino-énergétique.

La bouche n'est pas qu'une porte d'entrée pour les pathologies infectieuses : elle est décrite comme « *le vestibule de l'âme, la porte des discours et le portique des sentiments* » par l'écrivain latin Lucius Apuleyus cité par le Dr Juan Canut [90], ou encore comme « *la porte de l'être [...] le théâtre de couples antinomiques et donc indissociables : matière et esprit, premier cri et ultime râle, plaisir et douleur, baiser et morsure, ingestion et reflux, manque et satiété* »¹¹, par le Pr Gérard Ostermann et le Dr Colette Combe cités par la psychologue Charlotte Costantino [91]. En effet, c'est par la bouche que l'être humain capte ou rejette non seulement la nourriture mais surtout l'attention d'autrui. C'est elle qui lui permet d'entrer en contact avec la société et d'en obtenir ce qu'il veut : elle lui permet d'exprimer ses désirs, ses peurs, son contentement et son mécontentement de manière verbale et non verbale, volontairement ou involontairement. Or, dans une société où le paraître occupe une place prépondérante, une personne âgée en mauvaise santé orale peut souffrir d'une situation de handicap psychologique et social. Comme toute forme de

11 « *La bouche, porte de l'être, nous conduit aux marches du palais et aux vibrations intimes de la gorge. Elle est le théâtre de couples antinomiques et donc indissociables : matière et esprit, premier cri et ultime râle, plaisir et douleur, baiser et morsure, ingestion et reflux, manque et satiété.* » Pr Gérard Ostermann, Dr Colette Combe.

handicap, elle peut être source de perte d'estime de soi, et constituer un obstacle à une bonne insertion sociale. En effet, l'existence d'édentements non compensés et de dents délabrées peut faire perdre au visage humain de sa beauté et de son attrait. Or, la défiguration est à l'origine d'une perturbation de l'image corporelle qui peut entamer en profondeur le sentiment d'identité personnelle de l'être humain au point qu'il ne se reconnaisse plus ou qu'il n'ose plus se regarder en face [92]. L'altération du visage peut même lui imposer « *le rétrécissement de sa latitude d'action et de son champ social* » et le contraindre « *à prendre des précautions afin de ne pas incommoder les gens sur son chemin* » [92]. L'halitose constitue aussi une source de handicap psychologique et social [82].

Illustration 3: Liens de cause à effet entre les troubles de santé orale et générale chez la personne âgée polypathologique



1.3. Accompagnement de proximité des personnes âgées institutionnalisées dans la maîtrise de leur risque d'altération de la santé orale

1.3.1. Règles hygiéno-diététiques pour une bonne santé orale

La stagnation et l'accumulation de la plaque dentaire, l'alimentation sucrée et la déficience salivaire sont des facteurs primordiaux des candidoses oro-pharyngées, des caries, et des maladies parodontales. Dès lors, leur prévention – et par là-même la prévention de leurs conséquences – relève d'un ensemble de mesures communes : l'instauration d'une hygiène bucco-dento-prothétique rigoureuse et d'une hygiène alimentaire, l'augmentation du flot salivaire, et le contrôle du pH salivaire.

→ Les soins d'hygiène bucco-dento-prothétique consistent d'une part à éliminer la plaque dentaire et les débris alimentaires sur les dents, les muqueuses et les prothèses dans le but d'empêcher la prolifération de micro-organismes pathogènes, et d'autre part à assurer le confort buccal. En plus de prévenir les pathologies inflammatoires et infectieuses bucco-dentaires et leurs complications loco-régionales et à distance, les soins d'hygiène bucco-dento-prothétique permettent « *d'entretenir les prothèses, d'hydrater les muqueuses, de diminuer l'halitose, d'améliorer la perception gustative, et de préserver la relation à autrui, l'image de soi et la dignité* » [64].

→ La prévention de la carie passe également par la régulation de l'apport en sucres alimentaires : il s'agit de réduire la consommation de sucres fermentescibles, et de limiter leur consommation entre les repas [93,94]. La HAS recommande de suivre les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS), de l'Association Dentaire Française (ADF), de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP) et de l'UFSBD. Il s'agit de : « *réduire la fréquence des prises alimentaires entre les repas (grignotage y compris boissons sucrées) ; favoriser au cours des repas une alimentation diversifiée et équilibrée et la consommation d'eau pure ; utiliser des gommes à mâcher contenant du xylitol après chaque prise alimentaire ou consommation de boissons (hors eau pure), qui ne peut être*

suivie du brossage des dents » [95].

→ Pour soulager les symptômes de sécheresse buccale et prévenir les caries, l'UFSBD recommande de : utiliser « *des solutions orales hydratantes, comme des sprays ou des bains de bouche* » [96] ; consulter son médecin « *sur l'opportunité de modifier la médication ou la posologie de certains médicaments responsables de cette sécheresse buccale* » [96] ; boire « *plus d'eau* » [96] ; mâcher « *des chewing-gums sans sucres pour stimuler la production de salive* » [96] ; éviter « *les aliments et les boissons qui irritent les bouches sèches, comme le café, l'alcool, les boissons gazeuses et les jus de fruits acides* » [96] ; consulter un chirurgien-dentiste qui « *pourra appliquer un vernis fluoré* » sur les dents pour prévenir la carie dentaire [96].

→ La réalisation régulière de bains de bouche avec une solution de bicarbonate de soude (à 14 pour 1000) permet d'augmenter le pH buccal, et par là-même de prévenir les infections bucco-dentaires, chez les personnes sujettes à un manque de salive [64,70,97].

→ La mastication d'aliments durs et les sialogogues permettent d'augmenter le flot salivaire [70]. Les sialogogues majorent la sécrétion des acini glandulaires encore fonctionnels, mais ils sont déconseillés chez la personne âgée polypathologique en raison de leurs interactions médicamenteuses et de leurs effets secondaires [70,72,79]. Il s'agit des sialogogues à base de chlorhydrate de pilocarpine (Salagen), de l'anétholtritione (Surfarlem S25), de la teinture de Jaborandi ou encore de la dihydroergotamine [70,72,79].

→ Des substituts salivaires peuvent être utilisés en cas d'asialie ou d'hyposialie (Artisial, Xerostom, Biotène OraBalance gel hydratant, Aequasyal spray buccal, Gum BioXtra Gel, Syaline spray). Ils assurent le confort de la personne, diminuent les douleurs bucco-dentaires, et limitent le développement d'ulcérations traumatiques grâce à leur action lubrifiante [70,72,79,97]. Certains substituts salivaires ont un rôle antiseptique.

1.3.2. Gestion institutionnelle du risque d'altération de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées

La maîtrise du risque d'altération de la santé orale des Personnes Âgées Institutionnalisées (PAI) est sous la responsabilité du médecin traitant et du chirurgien-dentiste au niveau individuel, et

du personnel institutionnel de proximité et de coordination au niveau collectif. Le personnel de proximité comprend des professionnels exerçant des fonctions paramédicales et des professionnels exerçant des fonctions éducatives et sociales. Les membres du personnel de proximité exerçant des fonctions paramédicales sont les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et les Aides-Soignants (AS). Ceux qui exercent des fonctions éducatives et sociales sont les Aides Médico-Psychologiques (AMP), les Auxiliaires de Vie Sociale (AVS), les Accompagnants Éducatifs et Sociaux (AES), les Éducateurs Spécialisés (ES), et les Moniteurs-Éducateurs (ME).

1.3.2.1. Démarche de gestion du risque d'altération de la santé orale

La démarche de gestion du risque d'altération de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées est préventive et corrective. Selon la Haute Autorité de Santé, la démarche de gestion des risques préventive dite « *a priori* » est « *axée sur l'analyse et la mise en œuvre de mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue d'événements indésirables* », tandis que la démarche de gestion des risques corrective ou « réactive » dite « *a posteriori* » est « *axée sur l'analyse rétrospective des événements indésirables et le traitement des causes identifiées* » [98].

1.3.2.1.1. Démarche préventive

- **Accompagner les PAI dans l'accomplissement des activités nécessaires à l'entretien de leur santé orale**

→ Éduquer la personne en santé orale et à l'hygiène alimentaire pour prévenir la carie dentaire :

Dans ses recommandations sur les stratégies de prévention de la carie dentaire en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que les professionnels de santé et les personnels intervenant auprès des personnes âgées ou handicapées dépendantes dispensent des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire [95]. Dans ses recommandations relatives à la pratique d'accompagnement de proximité de la santé orale des personnes, la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

recommande que les infirmiers « *offrent de la formation continue au client en ce qui a trait aux soins bucco-dentaires* » [99].

→ Accompagner la personne pour ce qui a trait à l'évaluation de son état bucco-dento-prothétique et de son risque d'altération de la santé orale [25,95,99-101] : La DGS (Direction Générale de la Santé), la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale) et la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie) recommandent d'examiner la cavité buccale (dents et muqueuses) à l'aide d'un abaisse-langue dans le cadre de la toilette buccale quotidienne [101]. L'ANAES recommande d'évaluer « *au moins quotidiennement l'état des lèvres, de la voix, de la salivation, de la déglutition et de la cavité buccale de l'adulte nécessitant des soins buccaux palliatifs (recherche d'érosions, d'aphtes, d'ulcérations, de dépôts blanchâtres, de gingivite)* » [25]. La RNAO recommande quant à elle que les « *données sur l'état de santé bucco-dentaire* » soient « *examinées régulièrement avec tous les membres de l'équipe de soins de santé bucco-dentaire afin de surveiller les progrès du client et de faciliter la mise en œuvre d'un plan de soins personnalisé* » [99].

→ Accompagner la personne pour ce qui a trait à l'accomplissement de ses soins de santé orale [25,95,99,101] : Les experts recommandent « *d'inclure l'hygiène bucco-dentaire dans la toilette du résident dans le but d'éviter la survenue d'infections respiratoires et les candidoses oro-pharyngées* » (recommandations de bonnes pratiques élaborées par consensus d'expert sur le thème de la prévention du risque infectieux en EHPAD) [100]. La DGS, la DGAS et la SFGG recommandent « *d'inciter le patient à réaliser la toilette lui-même mais à superviser* » [101]. La HAS recommande la « *participation active des personnels aidants (EHPAD, auxiliaires de vie, Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)) au maintien d'une bonne hygiène bucco-dento-prothétique* » chez les personnes âgées dépendantes institutionnalisées [95]. En ce qui concerne les personnes handicapées ayant des difficultés à se brosser les dents, la HAS recommande « *la participation active des familles, des personnels soignants et des éducateurs* » [95]. Pour l'adulte nécessitant des soins buccaux palliatifs, l'ANAES recommande « *d'impliquer l'entourage du patient dans la réalisation régulière du soin de bouche en complément de l'intervention de l'équipe soignante* » [25]. La RNAO recommande que les infirmiers « *fournissent et supervisent la prestation de soins bucco-dentaires aux clients, rappellent et indiquent à ces derniers qu'il est temps de le faire* » [99]. Il

s'agit des « *clients dont l'état de santé est déficient, ceux dont le degré de conscience est diminué, et ceux qui ont des dents (dentés) ou ceux qui n'en ont pas (édentés)* » [99].

→ Accompagner la personne pour ce qui a trait à l'acquisition des fournitures de soins de santé orale : La British Society for Disability and oral Health (BSDH) recommande que les boutiques des hôpitaux fournissent des brosses à dents, du dentifrice, des solutions nettoyantes pour prothèses dentaires et des solutions pour bain de bouche [102].

→ Accompagner la personne pour ce qui a trait à la consultation du chirurgien-dentiste pour le dépistage de ses troubles de santé orale et sa réhabilitation bucco-dento-prothétique : La HAS recommande la réalisation systématique d'un bilan bucco-dentaire des personnes âgées institutionnalisées à l'entrée dans l'établissement [95]. Elle recommande également « *un suivi régulier chez un chirurgien-dentiste afin d'aborder la santé bucco-dentaire dans son ensemble, prévention et soins* », à une fréquence « *adaptée en fonction des besoins de la personne en soins et en prévention* » [95]. Les experts recommandent une consultation dentaire annuelle [100]. La DGS, la DGAS et la SFGG recommandent « *un bilan odontologique à l'entrée dans l'établissement* », et de « *demande un bilan odontologique en fonction des besoins* » [101].

- **Assurer la coordination et la continuité de l'accompagnement de la santé orale des PAI**

→ Inclure la politique d'accompagnement de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées dans le projet d'établissement [103,104] : Le Comité « Avancée en âge » – présidé par le Dr Aquino – souhaite que la santé bucco-dentaire soit une thématique obligatoire dans les conventions tripartites, à la demande des Agences Régionales de Santé [103].

→ Identifier un référent voire un référent-formateur en santé orale dans l'unité de soins [10,101] : La qualité d'accompagnement institutionnel de la santé orale serait meilleure en présence d'un membre du personnel très compétent en santé orale [105]. Sa présence permettrait d'instaurer une « *vraie culture de la santé orale* » dans l'institution et d'améliorer la pérennité des effets des

interventions de formation en santé orale du personnel [10,105].

→ Systématiser la réalisation d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée en établissement et formaliser les modalités de la réévaluation périodique de l'état bucco-dento-prothétique [95,102-104] :

– La HAS recommande qu'une évaluation initiale du risque carieux soit réalisée à l'entrée dans l'établissement par un personnel soignant formé [95]. Les experts recommandent de « *pratiquer un examen bucco-dentaire* » [100].

– La DGS, la DGAS et la SFGG recommandent « *d'évaluer l'état de la cavité buccale* » [101].

– La RNAO recommande que « *dans le cadre de l'évaluation de l'admission du client, les membres de la profession infirmière obtiennent un historique de santé bucco-dentaire qui comprend les opinions et habitudes du client en matière d'hygiène buccale ainsi que l'état actuel de sa santé bucco-dentaire* » [99]. L'évaluation initiale (et continue) doit être effectuée avec « *un outil d'évaluation fiable, valide et normalisé* » [99]. Le choix de l'outil d'évaluation de l'état bucco-dentaire est fonction du milieu d'intervention, de la population dont la personne fait partie et du personnel qui l'utilise [99]. Il existe notamment l'outil « Oral Assessment Guide » (OAG) qui est validé chez les patients en oncologie ou encore les patients les plus âgés ([106]), l'outil « Revised Oral Assessment Guide » (ROAG) pour les patients gériatriques en réadaptation, ou encore l'outil « Oral Health Assessment Tool » (OHAT) validé par Chalmers et al. dans les institutions d'hébergement pour personnes âgées en Australie ([107]) [99].

– La BSDH recommande que ce bilan bucco-dentaire à l'admission dans l'institution soit réalisé par du personnel formé [102].

– Dans ses recommandations sur l'accompagnement de la santé orale des personnes ayant des séquelles d'AVC, la British Society of Gerodontology (BSG) recommande que le risque d'altération de la santé orale soit évalué dans le cadre de l'évaluation complète de la personne suite à un AVC [108]. La BSG recommande que l'état de la cavité buccale soit évalué en même temps que la dysphagie par un orthophoniste ou un infirmier [108]. En vue de la réalisation d'un projet personnalisé d'accompagnement de la santé orale, l'évaluation de l'état bucco-dentaire et des facteurs de risque d'altération de la santé orale de la personne doit notamment tenir compte de son régime alimentaire, des effets indésirables de ses traitements médicamenteux sur sa santé orale, de ses capacités fonctionnelles pour les activités d'entretien de la santé orale, et de son niveau de

dépendance d'une aide humaine pour l'accomplissement de ses soins d'hygiène bucco-dentaire quotidiens [108]. Cette évaluation doit être réalisée à intervalles de temps réguliers, en cas d'évolution de son déclin moteur ou cognitif, ou en cas d'évolution de sa prise en charge médicale [108].

– Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommande d'évaluer l'état de santé orale de la personne à l'admission dans l'institution à l'aide de l'outil d'évaluation OHAT [104]. Le NICE recommande de recueillir des informations sur : les pratiques d'hygiène bucco-dento-prothétique de la personne et sur son besoin d'aide ; les prothèses dentaires si elles existent et leur éventuelle identification ; les coordonnées de son chirurgien-dentiste, et la date et le lieu de la dernière consultation d'un chirurgien-dentiste. Le NICE recommande de planifier un bilan odontologique à ce stade, si nécessaire [104].

– Dans le cadre de leurs recommandations de bonnes pratiques sur l'accompagnement de la santé orale dans les institutions d'hébergement pour personnes âgées, Chalmers et al. recommandent d'utiliser l'outil d'évaluation OHAT, qui est une adaptation de l'outil d'évaluation de l'état bucco-dentaire « Brief Oral Health Status Examination » (BOHSE) [107].

→ S'assurer que chaque personne âgée institutionnalisée dispose d'un accompagnement adapté à ses attentes et ses besoins en santé orale [99,102,104,108]. Pour ce faire : établir un projet personnalisé d'accompagnement de la santé orale pour chaque personne à partir du rapport d'évaluation complète de la personne relativement à sa santé orale ; formaliser les modalités d'élaboration des projets personnalisés d'accompagnement de la santé orale ; et formaliser les modalités de réajustement des projets personnalisés d'accompagnement de la santé orale. Chalmers et al. proposent un modèle de projet personnalisé d'accompagnement de la santé orale [107].

→ Planifier les soins de santé orale dans le diagramme de soins, assurer la traçabilité de la toilette bucco-dento-prothétique « grâce à une fiche de suivi dans le cahier infirmier », et « évaluer régulièrement les résultats par le suivi des procédures et l'état de la bouche » [101].

→ Établir des protocoles d'accompagnement de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées selon la situation clinique [101,104] : La DGS, la DGAS et la SFGG

recommandent d'élaborer des procédures pour les situations suivantes : « *bouche normale dentée ou non, bouche pathologique (mycosique, douloureuse, sèche, etc.), hygiène des prothèses amovibles* » [101].

→ S'assurer que tous les professionnels garants de la protection de la santé orale de la personne âgée institutionnalisée disposent de l'intégralité des informations [sur la personne et sa situation] nécessaires à l'exercice de leur fonction d'accompagnement de la santé orale : pour ce faire, formaliser les modalités de collaboration interprofessionnelle et d'échange interprofessionnel d'informations, relativement à la santé orale de la personne âgée institutionnalisée.

→ S'assurer que les personnels sont informés ou formés dans le domaine de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées [95,99,102] : pour ce faire, formaliser les modalités de réponse au besoin d'information en santé orale des personnels de proximité et de coordination, et des personnes en formation.

– Le Comité « Avancée en âge » souhaite que la thématique bucco-dentaire soit incluse dans le plan de formation des EHPAD pour permettre le maintien de l'hygiène bucco-dentaire au quotidien [103].

– La HAS recommande que les professionnels de santé et les personnels intervenant auprès des personnes âgées et handicapées dépendantes soient formés pour dispenser des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire [95].

– La RNAO recommande que les infirmiers qui prodiguent directement ou indirectement des soins d'hygiène buccale à leurs « *clients* » prennent part « *à des séances de formation et d'enseignement appropriées et complètes dans ce domaine* » [99]. Selon la RNAO, l'enseignement en hygiène buccale doit, au minimum, aborder les points suivants : « *l'anatomie et la physiologie de la cavité buccale ; les pathologies de la cavité buccale, comme le cancer buccal, la chéilite angulaire des lèvres ou le zona ; le vieillissement normal de la cavité buccale ; le processus des maladies parodontales et les implications systémiques comme le diabète, les maladies du cœur et les AVC ; les outils et protocoles d'évaluation bucco-dentaire fiables et valables ; l'évaluation de la cavité buccale ; les effets secondaires indésirables de la médication (par exemple la xérostomie) ou*

d'autres traitements comme la chimiothérapie ou la radiothérapie (mucosite¹²) ; les rôles de l'équipe multidisciplinaire relativement aux soins bucco-dentaires ; les critères de renvoi au médecin traitant, à l'hygiéniste dentaire, au denturologue ou au dentiste ; la disponibilité des ressources en matière de conseils en hygiène dentaire, en denturologie ou en santé bucco-dentaire ; les produits appropriés de soins de santé bucco-dentaire » [99].

– La BSDH recommande que le personnel soit formé à l'évaluation bucco-dentaire de base, à la dispensation de soins de santé orale, et aux critères de renvoi au chirurgien-dentiste [102].

– Le NICE recommande aux institutions d'hébergement pour personnes âgées de s'assurer que le personnel qui accompagne les résidents dans l'accomplissement de leurs soins de santé orale comprennent l'importance de la santé orale et de ses effets sur la santé générale, le bien-être et la dignité [104]. Le personnel doit également comprendre l'impact potentiel d'une douleur dentaire non traitée ou d'une infection buccale sur le comportement et la santé générale des personnes qui ne peuvent pas exprimer leur douleur ou qui ne peuvent pas demander de l'aide (personnes atteintes de syndrome démentiel ou de difficultés pour communiquer) [104]. De plus, le personnel doit savoir : comment et quand réévaluer la santé orale des résidents ; comment dispenser des soins de santé orale quotidiens ; comment et quand signaler les troubles de santé orale des résidents, et comment répondre à un changement de besoins en santé orale du résident [104]. Le personnel doit avoir conscience de l'importance d'identifier les prothèses dentaires et il doit savoir comment les identifier [104].

– Dans sa lettre-circulaire DGOS/RH4 n°2011-210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des agents des établissements de la fonction publique hospitalière, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a rappelé combien des gestes simples et quotidiens pouvaient contribuer à la bien-traitance des personnes fragilisées ou dépendantes prises en charge, notamment les personnes âgées ou en situation de précarité [109]. La DGOS souhaite que les interventions de formation sur le thème de la prise en charge de la santé bucco-dentaire de ces personnes soient prioritairement destinées aux « cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale des services de gériatrie, Unités de Soins de Longue Durée (USLD), services de soins de suite et de réadaptation (SSR), santé mentale, unités de soins palliatifs, services accueillant des patients à risques : cardiologie, cancérologie, réanimation, etc. » [109]. Elle ajoute que « les

12 Ou « mucites »

médecins exerçant dans les structures de soins concernés peuvent également suivre cette formation » [109]. Cette formation doit avoir pour objectifs « *d'assurer la prise en charge quotidienne de la santé bucco-dentaire des personnes fragilisées ou en situation de dépendance : connaître et maîtriser les techniques d'hygiène bucco-dentaire de manière à assurer une prise en charge conforme aux bonnes pratiques ; identifier les besoins spécifiques en hygiène bucco-dentaire (handicap, dépendance, troubles cognitifs, maladies chroniques, soins palliatifs...)* » [109]. Le programme doit comprendre une partie théorique avec les éléments de contenu suivants : « *anatomie et physiologie de la cavité buccale ; principales pathologies infectieuses bucco-dentaires et leurs conséquences ; effets du vieillissement ; moyens de prévention des pathologies bucco-dentaires (techniques, méthodes et protocoles d'hygiène...)* ; *approche comportementale* » [109]. Il doit également comprendre une partie pratique avec une « *démonstration des techniques d'hygiène bucco-dentaire* » et des « *ateliers d'hygiène bucco-dentaire avec mise en situation clinique des participants* » [109].

– Pour Y. Rohr, un accompagnement de la santé orale efficace est possible si les infirmiers ont une connaissance et une compréhension de l'anatomie et de la physiologie d'une cavité buccale saine, afin de détecter les troubles de santé orale [110]. Ainsi, il est important que les infirmiers sachent que : la muqueuse buccale est constituée d'une couche de cellules muqueuses à division rapide qui recouvre la bouche depuis la fonction cutanéomuqueuse de la lèvre jusqu'à l'oropharynx ; la gencive saine est habituellement de couleur rose corail et qu'elle entoure les dents en assurant une ferme étanchéité autour d'elles, servant de ligne de défense contre les infections telles que la candidose ; le fait que la gencive soit plus rouge et plus enflée suggère une inflammation due à l'accumulation de plaque bactérienne ; les indicateurs visuels d'une cavité buccale saine sont une muqueuse humide et rose, des dents propres, une haleine fraîche, des gencives saines, des lèvres humides et lisses et des prothèses bien ajustées [110].

→ Éduquer/sensibiliser les proches de la PAI en santé orale : La HAS recommande qu'une information et une éducation pour la santé bucco-dentaire soit donnée à l'entourage des personnes âgées ou handicapées dépendantes par les professionnels de santé et les professionnels intervenant auprès de ces populations [95]. La RNAO recommande que les infirmiers offrent de la formation continue aux membres de la famille du « *client* » en ce qui a trait aux soins bucco-dentaires [99].

1.3.2.1.2. Démarche corrective

Cette démarche est déclenchée suite à la découverte d'au moins un trouble de santé orale ou d'un signe d'appel de trouble de santé orale chez la personne âgée durant son séjour institutionnel. Elle passe par :

→ La recherche d'un changement chez la personne défavorable à sa santé orale : baisse de motivation de la personne pour mettre en œuvre les mesures visant à maintenir ou à rétablir sa santé orale ; aggravation des troubles psycho-comportementaux associés au syndrome démentiel se manifestant par un comportement d'opposition aux soins ; aggravation des troubles de santé invalidants ; modification du traitement médicamenteux (apparition d'une candidose suite à une antibiothérapie) ; amaigrissement et fonte osseuse entraînant une instabilité prothétique ; fracture dentaire entraînant une ulcération traumatique, etc.

→ La recherche de causes environnementales faisant obstacle au maintien ou au rétablissement de la santé orale de la personne, telles que : un besoin d'éducation en santé orale de la personne non satisfait par les professionnels et personnels qui l'entourent ; un besoin d'information en santé orale du personnel de proximité non satisfait ; le suivi de protocoles de soins de santé orale obsolètes ; l'absence de projet personnalisé d'accompagnement de la santé orale ou son inadaptation aux attentes et besoins actuels de la personne ; un manque de matériel d'hygiène bucco-dento-prothétique ; un manque d'évaluation régulière de son état bucco-dento-prothétique ; un défaut d'accompagnement par le personnel de proximité dans l'accomplissement de ses soins de santé orale ; un défaut de suivi bucco-dento-prothétique par un chirurgien-dentiste ; ou encore un défaut de soins bucco-dento-prothétiques au cabinet dentaire pour quelque raison que ce soit.

→ Le traitement des causes identifiées, lorsque c'est possible : Organiser une formation interne pour les personnels sur le thème de la santé orale ; intégrer la thématique bucco-dentaire dans le prochain projet d'établissement et dans le prochain plan de formation continue ; mettre à disposition du personnel de proximité des protocoles de soins de santé orale élaborés en interdisciplinarité à partir des recommandations de bonnes pratiques ; réévaluer l'état bucco-dento-prothétique et le

risque d'altération de la santé orale, puis réajuster le projet personnalisé d'accompagnement de la santé orale ; rééduquer la personne en santé orale ; acquérir du matériel d'hygiène bucco-dento-prothétique ; s'entretenir avec la famille de la personne ou son tuteur ; organiser une prise en charge odonto-stomatologique, etc.

1.3.2.2. Répartition des tâches au sein des personnels de proximité et de coordination

Dans les institutions médicalisées hébergeant des personnes âgées, l'ensemble des tâches relatives à l'accompagnement de la santé orale pré-citées relèvent du rôle de l'Infirmier Diplômé d'État (IDE). En effet, il dispose notamment des compétences pour « *évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier* », « *concevoir et conduire un projet de soins infirmiers* », « *mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique* », « *initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* », « *communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* », « *organiser et coordonner des interventions soignantes* », ou encore « *informer et former des professionnels et des personnes en formation* » [111]. L'IDE « *donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* » [112].

→ Dans le cadre de son rôle propre, il peut « *élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative* » [113]. Il est également chargé de « *la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers* » [113]. Les soins sur rôle propre sont « *liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie* » [113]. Ils visent à « *compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* » [113], à « *identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement* », et comprennent « *son information et celle de son entourage* » [114]. Les actes suivants relèvent notamment du rôle propre infirmier : les « *soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et son environnement* » ; la « *surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire* », « *l'aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable* » ; la « *vérification de leur prise* » ; la « *surveillance de leurs effets et l'éducation du patient* » ; les « *aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non*

intubé ou trachéotomisé » ; le « recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance » ; les « soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ». L'IDE peut assurer les soins relevant de son rôle propre « avec la collaboration des aides-soignants et des aides médico-psychologiques qu'il encadre dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation » [115].

→ Les « *soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale* » relèvent du rôle prescrit [116].

En EHPAD, l'IDE assure les soins relevant de son rôle propre avec la collaboration des Aides-Soignants (AS), des Aides Médico-Psychologiques (AMP) / Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) / Accompagnants Éducatifs et Sociaux (AES), des Assistants de Soins en Gériatrie (ASG) et des agents de service « faisant-fonction d'aides-soignants » (Agents de Service Hospitalier qualifié (ASH) dans le secteur public) [117].

→ L'AS « *dispense des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie du résident* » [118]. Il dispose notamment des compétences pour : « *accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie* » ; « *apprécier l'état clinique d'une personne* » ; « *rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins* » [119]. L'AS a notamment pour fonctions de : « *dispenser des soins d'hygiène bucco-dentaire et des soins de bouche non médicaux en fonction de l'autonomie et du handicap* » ; « *aider à la prise de médicaments sous forme non injectable* » ; « *donner des conseils simples aux familles et aux patients sur l'hygiène de la vie courante* » ; « *recueillir les informations concernant les soins et les patients* », « *transmettre les observations et mesures réalisées* » ; et « *montrer et expliquer les modalités de réalisation des activités aux stagiaires en formation* » [118].

→ L'AMP, l'AVS et l'AES exercent la même activité sous la responsabilité de l'IDE. Le diplôme d'AES remplace et fusionne les diplômes d'AMP et d'AVS depuis 2016. L'AES réalise « *une intervention sociale au quotidien visant à compenser les conséquences d'un handicap, quelles*

qu'en soient l'origine ou la nature » [120]. Il a notamment pour fonctions de : « *participer à la définition du projet personnalisé* » ; « *organiser et ajuster son intervention en fonction des évolutions constatées au quotidien* » ; « *aider aux soins d'hygiène en fonction de l'autonomie ou du handicap* » ; « *aider à la prise de médicaments* » (si c'est un acte de la vie quotidienne) ; « *observer, identifier et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé, de détresse ou de douleur, tout état inhabituel de la personne* » ; « *transmettre et rendre compte de ses observations et de ses actions à son encadrement, à l'équipe et/ou aux partenaires dans un but de cohérence, d'adaptation et de continuité de l'accompagnement* » ; et « *accompagner les nouveaux professionnels et stagiaires* » [120]. Il doit « *évaluer ce qui relève d'une intervention d'urgence, immédiate à court terme, ou d'une vigilance dans la durée* », « *appliquer les principes et les éléments d'hygiène de base pour la réalisation de la toilette* », ou encore « *accompagner le développement de l'autonomie de la personne en utilisant des aides techniques* » [120].

→ Les ASG sont des AS et des AMP ayant suivi une formation préparant à la fonction d'ASG. Cette formation apporte des « *savoirs et savoir-faire relatifs à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées permettant un accompagnement adapté des personnes atteintes de cette maladie* » [121].

→ Les ASH qualifiés « *sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades* » [122].

En EHPAD, tous ces professionnels sont encadrés par un médecin coordonnateur [123], et par un Infirmier Diplômé d'État référent si « *l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente* » [124].

→ Le médecin coordonnateur assure l'encadrement médical de l'équipe soignante. Son existence est censée garantir « *une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé* » [125]. Pour un EHPAD dont la capacité d'accueil autorisée est comprise en 60 et 99 places, le médecin coordonnateur doit être présent à mi-temps [123]. Son rôle est notamment de définir les priorités de soins avec l'équipe soignante, de faciliter la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, ou encore de contribuer à une bonne organisation de la permanence des soins [125]. Quatorze missions lui sont octroyées par décret,

parmi lesquelles : l'élaboration, la coordination et la mise en œuvre du projet général de soins de l'établissement et par voie de conséquence des projets de soins personnalisés, avec le concours de l'équipe soignante ; l'évaluation et la validation de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis ; le contrôle de l'application des bonnes pratiques gériatriques et la contribution à l'évaluation de la qualité des soins ; l'élaboration d'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents ; la contribution à la mise en œuvre d'une politique de formation et la participation aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ; l'élaboration d'un dossier type de soins [125].

→ L'IDE référent travaille en collaboration avec le médecin coordonnateur. Sur le terrain, il a une fonction similaire à celle du cadre de santé. Il constitue « *la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement* », et il « *assure un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gérontologiques de qualité* » [124]. Il « *veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité* ». Il est « *responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre* », et il « *veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours* » [126].

Dans les structures d'hébergement non médicalisées pour adultes handicapés, les AMP/AES exercent leur activité sous la responsabilité d'Éducateurs Spécialisés (ES) et de Moniteurs-Éducateurs (ME). L'ES et le ME accompagnent la personne dans le développement de ses capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion [127,128]. Ils élaborent leur intervention en fonction de l'histoire de la personne et de ses potentialités psychologiques, physiques, affectives, cognitives, sociales et culturelles. Ils doivent « *savoir repérer, apprécier en équipe les indices inquiétants concernant la santé ou la mise en danger des personnes confiées* » [127,128].

1.3.3. Synthèse de la partie 1.3.

Le diagramme de l'illustration 4¹³ montre le protocole d'accompagnement institutionnel de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées. Le Tableau 11¹⁴ de l'Annexe 5 donne des exemples de troubles invalidants dont les personnes âgées institutionnalisées autonomes, semi-autonomes et non autonomes peuvent être atteintes.

Le diagramme qui suit (Illustration 5)¹⁵ montre comment le personnel de proximité et le personnel de coordination peuvent maîtriser le risque d'altération de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées, et le risque d'altération de la santé générale lié à une mauvaise santé orale.

Pour conclure cette partie 1, nous proposons ci-après notre traduction du résumé proposé par Glick et coll. de la nouvelle définition de la santé orale élaborée par la Fédération Dentaire Internationale (FDI) en 2016 [129]. Cette définition démontre bien l'impérieuse nécessité de protéger sa santé orale et celle de la personne insuffisamment autonome :

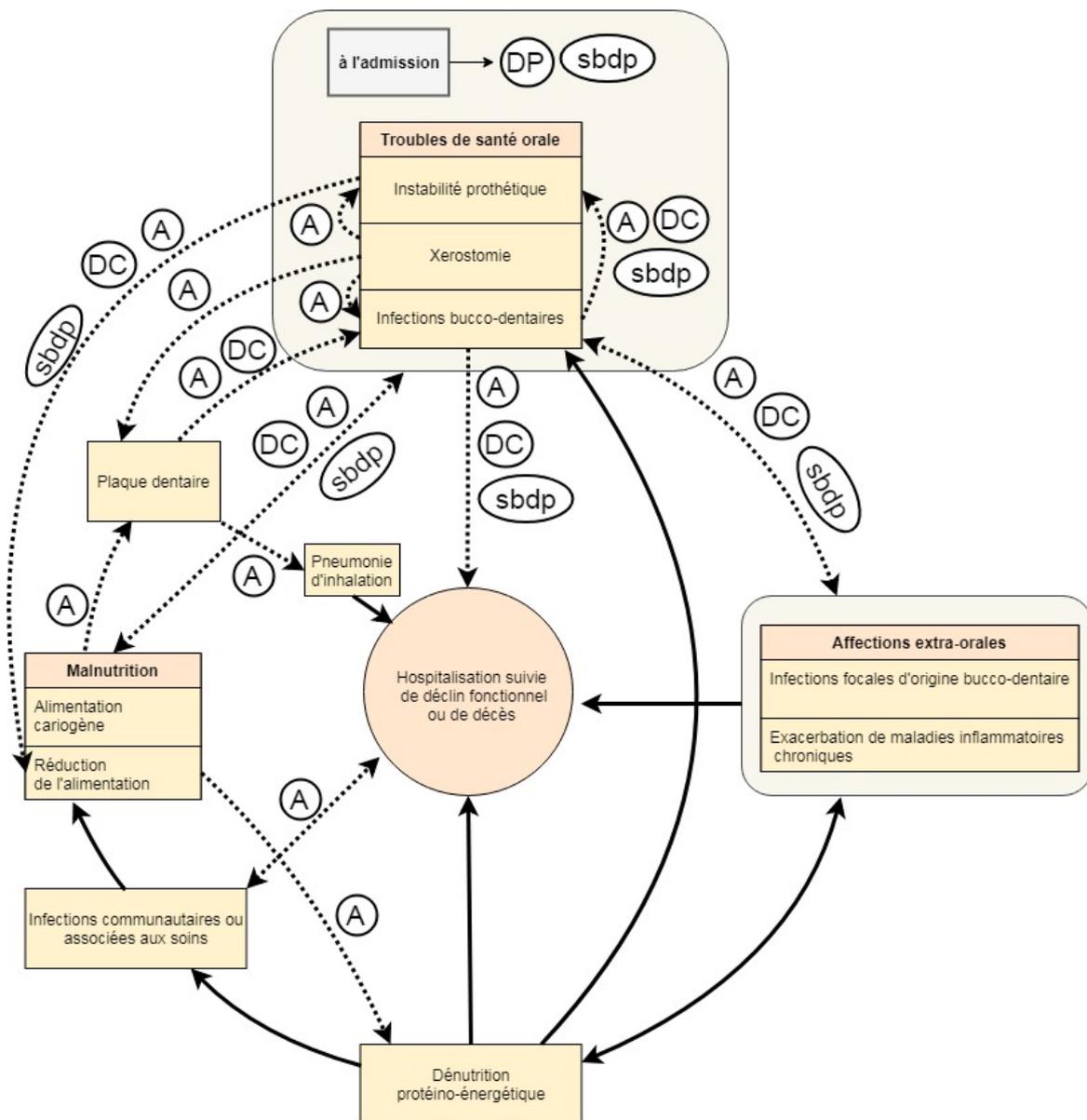
« La santé bucco-dentaire a plusieurs facettes et inclut la capacité de parler, sourire, sentir, goûter, toucher, mâcher, avaler et transmettre une gamme d'émotions à travers les expressions faciales avec confiance et sans douleur, sans inconfort et sans maladie du complexe cranio-facial. D'autres attributs incluent que c'est un élément fondamental de la santé et du bien-être physique et mental. La santé orale existe le long d'un continuum influencé par les valeurs et les attitudes des individus et des communautés ; elle reflète les attributs physiologiques, sociaux et psychologiques qui sont essentiels à la qualité de vie ; elle est influencée par les changements d'expériences, de perceptions, d'attentes et de capacités d'adaptation des individus aux circonstances. »¹⁶ .

13 Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches.

14 Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches.

15 Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches.

16 *« Oral health is multi-faceted and includes the ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow and convey a range of emotions through facial expressions with confidence and without pain, discomfort and disease of the craniofacial complex. Further attributes include that it is a fundamental component of health and physical and mental wellbeing. It exists along a continuum influenced by the values and attitudes of individuals and communities; [it] reflects the physiologic, social, and psychological attributes that are essential to quality of life; [it] is influenced by the individual's changing experiences, perceptions, expectations and ability to adapt to circumstances. »*



- (DP)** Démarche de gestion du risque d'altération de la santé orale préventive
- (A)** Accompagnement de proximité de la personne âgée institutionnalisée dans la maîtrise de son risque d'altération de la santé orale (éducation, stimulation, suppléance, inspection de la cavité buccale)
- (DC)** Démarche de gestion du risque d'altération de la santé orale corrective
- (sbdp)** Organisation de la consultation odontologique pour la réalisation de soins bucco-dento-prothétiques
-➔** Prévention possible de la conséquence
- ➔** Prévention difficile de la conséquence

Illustration 5: Interventions institutionnelles permettant de maîtriser le risque d'altération de la santé orale de la personne âgée institutionnalisée, et le risque d'altération de la santé générale lié à une mauvaise santé orale

2. Matériel et méthode

2.1. Présentation du projet

2.1.1. Objectifs

Ce projet vise l'amélioration de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées par l'intermédiaire de l'amélioration de la qualité de leur accompagnement institutionnel dans la maîtrise de leur risque d'altération de la santé orale.

Ce projet consiste à élaborer pour le personnel de proximité des personnes âgées institutionnalisées un outil pédagogique numérique sur la santé orale ayant vocation à lui être utile dans sa pratique quotidienne d'accompagnement de la santé orale. Il s'agit de lui proposer des protocoles opérationnels pour sa pratique d'accompagnement de la personne âgée institutionnalisée dans l'accomplissement de ses soins de santé orale, et des informations théoriques sur la santé orale des personnes âgées.

Ce projet répond d'une part à une demande explicite de formation en santé orale du personnel de proximité des personnes âgées institutionnalisées, et d'autre d'autre part à son besoin manifeste d'information en santé orale, eu égard : aux lacunes déclarées par celui-ci dans l'état de ses connaissances en santé orale ; à l'écart entre ses pratiques d'accompagnement de la santé orale et les pratiques recommandées ; et à l'existence de besoins de prévention et de soins bucco-dentaires non couverts chez les personnes âgées institutionnalisées.

Ce projet s'inscrit dans un programme de prévention et de promotion de la santé orale pour les personnes âgées institutionnalisées à stratégies multiples. Au sens du modèle conceptuel socio-environnemental de Richard et collaborateurs sur les stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé des populations et groupes d'individus [130], ce programme inclut :

– Une intervention « *centrée sur le changement individuel* » : ce projet a consisté en l'élaboration et la validation d'un document d'information et de motivation destiné aux personnes âgées

institutionnalisées, par le Dr S. Belabdi Mokrane en 2011 [217] ;

– Une intervention « *centrée sur le changement interpersonnel* » : ce projet a consisté en la conception, la réalisation et la validation d'un site internet d'information et de conseils bucco-dentaires pour les familles des personnes âgées hébergées en EHPAD, respectivement par le Dr S. Meyrignac en 2013 [218], le Dr P. Bonhomme Aizier en 2013 [219], et le Dr T. Cormier en 2015 [220] ;

– Une intervention « *centrée sur le changement organisationnel* » : il s'agit de notre projet.

2.1.2. Cahier des charges

2.1.2.1. Forme

L'outil doit s'intituler « *Informations et protocoles de santé bucco-dentaire à destination du personnel soignant des personnes âgées institutionnalisées* ». L'outil doit comprendre :

- Un guide de présentation et d'utilisation de l'outil
- Trois niveaux d'approfondissement, du général au très précis :

→ Le niveau I : il doit se présenter sous la forme d'un arbre décisionnel. Cet arbre décisionnel est un protocole d'accompagnement de proximité de la santé orale de la personne âgée institutionnalisée, selon la présence et le type de prothèses dentaires amovibles.

→ Le niveau II : il doit être accessible par le niveau I et doit comprendre :

– Des informations théoriques sur les produits et techniques de soins de soins de santé orale (soins d'hygiène bucco-dento-prothétique et soins buccaux avec application de produits médicamenteux ou non), les indicateurs des troubles de santé orale courants (et leurs diagnostics différentiels), et la conduite à tenir face aux troubles de santé orale courants. Ces informations sont

essentielles, brèves et compréhensibles par tout professionnel de proximité quel que soit son secteur d'appartenance (médical, paramédical, social) ;

– Trois démonstrations filmées indépendantes sur la procédure d'accompagnement de proximité de la personne âgée institutionnalisée dans l'accomplissement de ses soins d'hygiène bucco-dento-prothétique : une démonstration filmée de 10 minutes sur la procédure d'accompagnement chez la personne dentée non appareillée, une démonstration filmée de 10 minutes sur la procédure d'accompagnement chez la personne édentée partielle appareillée, une démonstration filmée de 10 minutes sur la procédure d'accompagnement chez la personne édentée totale appareillée.

→ Le niveau III : il doit être accessible par le niveau II et doit comprendre des explications plus détaillées pour le professionnel qui souhaite approfondir ses connaissances.

- Un outil à compléter en support à la pratique :

Il s'agit de réaliser un gabarit de formulaire à cocher ayant vocation à être rempli par le personnel de proximité dans le cadre d'un examen de la cavité buccale de la personne âgée institutionnalisée. Il est impératif d'y intégrer certaines données issues de la classification des diagnostics infirmiers de l'Association NANDA-International (North American Nursing Diagnosis Association), caractérisant les diagnostics infirmiers « *Impaired dentition* »¹⁷, « *Impaired oral mucous membrane* »¹⁸ et « *Risk for impaired oral mucous membrane* »¹⁹ qui concernent les personnes âgées institutionnalisées [131]. Ces données doivent également s'articuler avec le protocole d'accompagnement de proximité de la santé orale de la personne âgée institutionnalisée selon la présence et le type de prothèses dentaires amovibles (du niveau I).

→ Les diagnostics infirmiers sont enseignés dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et mis en application dans les unités de soins avec des plans de soins guides [132]. Les diagnostics infirmiers sont posés par le personnel soignant pour réaliser des « transmissions ciblées » d'informations sur la situation clinique [132]. L'utilisation par tout le personnel soignant de ces diagnostics infirmiers et des données qui les caractérisent permet d'assurer la qualité et la continuité des soins, grâce à un langage professionnel commun. Pour réaliser une transmission

17 Denture altérée

18 Atteinte de la muqueuse buccale

19 Risque d'atteinte de la muqueuse buccale

ciblée et mettre en œuvre une intervention adaptée au diagnostic infirmier posé, le personnel soignant doit idéalement utiliser la Classification des Interventions de Soins Infirmiers (CISI) et la classification des résultats en soins infirmiers « Nursing Outcomes Classification » (NOC), en plus de la classification des diagnostics infirmiers NANDA-International [132].

- Un glossaire
- Une galerie d'images

Autres impératifs :

- Une constance dans le style utilisé tout au long de l'outil sur le plan des titres, de la police, de la taille de police, de la graisse de la police, de la couleur, etc.
- Une composition visuelle attrayante et aérée, avec le minimum de texte, une importante iconographie, et l'intégration de schémas/dessins réalisés par soi-même de préférence.
- Une production de l'outil en format numérique pour faciliter la diffusion de l'outil, pour naviguer à l'intérieur du document par l'utilisation d'hyperliens, pour afficher des explications au survol d'un élément par la souris, et pour ajouter des produits complémentaires (photos, schémas animés, vidéos). Il est demandé de réaliser un DVD numérique.

2.1.2.2. Contenu

- Recommander trois toilettes bucco-dentaires par jour (après chaque repas) ;
- Ne pas recommander de ranger la brosse à dent tête en haut dans un verre, mais à plat ;
- Ne pas recommander l'utilisation du fil dentaire dans le cadre des soins d'hygiène bucco-dentaire de routine, mais la recommander pour éliminer les débris alimentaires coincés entre les dents ;
- Recommander l'utilisation des brossettes inter-dentaires ;
- Ne pas recommander l'utilisation d'un gratte-langue dans le cadre des soins d'hygiène bucco-

dentaire de routine ;

- Recommander un rinçage de la prothèse dentaire après le petit-déjeuner, un rinçage après le déjeuner, et un nettoyage avant le coucher ;
- Ne pas recommander de faire tremper les prothèses dentaires amovibles dans une solution désinfectante (bain de culture en cas d’oubli) ;
- Recommander de conserver les prothèses dentaires amovibles au sec dans leur boîte la nuit ;
- Déconseiller l’utilisation de bâtonnets ouatés glycélinés et citronnés ;
- Ne pas utiliser le terme « soin de bouche » ;
- Ne pas faire la promotion d’un produit ou d’une marque.

2.1.3. Méthode

Il n’existe pas de guide d’élaboration d’un outil numérique pédagogique pratique à l’intention de professionnels du secteur paramédical et social. Par contre, il existe des guides dont les méthodes d’élaboration d’outils ou d’interventions peuvent nous inspirer pour définir la méthode de réalisation de notre outil :

- Un manuel d’élaboration d’un guide de bonnes pratiques, réalisé par l’Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Québec) en 2015 [133] ;
- Un guide méthodologique d’élaboration d’un document écrit d’information à l’intention des patients et usagers du système de santé, réalisé par la HAS en 2008 [134] ;
- Un guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD) dans le monde de la santé, réalisé par la HAS en 2015 [135] ;
- Un guide pour concevoir et élaborer des cours d’apprentissage numérique, recommandé par la HAS et réalisé par l’Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO) en 2012 [136] ;
- Un référentiel des critères de qualité des outils d’intervention en éducation pour la santé, réalisé par l’Institut National de Prévention et d’Éducation pour la Santé (INPES) en 2005 [137].

L'analyse de ces guides se trouve dans les Tableaux²⁰ 12, 13, 14, 15 et 16 de Annexe 6. On peut noter :

- la nécessité d'élaborer l'outil en interdisciplinarité avec la participation des destinataires de l'outil ;
- la nécessité de recueillir les attentes des destinataires ;
- la nécessité d'analyser les besoins et les tâches des destinataires de l'information, ainsi que les besoins des bénéficiaires finaux de l'outil afin d'élaborer un outil dont le contenu est pertinent et attrayant, utilisable dans la pratique quotidienne ;
- la nécessité d'analyser les parties prenantes qui peuvent tant aider que nuire à l'application des bonnes pratiques proposées ;
- la nécessité de définir des objectifs d'apprentissage pour faciliter la définition des éléments du contenu pédagogique ;
- la nécessité de tester la maquette de l'outil auprès de ses destinataires et de la modifier en conséquence, pour répondre le plus possible à leurs besoins et à leurs attentes ;
- la nécessité d'élaborer un contenu fondé scientifiquement, et de transmettre des recommandations de bonnes pratiques faisant consensus et transférables ;
- la nécessité d'inclure un guide d'utilisation de l'outil ;
- la nécessité de fournir des documents imprimables utilisables dans la pratique quotidienne, de préférence sous forme de logigrammes ;
- la nécessité de faire appel aux services de personnes compétentes sur le plan pédagogique et technique, en plus d'un expert en la matière ;
- la nécessité d'évaluer l'outil quelque temps après son implantation, et à distance, pour évaluer son impact à court et long terme ;
- la nécessité de rééditer l'outil en fonction de l'évolution des recommandations de bonnes pratiques et des connaissances scientifiques sur le sujet, et en fonction des attentes des destinataires.

20 Réalisés par nous-même pour synthétiser nos recherches

Dans le cadre de notre projet, il n'est pas prévu d'élaborer l'outil en interdisciplinarité et de faire participer les destinataires, de recueillir les attentes des destinataires, de définir des objectifs d'apprentissage, de tester une maquette de l'outil auprès des destinataires, et d'analyser les parties prenantes. Toutefois, il est prévu d'évaluer l'outil après son élaboration et son implantation. Pour définir notre méthode d'élaboration du projet, nous adaptons le modèle de conception pédagogique ADDIE (Analyse, Design, Développement, Implémentation, Évaluation). Ce modèle est recommandé dans le guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD) dans le monde de la santé [135], et décrit dans le guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique [136].

→ **Étape 1 : Analyse**

1.1. Analyse du besoin d'information en santé orale du personnel de proximité des personnes âgées institutionnalisées.

1.2. Identification et analyse des ressources similaires existantes sur le sujet.

1.3. Analyse de la littérature pour satisfaire aux exigences du cahier des charges.

→ **Étape 2 : Conception**

→ **Étape 3 : Développement**

→ **Étape 4 : Mise en œuvre**

→ **Étape 5 : Évaluation**

2.2. Présentation du travail à réaliser dans le cadre de cette thèse

2.2.1. Objectifs

Dans le cadre de cette thèse, nous réalisons les premières étapes de l'élaboration de l'outil :

→ L'étape 1 « Analyse »

→ Une partie de l'étape 2 : il s'agit d'identifier les savoirs nécessaires à l'accomplissement des tâches d'accompagnement de proximité de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées, et de donner des clés pour élaborer cette partie.

2.2.2. Méthode

- **Analyse du besoin d'information**

Il s'agit d'analyser le besoin d'information en santé orale du personnel de proximité, implicite ou explicite, exprimé ou non exprimé.

- **Identification et analyse des ressources similaires existantes sur ce sujet**

Nous rechercherons dans la littérature :

– des protocoles gratuits accessibles en français en ligne (sur le web), pour accompagner la personne âgée institutionnalisée dans l'accomplissement de ses soins de santé orale, de préférence destinés au personnel ;

– des vidéos gratuites accessibles en français en ligne, de démonstration de l'accompagnement de la personne âgée dépendante pour l'accomplissement de ses soins de santé orale, de préférence destinées au personnel ;

– des outils pédagogiques gratuits accessibles en français en ligne, sur le thème de la santé orale des personnes âgées et des modalités d'accompagnement de leur santé orale en institution, de préférence destinés au personnel.

- **Analyse de la littérature pour satisfaire aux exigences du cahier des charges**

Il faut :

→ Réaliser une revue de littérature sur les tâches du personnel de proximité relativement à l'accompagnement de proximité des personnes âgées institutionnalisées dans la maîtrise de leur risque d'altération de la santé orale. L'analyse des tâches a déjà été réalisée dans la partie 1.3.2.

→ Réaliser une revue de littérature sur les soins d'hygiène bucco-dento-prothétique et les modalités d'accompagnement d'une personne âgée insuffisamment autonome et non autonome dans l'accomplissement de ses soins d'hygiène bucco-dento-prothétique. En ce qui concerne les modalités d'accompagnement de la personne pour l'accomplissement de ses soins d'hygiène bucco-dento-prothétique, nous pouvons reprendre les résultats de notre revue de littérature précédente sur les ressources similaires existantes sur le sujet.

→ Extraire les données caractérisant les diagnostics infirmiers « *Impaired dentition* », « *Impaired oral mucous membrane* » et « *Risk for impaired oral mucous membrane* » de NANDA-International [131] qui concernent les personnes âgées institutionnalisées.

→ Réaliser une revue de littérature sur les signes et symptômes et les interventions à mettre en œuvre pour : chaque donnée (concernant les personnes âgées) présentée dans le diagnostic infirmier « *Impaired dentition* » ; chaque donnée (concernant les personnes âgées) présentée dans le diagnostic infirmier « *Impaired oral mucous membrane* » ; chaque donnée (concernant les personnes âgées) présentée dans le diagnostic infirmier « *Risk for impaired oral mucous membrane* ». Pour cette revue de littérature, nous pouvons reprendre les résultats de notre revue de littérature précédente sur les ressources similaires existantes sur le sujet.

Cette revue de littérature servira lors de l'élaboration même de l'outil pour :

– construire le squelette du protocole d'accompagnement de proximité de la personne dans la maîtrise de son risque d'altération de la santé orale (sous forme de logigramme). Sur ce squelette se trouveront les modules (clicables) du niveau I qui sont : les tâches d'accompagnement de proximité de la santé orale ; les états pathologiques dentaires ; les états pathologiques muqueux ; les facteurs de risque d'altération de la muqueuse buccale ; les facteurs de risque d'altération dentaire.

– définir les éléments d'information utiles pour accomplir ces tâches, puis définir les modules de

niveau II et de niveau III qui comprendront ces informations.

3. Résultats

3.1. Revue de littérature

3.1.1. Besoin d'information en santé orale du personnel de proximité

A l'issue de cette analyse de la littérature, nous notons qu'il existe un besoin d'information en santé orale du personnel de proximité :

- explicite non exprimé, eu égard à l'existence de besoins en prévention et soins bucco-dentaires non couverts, pouvant témoigner d'un besoin d'information en santé orale du personnel de proximité ;
- explicite exprimé, eu égard à sa demande d'information en santé orale ;
- implicite non exprimé, eu égard à l'écart entre les pratiques d'hygiène bucco-dento-prothétique observées et recommandées ;
- implicite exprimé, eu égard à ses propos sur les causes du défaut de qualité d'accompagnement de proximité de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées.

3.1.1.1. Les besoins de prévention et de soins bucco-dentaires chez les personnes âgées institutionnalisées, témoins du besoin d'information en santé orale du personnel de proximité

Toutes les enquêtes épidémiologiques menées depuis la création des EHPAD en l'an 2000 ont montré que la santé orale des personnes âgées institutionnalisées était altérée [10-20] :

– Des enquêtes régionales réalisées de 2000 à 2006 ont révélé que 33 à 55,2 % des résidents avaient de la plaque dentaire en excès [11,13,16-19], 9 à 38 % présentaient une inflammation gingivale [11-13,16-19], et 6 à 13,1 % présentaient une atteinte des muqueuses (blessures ou pathologies) [11-13,16-18]. Sur le plan des besoins de soins bucco-dentaires, 34,5 à 60 % des résidents dentés nécessitaient des extractions dentaires [11-17,19], et 24,7 à 39 % des résidents dentés nécessitaient des soins conservateurs [11-17,19]. D'une manière générale, 57,7 à 79,1 % des résidents nécessitaient une prise en charge odonto-stomatologique [11-14,16-18].

– Une enquête menée auprès de 431 résidents d'EHPAD de la région Rhône-Alpes en 2009 a révélé que 32,3 % des résidents avaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire, 77,6 % des prothèses dentaires adjointes étaient couvertes de débris alimentaires et de tartre, 70,8 % des résidents non autonomes avaient des problèmes de parodontite contre 56,6 % des résidents autonomes, et 72,7 % des résidents non autonomes avaient des caries contre 75,8 % des résidents autonomes [20].

– Une enquête réalisée d'octobre 2012 à octobre 2013 auprès de 331 résidents d'EHPAD du parc AGIRC-ARCCO (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres et Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés) a révélé que 60,5 % d'entre eux avaient de la plaque dentaire (dont 19,5 % en excès), 50,4 % du tartre, 10,6 % des prothèses mal nettoyées, 52 % des problèmes de parodontite, 9,1 % une atteinte des muqueuses. Une proportion de 39,6 % des résidents nécessitaient un détartrage, 37,6 % des soins conservateurs, 26,6 % des extractions dentaires, et 37,1 % des résidents avaient besoin d'une prothèse dentaire adjointe. Une proportion de 14,2 % des résidents nécessitaient des soins d'urgence pour douleur, blessure, infection ou mobilité [10]. D'une manière générale, 57 % des résidents nécessitaient une prise en charge odonto-stomatologique [10]. Cette enquête rapporte que parmi les résidents examinés : 72,1 % des résidents examinés accomplissaient eux-mêmes leurs soins d'hygiène bucco-dentaire, 14,5 % avaient besoin d'aide, et 12,9 % étaient totalement assistés pour ces soins ; 78,1 % nettoyaient leurs prothèses dentaires amovibles seuls, 13,5 % avaient besoin d'aide, et 8,4 % étaient totalement assistés pour ce

soin [10].

Cela peut signifier que :

→ Certains résidents ont besoin d'être éduqués en santé orale, ou simplement motivés. Cela peut signifier aussi que leur niveau d'autonomie dans l'accomplissement de leurs soins d'hygiène bucco-dento-prothétique a été mal évalué ;

→ Le personnel de proximité ne dispose pas des moyens nécessaires pour accompagner correctement les résidents en perte d'autonomie dans l'accomplissement de leurs soins d'hygiène bucco-dento-prothétique (manque de temps, de matériel, de connaissances en santé orale, méconnaissance des recommandations de bonnes pratiques d'accompagnement de la santé orale, absence de protocoles de soins de santé orale, etc.). Cela peut témoigner aussi d'un manque de professionnalisme ;

→ Certains résidents ne bénéficient pas de soins bucco-dentaires par : renoncement aux soins bucco-dentaires de leur part ; impossibilité de se déplacer au cabinet dentaire (état médical compromis, pas de véhicule institutionnel, pas de possibilité pour la famille d'accompagner leur parent au cabinet dentaire, pas de moyens financiers pour régler les soins bucco-dentaires, etc.) ; impossibilité pour le chirurgien-dentiste de réaliser les soins bucco-dentaires de son patient âgé institutionnalisé, en raison d'un comportement d'opposition aux soins de santé orale, etc.

– L'analyse par Thiébaud et al des résultats d'enquêtes déclaratives Handicap-Santé-Ménages/Handicap-Santé-Institution (HSM/HSI) conduites en 2008-2009²¹ peut confirmer ces hypothèses [138]. Cette enquête rapporte que :

– la probabilité de recours à un chirurgien-dentiste était diminuée de 25 % lorsque les personnes âgées étaient institutionnalisées par rapport à celles vivant à domicile.

– Celles qui étaient âgées de plus de 90 ans avaient deux fois moins de chances d'accéder aux soins bucco-dentaires que celles de 60 ans ;

– La probabilité de recours à un chirurgien-dentiste était diminuée de 22 % lorsque les résidents souffraient de troubles cognitifs, causés par exemple par la maladie d'Alzheimer.

²¹ Par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) et la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de la Statistique (DREES).

– Une autre enquête réalisée auprès de 50 personnes accueillies dans un EHPAD alsacien en 2014 peut confirmer ces hypothèses [139] : cette enquête rapporte que 96 % d’entre elles avaient des besoins de soins bucco-dentaires. Or, douze mois plus tard, les enquêteurs ont été informés que seulement la moitié d’entre elles avait bénéficié d’une prise en charge par un chirurgien-dentiste.

3.1.1.2. L’écart entre les pratiques d’hygiène bucco-dento-prothétique observées et recommandées, et le manque de connaissances en santé orale du personnel de proximité

Les enquêtes suivantes témoignent du besoin d’information en santé orale du personnel de proximité, par la mise en évidence d’un écart entre les pratiques d’accompagnement de la santé orale observées et recommandées, et du manque de connaissances en santé orale du personnel de proximité :

– Une proportion de 40 à 68,2 % des résidents examinés dans les enquêtes régionales réalisées de 2000 à 2006 bénéficiaient de soins d’hygiène bucco-dentaire quotidiens [11,13,14,17-19], et 89 à 91,6 % des résidents bénéficiaient d’un nettoyage de leurs prothèses adjointes [12,13,17]. Parmi les directeurs et le personnel soignant interrogés, 63,6 à 83 % estimaient que la qualité de l’accompagnement des résidents pour l’accomplissement des soins d’hygiène bucco-dento-prothétique était insuffisante [11-13,15,17-19]. Une proportion de 77 % des directeurs interrogés ont déclaré que le personnel soignant était insuffisamment formé à l’hygiène bucco-dentaire [12,13,17]. Pour 11 à 25 % des soignants interrogés, le manque de formation en santé orale était une cause du défaut de qualité d’accompagnement des résidents pour l’accomplissement des soins d’hygiène bucco-dento-prothétique, avec le manque de personnel, de temps, de matériel et de planification des soins [14-16,18,19]. Une proportion de 7 à 53 % des soignants interrogés étaient demandeurs d’information ou de formation en santé orale [11,13,14,17,19], et 35,4 à 53 % étaient demandeurs de protocoles d’hygiène bucco-dento-prothétique [13,17,19].

– Un audit clinique conduit dans trois EHPAD en Sarthe en 2010 a révélé des écarts importants entre les pratiques d’accompagnement de la santé orale observées et recommandées [21] : une

proportion de 96 % des ASH interrogés déclaraient avoir déjà réalisé des soins d'hygiène BD dans leur service ; il n'y avait aucune protocole d'hygiène bucco-dento-prothétique dans les établissements ; 63 % des soignants n'inspectaient pas systématiquement la cavité buccale (30 % des IDE, 57 % des AS et 83 % des ASH) ; pour le brossage des dents, 30 % des soignants n'utilisaient pas toujours une brosse à dents, 43 % n'utilisaient pas toujours du dentifrice (4 % des ASH n'en utilisaient jamais), 90 % n'utilisaient jamais de brossette interdentaire, 95 % n'utilisaient jamais de jet dentaire ; seulement 23 % des soignants utilisaient une solution antiseptique uniquement sur prescription (44 % des IDE, 12 % des AS et 23 % des ASH) ; 86 % des soignants trempaient les prothèses adjointes plus de quelques minutes dans une solution. Une proportion de 88 % des soignants jugeaient leurs connaissances en santé orale insuffisantes (70 % des IDE, 88 % des AS et 96 % des ASH).

– Un audit clinique conduit dans quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées en Isère en 2011 a révélé que 69 % des soignants étaient insatisfaits de la qualité de l'accompagnement des résidents pour l'accomplissement de leurs soins d'hygiène bucco-dento-prothétique [22]. Le nettoyage des prothèses était réalisé avec plus de régularité que le brossage des dents (73 % contre 49%). Pour 20 % des soignants interrogés, le manque de formation en santé orale était une cause du défaut de qualité d'accompagnement de la santé orale, avec le manque de temps (31%), de matériel (21%), de planification des soins (17%), et la crainte de fausse-route (15%).

– Une enquête déclarative conduite en 2013 auprès de 1339 IDE et AS de services de médecine – visant à apprécier leurs connaissances et attitudes à propos des soins de bouche en contexte de soins palliatifs – a mis en évidence un besoin de formation en santé orale du personnel soignant travaillant auprès de patients en soins palliatifs [23] : 10,9 % des soignants jugeaient leurs connaissances en santé orale insuffisantes (réponse neutre pour 31,9 % d'entre eux) ; 11 % des soignants n'étaient pas familiers avec les procédures de soins de bouche (réponse neutre pour 29 % d'entre eux) ; 11,7 % des soignants n'étaient pas en mesure de conseiller les patients bénéficiaires de ces soins (réponse neutre pour 30,4 % d'entre eux). Sur le plan des connaissances en santé orale, 5,3 % des soignants jugeaient leurs connaissances insuffisantes sur le matériel permettant une bonne hygiène buccale (réponse neutre pour 23,4 % d'entre eux), 34,8 % sur les différentes maladies de la bouche (réponse neutre pour 42,2 % d'entre eux), 46,4 % sur les prothèses dentaires (réponse neutre pour 33,3 % d'entre eux), 17,2 % sur les fonctions naturelles de la bouche (réponse neutre pour 37,3 % d'entre eux) et 13,8 % sur les fonctions de la bouche dans les domaines affectif et social (réponse neutre pour 28 % d'entre eux). Enfin, 76,3 % des soignants se déclaraient capables de

reconnaître une bouche saine.

3.1.2. Ressources similaires existantes sur ce sujet (en langue française)

3.1.2.1. Protocoles d'accompagnement pour l'accomplissement des soins de santé orale

– Protocole du Centre de Coordination des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) Ouest datant de 2002 [140] : ce protocole contient un outil d'évaluation de l'état bucco-dentaire initial à remplir à l'admission par l'infirmier, un gabarit de projet personnalisé d'accompagnement de la santé orale, et des propositions de soins de santé orale en cas de « *bouche très sale ou mal odorante* », « *d'ulcérations* », de « *mycose buccale* », de « *bouche très sèche et cartonnée* ».

– Protocoles des Dr H. Prigent et N. Benedetti (CHU de Rennes) datant de 2005 [141-145] : ces protocoles donnent la marche à suivre pour réaliser les soins d'hygiène bucco-dento-prothétique et le bain de bouche chez la personne âgée dépendante, et la conduite à tenir en cas de douleur. À ces protocoles sont associés un argumentaire [146]. Les Dr H. Prigent et N. Benedetti ont également élaboré un outil de liaison entre le chirurgien-dentiste et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées [147].

– Protocole de la DGS, DGAS et de la SFGG datant de 2007 [101] : ce protocole donne des recommandations d'accompagnement de la santé orale sur le plan organisationnel et opérationnel.

– Protocole du CCLIN Midi-Pyrénées datant de 2008 [148] : ce protocole donne la marche à suivre pour réaliser des soins d'hygiène bucco-dento-prothétique en établissement d'hébergement pour

personnes âgées.

– Protocole du CCLIN Paris Nord – Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) Picardie datant de 2011 [149] : ce protocole donne la marche à suivre pour réaliser des soins d'hygiène bucco-dento-prothétique et des soins de bouche en établissement médico-social.

– Protocole de l'association « Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité » (SOHDEV) datant de 2013 : ce protocole propose des référentiels de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes [150]. Cette publication donne : des informations sur les objectifs des soins de santé orale ; un protocole d'évaluation de l'état et des besoins en santé bucco-dentaire ; un protocole de brossage des dents de la personne âgée autonome ; un protocole de brossage des dents de la personne âgée partiellement autonome ; un protocole de brossage des dents de la personne âgée dépendante ; un protocole d'entretien des prothèses dentaires ; un protocole de soin des muqueuses de la bouche ; un protocole de soin de bouche du patient dément opposant ; un protocole concernant les applications médicamenteuses complémentaires ; un protocole d'hygiène bucco-dentaire en soins palliatifs.

– Protocoles du Réseau Alsacien de Soins Palliatifs (RASP) datant de 2014, élaboré par un groupe de travail infirmier « *sur la base de références nationales et de l'expérience des unités et équipes mobiles de soins palliatifs des territoires de santé d'Alsace* » [151] : Il donne les symptômes et signes cliniques d'une « *bouche saine* » ; d'une « *bouche sèche* » ; d'une « *bouche sale* » ; d'une « *bouche douloureuse* », d'une « *bouche inflammatoire et/ou ulcérée* », d'une « *bouche malodorante* », d'une « *bouche mycosique* », et d'une « *bouche hémorragique* ». Il donne un protocole de soins de santé orale sur rôle propre et prescrit pour chacune de ces situations. Enfin, il donne la recette de l'eau gélifiée. À ce document est associé une fiche technique « *mémo* » « *destinée aux professionnels de santé, ne comportant que les mesures diététiques et un rappel des prescriptions essentielles* » [152].

– Recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) datant de 2016 [153] : le document réalisé informe sur les objectifs et le matériel de la toilette

buccale. Le groupe de travail infirmier recommande de réaliser une évaluation de l'état bucco-dentaire dans le cadre de la toilette buccale, à l'aide d'une grille intégrée au document (version adaptée de l'outil OAG selon Eliers et Nachnanni). Enfin, il donne les symptômes et signes cliniques d'une « *bouche sèche* » ; d'une « *bouche trop humide* » ; d'une « *bouche sale* » ; d'une « *bouche mycosique* » ; d'une « *bouche malodorante* », d'une « *bouche hémorragique* » ; et d'une « *bouche douloureuse* ». Il émet des recommandations sur la conduite à tenir sur rôle propre en présence de ces situations cliniques (et sur rôle prescrit en ce qui concerne le bain de bouche au bicarbonate de soude), et sur les choses à éviter.

– Protocole du CCLIN-ARLIN datant de 2017 [154] : ce protocole donne la marche à suivre pour réaliser des soins d'hygiène bucco-dento-prothétique et des soins de bouche en établissement médico-social.

– Protocole de l'hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (en Suisse) datant de 2017, traitant des soins de bouche chez les patients non-intubés et non ventilés [155] : dans ce document, il est recommandé de réaliser une évaluation de l'état bucco-dentaire à l'aide d'une grille intégrée au document (version adaptée de l'outil OAG selon Eliers et Nachnanni). De plus, il donne les symptômes et signes cliniques d'une « *bouche saine* » ; d'une « *bouche sèche* » ; d'une « *bouche sale* » ; d'une « *bouche douloureuse, ulcérée, hémorragique* » ou avec des aphtes ; d'une « *hypersialorrhée* », et d'une « *bouche infectée* ». Il émet des recommandations sur les soins essentiels et complémentaires sur rôle propre et prescrit à réaliser en présence de ces situations cliniques, et sur les choses à éviter.

3.1.2.2. Vidéos de démonstration de l'accompagnement de proximité de la personne pour l'accomplissement de ses soins de santé orale

– Les Dr H. Prigent et N. Benedetti ont élaboré en 2005 treize films de démonstration de l'accompagnement de la personne âgée dépendante pour l'accomplissement de ses soins de santé orale à destination du personnel de proximité [156] : réalisation du bain de bouche ; brossage des dents ; nettoyage des prothèses ; nettoyage de prothèses à la brosse ; dépose de la prothèse adjointe

complète ; dépose de la prothèse adjointe partielle ; nettoyage à la compresse ; nettoyage de la prothèse adjointe complète ; nettoyage de la prothèse adjointe partielle à la compresse ; nettoyage aux bâtonnets ; nettoyage de la plaque dentaire ; repose de la prothèse adjointe complète ; repose de la prothèse adjointe partielle.

– Le Centre d’Excellence pour la Santé Bucco-dentaire et le Vieillessement du Canada (CESBV) a réalisé plusieurs vidéos à destination des aidants des personnes âgées en perte d’autonomie :

→ inspection visuelle de la cavité buccale de l’accompagné en perte d’autonomie [157] : 2 vidéos ;

→ brossage des dents de l’accompagné en perte d’autonomie [158] : une vidéo pour le brossage avec une brosse à dents électrique chez la personne non alitée ; une vidéo pour le brossage avec une brosse à dents manuelle chez la personne non alitée ; une vidéo pour le brossage avec une brosse à dents électrique chez la personne alitée ; une vidéo pour le brossage avec une brosse à dents manuelle chez la personne alitée ;

→ passage de la soie dentaire entre les dents de l’accompagné en perte d’autonomie [159] : une vidéo pour le passage de la soie dentaire ; une vidéo pour le nettoyage sous un bridge à l’aide d’une soie à extrémité rigide ou d’un enfileur ;

→ nettoyage des prothèses dentaires [160] : une vidéo pour montrer le nettoyage des prothèses dentaires complètes et partielles.

– Une démonstration filmée de la technique du soin de bouche a été réalisée en 2013 par le personnel de proximité, et est accessible sur Youtube (partie 1 [161], partie 2 [162], et partie 3 [163]) : ce soin est réalisé par un professionnel de proximité avec une compresse sur une pince Kocher.

3.1.2.3. Ressources pédagogiques existantes traitant de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées et de l'accompagnement institutionnel de leur santé orale

– Le Réseau Franc-Comtois de Lutte contre les Infections Nosocomiales (RFCLIN) a élaboré en 2010 un outil pédagogique pratique à destination des soignants et paramédicaux des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, quel que soit l'âge des patients/résidents accueillis [164] : Cet outil a été réalisé par un groupe de travail pluridisciplinaire « *afin de proposer des recommandations utiles et opérationnelles pour la pratique de l'hygiène bucco-dento-prothétique* ». Les objectifs secondaires de ce projet étaient de mettre à disposition : « *des informations théoriques sur l'hygiène bucco-dento-prothétique ; des fiches pratiques concernant l'hygiène bucco-dento-prothétique ; des outils d'évaluation de l'état bucco-dento-prothétique des patients/résidents ; des outils d'évaluation des pratiques de l'hygiène bucco-dento-prothétique* ».

– Le RESCLIN a élaboré en 2005 un outil pédagogique pratique intitulé « *l'hygiène bucco-dento-prothétique chez le sujet âgé* » [165] : cet outil donne : des informations sur la santé orale des personnes âgées et les liens avec la santé générale ; un outil d'évaluation de l'état bucco-dentaire et la conduite globale à tenir en cas de trouble ; des recommandations sur l'accompagnement institutionnel de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées sur le plan organisationnel et opérationnel ; des conseils selon une méthode de « questions-réponses ».

– Les Dr H. Prigent et N. Benedetti ont élaboré en 2004 et en 2005 des outils pédagogiques respectivement intitulés « *le contexte bucco-dentaire chez la personne âgée* » [166] et « *le contexte bucco-dentaire chez les seniors* » [167] : ces outils donnent des informations sur la santé orale des personnes âgées et des conseils hygiéno-diététiques de base.

– Le Dr M.H Lacoste-Ferré a élaboré en 2017 un outil pédagogique intitulé « *les soins d'hygiène*

bucco-dentaire chez la personne dépendante : une démarche quotidienne et assistée à ne pas négliger ». Cet outil s'adresse aux médecins, référents bucco-dentaires, cadres de santé, infirmiers, personnels soignants et aidants naturels assurant les soins d'hygiène et de nursing des personnes dépendantes [168]. Il donne des informations sur : les objectifs des soins de bouche, l'installation du patient et du soignant, le matériel et les techniques de soins d'hygiène bucco-dento-prothétique.

– L'Antenne Régionale du Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN du CCLIN) du grand Est, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Champagne-Ardenne, le Groupement Hospitalier Aube Marne (GHAM), le Réseau Gériatrique de Champagne-Ardenne (RéGéCA) et l'Union de Gestion des Centres d'Assurance Maladie (UGECAM) du Nord-Est ont élaboré en groupe de travail interdisciplinaire un « *guide d'utilisation de la grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire et d'identification des facteurs de risques* » [169]. Dans ce guide, le groupe de travail donne les informations utiles pour réaliser une évaluation de l'état bucco-dentaire, pour compléter la grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire qu'il a créée en s'inspirant de la grille de l'outil d'évaluation de l'état bucco-dentaire OAG, et pour intervenir à l'issue de cette évaluation. Il a également créé une grille d'évaluation des facteurs de risques. Il donne des informations sur les signes d'appels d'une altération des muqueuses ou de la gencive, d'une altération de la langue, d'une altération des dents, de douleurs orales ou de problèmes liés aux prothèses dentaires. Il propose un arbre décisionnel selon l'état bucco-dentaire et les capacités cognitives, en cas de « *bouche saine* », « *bouche sèche* », « *bouche sale* », « *bouche pathologique* », et présomption « *d'infection mycosique* ». Enfin, il propose un protocole d'hygiène bucco-dento-prothétique. Ce guide présente l'avantage d'être richement illustré.

– F. Denis et C. Coquaz ont élaboré en 2013 un document intitulé « *Santé buccale et psychiatrie : Repérer, comprendre et agir* » [170]. Il donne de nombreuses explications très claires sous forme de questions-réponses pour répondre au besoin d'information en santé orale du personnel de proximité des personnes institutionnalisées en psychiatrie.

3.1.3. Analyse de la littérature pour satisfaire aux exigences du cahier des charges

3.1.3.1. Revue de littérature sur les soins d'hygiène bucco-dento-prothétique

- **Hygiène bucco-dentaire**

→ Il est recommandé de se brosser les dents deux à trois fois par jour, après chaque repas, avec une brosse à dents à poils souples ou une brosse à dents électrique, et du dentifrice fluoré [93,95,96,100,171,172]. La DGS, la DGAS et la SFGG recommandent de « *nettoyer les muqueuses (palais, joues, langue et gencives) avec une compresse humide en s'aidant d'un abaisse-langue* » [101]. Chez les personnes édentées, il est recommandé de « *nettoyer à l'aide de bâtonnets naturels / glycélinés, ou au doigt avec une compresse* » [101]. L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) recommande également de mastiquer un chewing-gum sans sucres après chaque prise alimentaire et de compléter les soins d'hygiène par un bain de bouche [171].

– Le brossage effectué avec une brosse à dents manuelle doit être réalisé dans le sens vertical, de la gencive vers la dent, pendant environ deux minutes [171,172,173]. Pour l'UFSBD, la meilleure méthode pour se brosser les dents avec une brosse à dents manuelle est la méthode « B.R.O.S. » : « *Brosser haut et bas séparément ; Rouleau ou mouvement rotatif pour brosser dents et gencives du rose vers le blanc ; Oblique (on incline la brosse à 45° sur la gencive) ; Suivez un trajet pour faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus* » [173]. Si on utilise une brosse à dents électrique, il faut la laisser agir dent par dent (30 secondes par quadrant). Pour accéder à la portion disto-jugale des dents les plus postérieures, il faut étirer la joue [174]. Pour accéder à leur portion disto-linguale, il faut diriger la brosse à dents de travers à partir de la canine du côté opposé [174]. Il est pertinent de changer l'ordre de brossage des dents au moins une fois par jour pour que les mêmes régions ne soient pas toujours nettoyées en dernier [174]. En effet, par manque de temps, par négligence ou par impossibilité (personne atteinte de syndrome démentiel opposante aux soins), le brossage des dernières dents risque d'être incomplet. Il faut garder à l'esprit que « *ce ne sont pas les moyens d'hygiène, la technique ou le temps passé qui sont déterminants, mais le résultat :*

l'absence de plaque » [78], et « *qu'un brossage inoffensif à long terme est plus important qu'une efficacité momentanée* » [78]. Il est recommandé de changer la brosse à dents tous les deux mois [100] ou tous les trois à quatre mois [96], ou plus tôt si les poils sont usés [96], et en cas d'infection. Wilkins préconise de bien nettoyer la brosse à dents de la manière suivante, après chaque usage : « *tenir la tête de la brosse sous un puissant jet d'eau tiède pour déloger les particules, le dentifrice et les bactéries accumulés entre ses filaments ; frapper doucement le manche de la brosse contre le rebord du lavabo pour enlever les particules restantes ; utiliser une autre brosse pour nettoyer la brosse à dents (on peut introduire les filaments d'une brosse entre ceux de l'autre pour en déloger les débris tenaces) ; rincer la brosse à fond, puis la frapper doucement contre le lavabo pour éliminer l'excès d'eau* » [174].

– La brosse à dents permet seulement d'éliminer la plaque dentaire et les débris alimentaires présents sur les faces vestibulaires, palatines/linguales et occlusales des dents. Il est donc recommandé de réaliser un nettoyage inter-dentaire une fois par jour en complément du brossage dentaire, pour contrôler la plaque dentaire dans les zones inaccessibles aux poils de la brosse à dents [96]. Pour ce faire, il est recommandé d'utiliser du fil dentaire [93,96,171,173] (muni d'un porte-fil pour les personnes dont la dextérité est limitée), des brossettes inter-dentaires de taille adaptée aux espaces inter-dentaires [93,171,175], ou encore un hydropulseur [101]. La Public Health England (PHE) recommande de nettoyer avec précaution entre et autour des implants avec des instruments d'hygiène inter-dentaire et une brosse à dents [93].

– Il existe une grande variété de fils dentaires : spongieux/non spongieux, ciré/non ciré, multifilaire, fluoré/non fluoré, aromatisé, de couleur noire, surmonté d'un porte-fil, etc. Le fil dentaire permet d'éliminer la plaque dentaire sur les faces proximales des dents serrées et d'éliminer les débris alimentaires coincés entre les dents. Le fil spongieux permet de contrôler la plaque dentaire plus efficacement que le fil non spongieux. Le fil dentaire multifilaire prédécoupé à extrémité rigide est pratique pour contrôler la plaque dans les espaces inter-dentaires plus larges, dans les bifurcations ou les trifurcations des molaires mises à nu, autour des implants, ou encore sous les bridges ou les prothèses fixées sur pilotis [172,176]. L'UFSBD recommande d'utiliser le fil dentaire selon la méthode « F.I.L. » : « *Prenez du Fil dentaire entre vos mains ; Insérer délicatement le fil dentaire entre 2 dents adjacentes et faites-le glisser le long de ces dents ; Libérez l'espace en retirant le fil et recommencez sur tous les espaces entre vos dents* » [173].

– Pour éliminer la plaque dentaire des faces distales et des dents les plus postérieures et des

faces proximales des dents adjacentes à une crête édentée ou à un diastème, il est intéressant d'utiliser « *une bande de gaze de 15 à 20 cm d'un rouleau de gaze large de 2,5 cm, pliée en deux ou en trois* » [176]. Il faut « *placer la bande de gaze pliée autour de la dent puis la frotter sur la dent en un mouvement de va-et-vient pour enlever la plaque bactérienne accumulée* » [176].

– Les brossettes inter-dentaires sont utiles pour contrôler la plaque dentaire présente sur les faces proximales des dents dont les racines sont exposées consécutivement à une maladie parodontale (papille inter-dentaire absente ou de hauteur réduite). L'UFSBD recommande de suivre la méthode « S.E.T. » : « *Sélectionnez la taille de la brossette pour avoir une légère résistance à l'utilisation, afin qu'elle frotte efficacement les surfaces, 2 à 3 tailles sont utiles pour les différents espaces interdentaires ; Engagez-la brossette à l'horizontal sous le point de contact entre deux dents, faites un mouvement de va-et-vient (2 allers-retours) ; Toujours rincer la brossette entre chaque espace (en complément, il est possible de tremper la brossette dans un bain de bouche quotidien)* » [175]. Wilkins préconise d'entretenir la brossette inter-dentaire de la manière suivante : « *au cours du brossage, enlever les débris et la plaque accumulés sur la brosse en tenant celle-ci sous un jet d'eau courante ; bien nettoyer la brossette après usage, puis la laisser sécher à l'air ; jeter la brossette lorsque ses filaments se détachent ou ont perdu leur forme* » [176].

– Pour déloger la plaque dentaire et les débris alimentaires en complément du brossage dentaire, on peut également utiliser un hydropulseur. Celui-ci présente l'intérêt de dégager les surfaces dentaires pour exposer les dents au fluorure contenu dans le dentifrice fluoré [176]. Son utilisation est contre-indiquée chez les personnes à risque d'endocardite infectieuse (risque de bactériémie) ou en cas de gingivite ulcéro-nécrotique ou d'abcès parodontal [176].

– Les personnes partiellement autonomes en raison de limitations motrices des membres supérieurs peuvent utiliser une brosse à dents électrique, ou une brosse à dents manuelle modifiée pour faciliter sa tenue dans la main et l'accès à la cavité buccale [108,172-174,177,178]. Dans le commerce, il existe des brosses à dents à gros manches, des brosses à dents munies d'un manchon ergonomique, et des brosses à dents conçues pour brosser à la fois les faces vestibulaires occlusales et linguales (à trois têtes) [172]. On peut modifier la brosse à dents de plusieurs façons : attacher la brosse à dents à la main avec une bande en velcro ajustable qu'on place autour de la main, et qui présente une poche destinée à recevoir la brosse à dents [174,177] ; attacher la brosse à dents à la main avec un élastique ou un ruban [177] ; attacher une brosse à ongle à la brosse à dents avec un ruban adhésif (pour avoir une poignée) [174] ; attacher un tuyau de caoutchouc au manche de la

brosse à dents (pour tenir la brosse à dents) [174] ; insérer le manche de la brosse à dents dans une poignée de guidon [108,172,174,177] ; insérer le manche de la brosse à dents dans une balle de golf [178] ; insérer le manche de la brosse à dents dans une balle en caoutchouc mou [174,177] ; insérer le manche de la brosse à dents dans une balle de caoutchouc mou, elle-même insérée dans une canette de jus ou de boisson gazeifiée [174] ; tordre le manche de la brosse à dents sous de l'eau bouillante [178] ; ou encore fixer une règle en plastique, une tige ou une cuillère en bois sur le manche de la brosse à dents ou du porte-fil dentaire pour le rallonger [178] .

→ Le dentifrice fluoré est recommandé en prévention de la carie dentaire. En effet, les ions fluorures sont des éléments carioprophylactiques : ils limitent la déminéralisation de l'émail, favorisent sa reminéralisation, et inhibent le métabolisme glucidique des bactéries cariogènes [179]. Au cours de la phase de reminéralisation, ils contribuent à la formation de cristaux enrichis en hydroxyapatite fluorée ou en cristaux de fluoroapatite qui sont plus résistants à l'attaque acide que les cristaux d'hydroxyapatite de l'émail [179]. La PHE recommande de cracher après le brossage et ne pas rincer, pour maintenir la concentration de fluor [93]. Pour les adultes qui ont des polycaries actives, des caries radiculaires, des facteurs de risque de caries, et les adultes à besoins spécifiques, la PHE recommande d'utiliser en plus un bain de bouche fluoré quotidiennement (0,05 % NaF) à un moment différent du brossage [93]. La PHE recommande aux dentistes de prescrire à ces personnes du dentifrice hyperfluoré à 2800 ou 5000 ppm de fluor [93].

- **Entretien des prothèses dentaires amovibles**

→ Les prothèses dentaires doivent être rincées et nettoyées chaque jour, après chaque repas ou pour dormir, avec une brosse à prothèses ou à défaut une brosse à ongles, de l'eau et du savon doux liquide (tel que le Savon de Marseille) [96,100,101,172,173], et non pas avec des dentifrices pour dents naturelles ou des produits ménagers, compte tenu de leur fort pouvoir abrasif [96]. Pour bien nettoyer ses prothèses dentaires, l'UFSBD recommande de nettoyer « *la prothèse au-dessus d'un lavabo rempli d'eau pour éviter qu'elle ne se casse si elle tombe* », de la brosser « *intérieur et extérieur, avec du savon de Marseille et une brosse à prothèse* », et enfin de la rincer « *abondamment, toujours en brossant* » [96,173].

→ Il est possible de recourir à l'usage de comprimés nettoyants et désinfectants conçus spécialement pour les prothèses dentaires [96,175], une fois par semaine [175] ou chaque soir [101]. Il faut respecter le temps d'immersion et les rincer après les avoir immergés [101]. La DGS, DGAS et SFGG recommandent de nettoyer les prothèses dentaires « *aux ultrasons une fois par semaine* » [101].

→ Une crème adhésive peut être utilisée pour assurer un bon maintien de la prothèse [173,180]. L'UFSBD recommande de : s'assurer « *que la prothèse dentaire est propre et sèche avec un palais mouillé* » avant d'appliquer la crème adhésive [180] ; ne pas remplir « *tout le dessous de la prothèse avec la crème fixative* » (la crème ne doit pas largement déborder de la prothèse lorsqu'elle est placée en bouche) ; commencer « *par de petites quantités* », puis augmenter « *au fur et à mesure* » de son besoin [180]. Après avoir appliqué la crème adhésive, il faut remettre la prothèse en bouche « *en la maintenant quelques secondes* », et attendre « *5 minutes avant de manger ou de boire* » [180]. Si la crème fixative est difficile à retirer, il est possible d'utiliser « *un peu d'huile alimentaire pour l'éliminer* » [180]. Selon l'UFSBD, si l'on doit mettre plus de 2 fois par jour de la crème fixative, c'est que la prothèse n'est plus parfaitement adaptée, auquel cas il faut consulter son chirurgien-dentiste « *qui pourra la recharger avec de la résine* » ou « *conseiller la réalisation d'une nouvelle prothèse* » [180].

→ Il est recommandé de laisser la prothèse en bouche en permanence si elle est confortable [173], et de la garder « *au sec dans une boîte à prothèse* » si elle est retirée pour dormir [100,173]. Cette boîte à prothèses doit être facile à nettoyer et à désinfecter [100]. La DGS, DGAS et SFGG recommandent de laisser la prothèse dentaire sur une compresse humide si elle n'est pas portée [101].

→ Felton et al. ont réalisé en 2011 une revue de littérature des recommandations de bonnes pratiques concernant l'entretien des prothèses dentaires amovibles complètes [181]. Ils émettent les 15 recommandations suivantes, que nous avons traduit²² dans le tableau 5²³ :

22 Traduction de l'anglais au français

23 Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

Tableau 5: Résultats de la revue de littérature de Felton et al sur les modalités d'entretien des prothèses dentaires amovibles complètes (traduction personnelle)

| Résultats de la revue de littérature de Felton et al. (2011) sur les modalités d'entretien des prothèses dentaires amovibles complètes |
|--|
| 1. L'élimination soigneuse quotidienne du biofilm bactérien présent dans la cavité buccale et sur les prothèses complètes est d'une importance primordiale pour minimiser la stomatite sous-prothétique et contribuer à une bonne santé orale et générale. |
| 2. Pour réduire les niveaux de biofilm et de bactéries et levures potentiellement dangereux, les porteurs de prothèses totales doivent faire ce qui suit : → Les prothèses doivent être nettoyées tous les jours par trempage et brossage avec un nettoyant pour prothèses dentaires non abrasif et efficace ; → Les nettoyants pour prothèses dentaires doivent uniquement être utilisés pour nettoyer les prothèses dentaires à l'extérieur de la cavité buccale ; → Les prothèses doivent toujours être soigneusement rincées après trempage et brossage avec des solutions nettoyantes pour prothèses dentaires avant la réinsertion dans la cavité buccale. Il faut toujours suivre les instructions du fabricant sur l'usage de la solution nettoyante. |
| 3. Bien que le niveau de preuve soit faible, les prothèses doivent être nettoyées chaque année par un dentiste ou un professionnel dentaire en utilisant des nettoyants à ultrasons pour minimiser l'accumulation de biofilm au fil du temps. |
| 4. Les prothèses ne doivent jamais être placées dans de l'eau bouillante. |
| 5. Les prothèses ne doivent pas être trempées dans de l'eau de javel, ou dans des produits contenant de l'hypochlorite de sodium pendant des périodes dépassant 10 minutes. Le placement des prothèses dans des solutions d'hypochlorite de sodium pendant des périodes supérieures à 10 minutes peut endommager les prothèses. |
| 6. Les prothèses doivent être conservées immergées dans l'eau après avoir été nettoyées, lorsqu'elles ne sont pas replacées dans la cavité buccale, pour éviter qu'elles ne se déforment. |
| 7. Les produits adhésifs pour prothèses dentaires, lorsqu'ils sont utilisés correctement, peuvent améliorer la rétention et la stabilité des prothèses et aider à empêcher l'accumulation de débris alimentaires sous les prothèses, même pour les prothèses bien ajustées. |
| 8. Dans une étude sur la qualité de vie, les évaluations des patients ont montré que les adhésifs pour prothèses dentaires peuvent améliorer les perceptions de rétention, de stabilité et de qualité de vie du porteur de prothèse, cependant, il n'y a pas suffisamment de preuves que les adhésifs améliorent la fonction masticatoire. |
| 9. Il manque des données sur les effets des adhésifs pour prothèses dentaires sur les tissus buccaux lorsqu'ils sont utilisés pendant plus de 6 mois. Ainsi, l'utilisation prolongée d'adhésifs pour prothèses dentaires ne doit pas être envisagée en l'absence d'évaluation périodique de la qualité de la prothèse et de la santé des tissus de soutien par un dentiste, un prothésiste ou un professionnel dentaire. |
| 10. L'utilisation adéquate d'adhésifs pour prothèses dentaires contenant du zinc peut avoir des effets systémiques indésirables. Par conséquent les adhésifs pour prothèses dentaires contenant du zinc doivent être évités. |
| 11. L'adhésif pour prothèses dentaires ne doit être utilisé qu'en quantité suffisante (trois ou quatre petits tas de la grosseur d'un pois) sur chaque prothèse pour assurer la rétention et une stabilité accrue des prothèses. |
| 12. Les adhésifs pour prothèses dentaires doivent être complètement retirés de la prothèse et de la cavité buccale tous les jours. |
| 13. Si des quantités croissantes d'adhésifs pour prothèses dentaires sont nécessaires pour atteindre le même |

| |
|--|
| niveau de rétention de la prothèse, le patient doit consulter un dentiste ou un professionnel dentaire pour évaluer l'ajustement et la stabilité de la prothèse. |
| 14. Bien que des études existantes fournissent des résultats contradictoires, il n'est pas recommandé que les prothèses dentaires soient portées en continu (24h par jour), dans le but de réduire ou de minimiser la stomatite prothétique. |
| 15. Les patients porteurs de prothèses dentaires doivent consulter le dentiste, le prothésiste ou le professionnel dentaire une fois par an pour le maintien de l'ajustement optimal et de la fonction de la prothèse, pour l'évaluation des lésions buccales et de la perte osseuse, et pour l'évaluation de l'état buccal. |

3.1.3.2. Revue de littérature sur les diagnostics infirmiers « Impaired dentition », « Impaired oral mucous membrane », et « Risk for impaired oral mucous membrane »

Dans la classification des diagnostics infirmiers NANDA-International, les données caractérisant les diagnostics infirmiers sont divisées en deux parties : une partie « *Defining characteristics* » et une partie « *Related factors* » [131]. Les données caractérisant le diagnostic infirmier « *Risk for impaired oral mucous membrane* » sont intitulées « *Risk factors* ».

Le logigramme suivant²⁴ (Illustration 6) est une version simplifiée du logigramme de l'illustration 4, sans l'évaluation du risque d'altération de la santé orale. Il s'agit de notre proposition d'un protocole d'accompagnement de proximité des personnes âgées institutionnalisées dans la maîtrise de leur risque d'altération de la santé orale. Il synthétise les résultats de notre revue de littérature sur :

- l'analyse des tâches de personnel de proximité relativement à l'accompagnement de proximité quotidien de la personne âgée institutionnalisée dans la maîtrise de son risque d'altération de la santé orale ;
- les données « *Defining characteristics* »²⁵ des diagnostics infirmiers « *Impaired dentition* » et « *Impaired oral mucous membrane* » concernant les personnes âgées.

²⁴ Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches.

²⁵ Traduction personnelle de l'anglais au français.

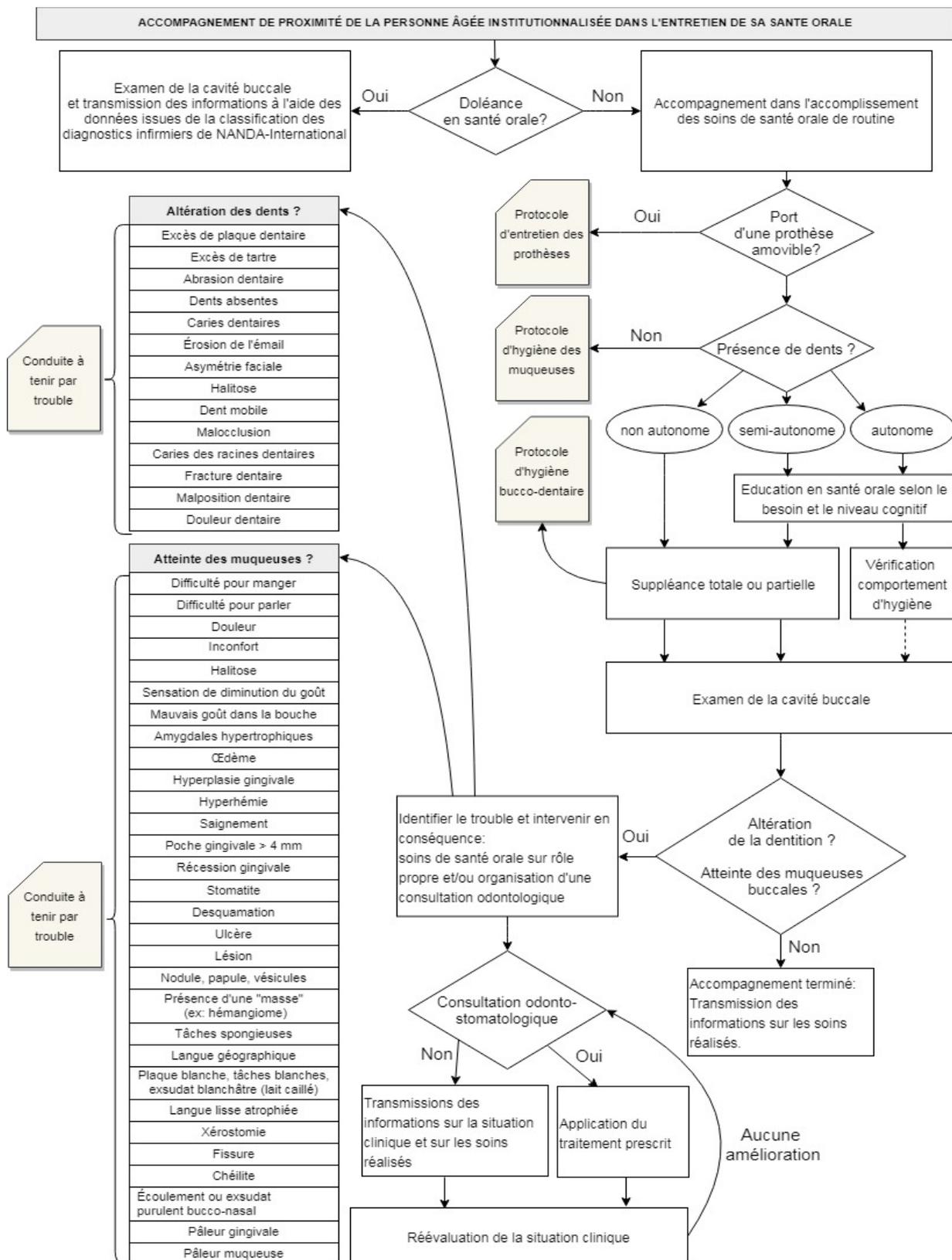


Illustration 6: Protocole d'accompagnement de proximité de la santé orale de la personne âgée institutionnalisée avec l'utilisation de la classification des diagnostics infirmiers NANDA-International

Le Tableau 6²⁶ suivant présente les données « *Related factors* » des diagnostics infirmiers « *Impaired dentition* » et « *Impaired oral mucous membrane* », et les données « *Risk factors* » caractérisant le diagnostic infirmier « *Risk for impaired oral mucous membrane* ».

Tableau 6: Facteurs de risque d'altération des dents et de la muqueuse buccale selon l'Association NANDA-International

| Impaired dentition : related factors²⁷ | Impaired oral mucous membrane : related factors²⁸ | Risk for impaired oral mucous membrane : risk factors²⁹ |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Hygiène buccale déficiente – Sensibilité au chaud et au froid – Difficulté à réaliser ses soins personnels – Difficultés pécuniaires ou manque d'accessibilité à des soins dentaires – Déficit nutritionnel – Habitudes alimentaires – Prédispositions génétiques – Effets de certains médicaments prescrits – Perte prématurée des dents de lait – Prise excessive de dérivés fluorés – Vomissements chroniques – Usage chronique de tabac, thé, café, vin rouge – Manque de connaissances relatives à l'hygiène dentaire – Utilisation excessive d'agents abrasifs dentaires – Bruxisme (grincement des dents) | <ul style="list-style-type: none"> – Chimiothérapie – Facteurs chimiques (alcool, tabac, aliments acides, utilisation régulière d'inhalateurs, etc.) – Dépression – Immunodépression – Perte des tissus conjonctifs, adipeux ou osseux, associée au vieillissement – Obstacles au suivi chez le dentiste – Fissure palatine – Effets secondaires des médicaments – Absence ou diminution de la sécrétion salivaire – Traumatisme – États pathologiques de la cavité buccale (irradiation de la tête ou du cou) – Diète absolue depuis plus de 24h – Respiration par la bouche – Malnutrition ou manque de vitamines – Déshydratation – Infection – Mauvaise hygiène buccale – Facteurs mécaniques (ex : appareils dentaires inadaptés, sonde endotrachéale, sonde nasogastrique, chirurgie bucco-dentaire et maxillaire) – Thrombopénie – Diminution de l'immunité – Diminution de la salivation – Radiothérapie – Obstacles à l'hygiène buccale – Diminution des taux d'hormone (femme) – Stress – Perte des structures de soutien | <ul style="list-style-type: none"> – Consommation d'alcool – Allergie – Dysfonctionnement cognitif – Maladie auto-immune – Maladie génétique – Obstacle aux soins bucco-dentaires (chez le chirurgien-dentiste) – Obstacle aux soins de santé orale – Trouble du comportement – Chimiothérapie – Diminution du taux d'hormones chez la femme – Précarité – Immunodéficience – Immunosuppression – Alimentation inappropriée – Infection – Connaissances insuffisantes sur l'hygiène bucco-dentaire – Hygiène bucco-dentaire insuffisante – Facteur mécanique (par exemple sonde endotrachéale, sonde nasogastrique, prothèses non adaptées) – Radiothérapie – Tabagisme – Facteurs de stress – Procédure chirurgicale – Syndrome de Gougerot Sjögren – Traumatisme |

26 Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

27 Traduction de l'anglais au français tirée de l'ouvrage de A. Pascal et V. Frecon [132]

28 Traduction de l'anglais au français tirée de l'ouvrage de A. Pascal et V. Frecon [132]

29 Traduction personnelle de l'anglais au français

3.2. Préparation à l'élaboration de l'outil

3.2.1. Identification du contenu pédagogique

L'analyse des tâches du personnel de proximité ayant trait à l'accompagnement de proximité de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées nous a permis d'identifier les éléments de contenu pédagogique suivants, dans le Tableau 7³⁰ :

Tableau 7: *Savoirs utiles pour assurer la fonction d'accompagnement de proximité de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées*

| Les tâches et sous-tâches principales d'accompagnement de proximité de la santé orale de la personne âgée institutionnalisée | | Savoirs utiles à l'accomplissement de la tâche |
|---|---|---|
| Évaluer le risque d'altération de la santé orale et évaluer l'état bucco-dento-prothétique de la personne âgée institutionnalisée | Apprécier le risque d'altération de la santé orale au travers de l'anamnèse | – Troubles de santé générale entravant l'accomplissement des soins de santé orale – Facteurs de risque des troubles de santé orale courants |
| | Identifier un défaut d'hygiène bucco-dento-prothétique | – Indicateurs cliniques du besoin de soins d'hygiène bucco-dento-prothétique |
| | Identifier un trouble de santé orale | – Indicateurs cliniques des troubles de santé orale courants |
| | Identifier une prothèse dentaire inadaptée/brisée | – Caractéristiques des prothèses dentaires |
| Planifier des soins de santé orale et une prise en charge odonto-stomatologique | Planifier des soins d'hygiène bucco-dento-prothétique | – Indicateurs cliniques du besoin de soins d'hygiène bucco-dento-prothétique – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins d'hygiène bucco-dento-prothétique – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins d'hygiène bucco-dento-prothétique – Approche comportementale de la personne déficiente intellectuelle pour l'accompagner dans |

30 Réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

| | | |
|--|--|--|
| | | l'accomplissement de ses soins de santé orale |
| | Planifier des soins de santé orale non médicamenteux | <ul style="list-style-type: none"> – Indicateurs cliniques des troubles de santé orale courants – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale non médicamenteux – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins de santé orale non médicamenteux – Approche comportementale de la personne déficiente intellectuelle pour l'accompagner dans l'accomplissement de ses soins de santé orale |
| | Planifier des soins de santé orale médicamenteux en application d'un protocole validé par un médecin | <ul style="list-style-type: none"> – Indicateurs cliniques des troubles de santé orale courants – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale médicamenteux – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins de santé orale médicamenteux – Recommandations à propos des soins de santé orale médicamenteux – Approche comportementale de la personne déficiente intellectuelle pour l'accompagner dans l'accomplissement de ses soins de santé orale |
| | Organiser la prise en charge odonto-stomatologique | <ul style="list-style-type: none"> – Indicateurs cliniques des troubles de santé orale courants – Troubles de santé orale justifiant une prise en charge odonto-stomatologique – Soins bucco-dento-prothétiques dispensés par le chirurgien-dentiste – Éléments constitutifs d'un courrier de demande de consultation odonto-stomatologique (en vue d'assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge odonto-stomatologique) |
| Éduquer la personne âgée institutionnalisée en santé orale | Éduquer sur les enjeux de la santé orale | – Liens de cause à effet entre les troubles de santé orale et générale |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>Éduquer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le contrôle de la plaque dentaire ; – la prévention, le repérage et la gestion de la plaque dentaire et des troubles de santé orale courants | <ul style="list-style-type: none"> – Indicateurs cliniques du besoin de soins d’hygiène bucco-dento-prothétique – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins d’hygiène bucco-dento-prothétique – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins d’hygiène bucco-dento-prothétique – Indicateurs cliniques des troubles de santé orale courants – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale non médicamenteux – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins de santé orale non médicamenteux – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale médicamenteux – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins de santé orale médicamenteux – Troubles de santé orale justifiant une prise en charge odonto-stomatologique – Informations sur les soins bucco-dento-prothétiques dispensés par le chirurgien-dentiste – Modalités d’éducation de la personne déficiente intellectuelle |
| <p>Accompagner la personne âgée institutionnalisée dans l’accomplissement de ses soins de santé orale</p> | <p>Accompagner la personne dans l’accomplissement de ses soins d’hygiène bucco-dento-prothétique</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins d’hygiène bucco-dento-prothétique – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins d’hygiène bucco-dento-prothétique – Approche comportementale de la personne déficiente intellectuelle pour l’accompagner dans l’accomplissement de ses soins de santé orale |
| | <p>Accompagner la personne dans l’accomplissement de ses soins de santé orale</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale non médicamenteux |

| | | |
|---|---|--|
| | non médicamenteux | <ul style="list-style-type: none"> – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins de santé orale non médicamenteux – Approche comportementale de la personne déficiente intellectuelle pour l’accompagner dans l’accomplissement de ses soins de santé orale |
| | Accompagner la personne dans l’accomplissement de ses soins de santé orale médicamenteux | <ul style="list-style-type: none"> – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale médicamenteux – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins de santé orale médicamenteux – Recommandations à propos des soins de santé orale médicamenteux – Approche comportementale de la personne déficiente intellectuelle pour l’accompagner dans l’accomplissement de ses soins de santé orale |
| Assurer la continuité de l’accompagnement de la santé orale de personne âgée institutionnalisée | Établir un projet personnalisé d’accompagnement de la santé orale | – Éléments constitutifs d’un projet personnalisé d’accompagnement de la santé orale |
| | Transmettre les informations sur la situation clinique et les interventions réalisées dans le dossier d’accompagnement de la personne âgée institutionnalisée | <ul style="list-style-type: none"> – Éléments constitutifs d’une transmission d’informations concernant une altération dentaire – Éléments constitutifs d’une transmission d’informations concernant une atteinte à l’intégrité de la muqueuse buccale |
| | Rédiger un courrier de demande de consultation odonto-stomatologique à l’intention du chirurgien-dentiste | <ul style="list-style-type: none"> – Troubles de santé orale justifiant une prise en charge odonto-stomatologique – Éléments constitutifs d’un courrier de demande de consultation odonto-stomatologique (en vue d’assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge odonto-stomatologique) |
| | Former sur le terrain les professionnels et les stagiaires | <ul style="list-style-type: none"> – Liens de cause à effet entre les troubles de santé orale et générale – Indicateurs cliniques du besoin de soins d’hygiène bucco-dento-prothétique – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins d’hygiène bucco- |

| | |
|---|---|
| | <p>dento-prothétique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins d'hygiène bucco-dento-prothétique – Indicateurs cliniques des troubles de santé orale courants – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale non médicamenteux – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins de santé orale non médicamenteux – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale médicamenteux – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins de santé orale médicamenteux – Troubles de santé orale justifiant une prise en charge odonto-stomatologique – Informations sur les soins bucco-dento-prothétiques dispensés par le chirurgien-dentiste |
| <p>Sensibiliser/Éduquer les proches de la personne âgée institutionnalisée en santé orale</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Liens de cause à effet entre les troubles de santé orale et générale – Indicateurs cliniques du besoin de soins d'hygiène bucco-dento-prothétique – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins d'hygiène bucco-dento-prothétique – Indicateurs cliniques des troubles de santé orale courants – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale non médicamenteux – Objectifs, accessoires (dont aides techniques), produits et techniques des soins de santé orale médicamenteux – Modalités de renouvellement/de conservation des produits et du matériel de soins de santé orale |

| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> – Troubles de santé orale justifiant une prise en charge odonto-stomatologique – Informations sur les soins bucco-dento-prothétiques dispensés par le chirurgien-dentiste |
|--|--|--|

3.2.2. Définition des modules essentiels du niveau I et II

L'outil numérique comprendra :

- En niveau I : un protocole d'accompagnement de proximité des personnes âgées institutionnalisées dépendantes ayant une cavité buccale saine, dans l'accomplissement de leurs soins d'hygiène bucco-dento-prothétique ;
- En niveau II : une proposition d'interventions à mettre en œuvre en présence d'un état pathologique bucco-dentaire, par état pathologique (selon les données issues de la classification NANDA), dans la limite de notre champ de compétences et sans faire la promotion de marques ; une proposition d'interventions à mettre en œuvre en présence d'un facteur de risque d'altération des dents ou des muqueuses.

→ par module, on entend « élément cliquable » qui renvoie vers une autre page.

3.2.2.1. Modules du niveau I

La personne qui élaborera l'outil sera libre de définir les modules de niveau I. Néanmoins, le niveau I doit comprendre un protocole avec au moins les modules suivants, qui sont des éléments cliquables :

- Les modules pour chaque facteur de risque d'altération des dents et des muqueuses présenté dans les diagnostics infirmiers de NANDA-International, ou pour seulement certains d'entre eux.

– Les modules pour chaque état pathologique dentaire et chaque état pathologique muqueux présenté dans les diagnostics infirmiers de NANDA-International, ou seulement certains d’entre eux.

La page de niveau I doit comprendre également :

– Le module intitulé « Sommaire » avec une accessibilité directe à l’unique page de niveau I, à toutes les pages du niveau II, à toutes les pages du niveau III.

– Le module « Guide d’utilisation de l’outil »

– Le module « Galerie d’images »

– Le module « Glossaire »

3.2.2.2. Modules de niveau II

- **Modules essentiels**

La personne qui élaborera l’outil sera libre de définir les modules de niveau II et III. Néanmoins, elle devra intégrer dans le niveau II :

→ les films de démonstration de :

– l’accompagnement de la personne âgée dépendante dentée/édentée partielle non appareillée dans l’accomplissement de ses soins d’hygiène bucco-dentaire ;

– l’accompagnement de la personne âgée dépendante édentée partielle appareillée dans l’accomplissement de ses soins d’hygiène bucco-dento-prothétique ;

– l’accompagnement de la personne âgée dépendante édentée totale appareillée dans l’accomplissement de ses soins d’hygiène bucco-dento-prothétique.

→ un formulaire à compléter pour établir une transmission sur une altération des dents ou une atteinte des muqueuses.

4. Discussion

4.1. Intérêts de l'outil / de la méthode

- Le contenu de cet outil est ciblé, pertinent par rapport au besoin d'information en santé orale du personnel de proximité. Il s'articule avec les tâches professionnelles du personnel de proximité en ce qui a trait à l'accompagnement de proximité d'une personne âgée institutionnalisée dans la maîtrise de son risque d'altération de la santé orale.
- Cet outil vise principalement l'acquisition de savoirs-faire immédiats. Il contient les informations utiles pour accompagner la personne dans l'accomplissement de ses soins d'hygiène bucco-dento-prothétique et de ses soins buccaux avec application de produits médicamenteux ou non, pour reconnaître un état pathologique bucco-dentaire, et pour intervenir de manière adaptée en cas de doléance relative à la santé orale ou en présence d'un état pathologique bucco-dentaire.
- Cet outil est destiné à tout professionnel de proximité quel que soit son niveau de connaissances dans le domaine de la santé et des personnes âgées.
- Cet outil permet un apprentissage selon le rythme de l'apprenant : il peut être consulté à n'importe quel moment, n'importe où, avec un ordinateur muni d'un lecteur DVD.
- Cet outil permet un apprentissage selon les besoins de l'apprenant (grâce à l'organisation de l'information en trois niveaux d'approfondissement).
- La structure de cet outil pédagogique est non linéaire, ce qui permet à l'apprenant d'accéder aux différentes informations dans l'ordre qu'il souhaite.
- L'outil peut servir de support audiovisuel pour une formation interne présentielle.
- L'outil peut être diffusé au personnel avant une séance de formation continue en santé orale, ou après, pour faciliter la mémorisation et la compréhension des connaissances nouvelles.
- Cet outil constitue une modalité de réponse au besoin d'information en santé orale, simple et rentable par rapport à la formation en santé orale présentielle :
 - aucune contrainte de date, de salle, de durée de formation

– aucun déplacement à l’extérieur pour accéder à l’information, et par là-même aucune perte de temps et aucun risque de diminuer la qualité de l’accompagnement de la santé orale des résidents/patients : il n’y a pas besoin de remplacer temporairement les professionnels titulaires par des professionnels contractuels n’ayant aucune connaissance des résidents/patients et de la politique d’accompagnement de la santé orale de l’institution. En effet, le turn-over propre au secteur gériatrique constitue un obstacle à la qualité de l’accompagnement des personnes âgées institutionnalisées, en particulier de celles qui ont besoin de soins de santé orale quotidiens spécifiques et de celles qui présentent une déficience intellectuelle. Ces dernières sont soit des personnes âgées atteintes d’un syndrome démentiel modéré à sévère, soit des personnes handicapées vieillissantes qui présentent un handicap mental avec ou sans syndrome démentiel. Ces personnes peuvent présenter un comportement d’opposition aux soins envers les personnels inconnus, en raison de difficultés cognitives et d’adaptation sociale propres à la déficience intellectuelle.

– aucune dépense de transport pour accéder à l’information.

Pour l’instant, nous projetons de répondre au moins aux critères suivants de qualité des outils d’intervention en éducation pour la santé, selon le référentiel proposé par l’INPES [137] :

– Critères de qualité du contenu :

→ « *Les informations sont d’actualité* »

→ « *L’outil ne fait pas la promotion d’un produit ou d’une marque* »

→ « *Le contenu est objectif est nuancé* »

→ « *Le contenu est acceptable au regard de l’éthique* »

→ « *Le contenu est pertinent par rapport au thème* »

→ « *Le contenu est pertinent par rapport aux objectifs annoncés* »

→ « *Il n’y a pas d’éléments caricaturaux/stéréotypes entraînant une perturbation de la compréhension du contenu* »

– Critères de qualité pédagogique :

→ « *Les sources utilisées sont identifiées* »

→ « *Les objectifs sont annoncés* »

→ « *Le niveau de difficulté est adapté aux destinataires (vocabulaire, schémas)* »

→ « *Les connaissances et représentations pré-existantes des destinataires sont prises en compte* »

→ « *L'émetteur apparaît comme légitime au regard des propos qu'il tient* »

→ « *Le contenu est structuré* »

→ « *La compréhension est facilitée* »

→ « *La mémorisation est favorisée (répétitions, moyens mnémotechniques...)* »

→ « *L'appropriation est facilitée (exemples variés, règles...)* »

→ « *On peut utiliser seulement certains éléments (modularité) ou seulement certaines séquences (vidéo)* »

→ « *Il y a une identification possible pour les personnages (fonction, cadre de vie, catégorie socio-professionnelle)* »

→ « *Les exemples sont proches du vécu* »

→ « *L'outil propose des activités qui favorisent des interactions avec l'environnement extérieur au groupe* »

→ « *L'outil prévoit une procédure d'évaluation à appliquer auprès des destinataires* »

– Critères de qualité du support :

→ « *Le support choisi est pertinent par rapport au destinataire* »

→ « *Le support choisi est pertinent par rapport au sujet traité* »

→ « *Le support choisi est pertinent par rapport aux objectifs annoncés* »

→ « *Les consignes, règles, modalités d'utilisation sont claires* »

- « *Il y a un guide d'utilisation* »
- « *Pour les cédéroms, la navigation est aisée* »
- « *Pour les cédéroms, la navigation est réelle* »
- « *Les images animées sont de bonne qualité* »
- « *La lisibilité du support écrit est correcte* »
- « *Le son est de bonne qualité* »
- « *Les illustrations sont de bonne qualité* »
- « *L'originalité/innovation des éléments matériels et techniques renforce l'intérêt/implication des participants* »
- « *La forme est d'actualité (vocabulaire, fond sonore, vêtements, style...)* »
- « *Le guide d'utilisation inclut des ressources documentaires* » : nous envisageons – si nous en détenons l'autorisation par l'association NANDA-International – d'intégrer un gabarit de formulaire imprimable qui est l'outil à compléter de support à la pratique intégrant des données issues de la classification des diagnostics infirmiers « Impaired dentition » et « Impaired oral mucous membrane ». Il est possible que nous intégrions le « *document d'information et de motivation destiné aux personnes âgées institutionnalisées* » élaboré par le Dr S. Belabdi Mokrane en 2011 (évoqué en partie 2.1.1).
- « *Le guide d'utilisation inclut des suggestions pour l'évaluation* »
- « *Pour les cédéroms, il est possible d'imprimer* »
- « *Pour les cédéroms, la compréhension des boutons/icônes est aisée* »
- « *Pour les cédéroms, il y a une organisation logique : hiérarchisation, menus, outil de recherche* »
- « *Pour ces cédéroms, il y a possibilité de liens avec internet* » : Il est possible que nous intégrions l'hyperlien menant vers le « *site internet d'information et de conseils bucco-dentaires pour les familles des personnes âgées hébergées en EHPAD* », élaboré par le Dr S. Meyrignac en 2013 et le Dr P. Bonhomme Aizier en 2013 (évoqué en partie 2.1.1). Cependant, nous n'envisageons pas d'intégrer d'hyperliens vers d'autres sites internet.

– Critères de qualité de conception :

→ « *La conception de l’outil s’appuie sur une analyse des besoins des destinataires* »

→ « *La conception de l’outil s’appuie sur une analyse de la littérature* »

– Appréciation d’ensemble :

→ « *Il y a adéquation de l’outil avec les objectifs annoncés/la raison d’être/les destinataires* »

→ « *La conception de l’outil est possible dans les conditions prévues par le concepteur* »

→ « *Il y a cohérence entre les différents supports* »

→ « *Le temps d’appropriation nécessaire est en cohérence avec les possibilités d’intervention offertes par l’outil* ».

Pour finir, notre projet et le programme dans lequel il s’inscrit sont pertinents sur le plan du contenu et du support puisqu’ils entrent en cohérence avec les axes prioritaires de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) pour la période 2018-2022 [182]. En effet, selon la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, il sera nécessaire dans les prochaines années de :

– « *Développer les campagnes d’information afin de diffuser les méthodes de prévention* » (sur les règles d’hygiène individuelle)

– « *Développer des actions de prévention et d’éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes en perte d’autonomie et des personnes handicapées, tout au long de la vie et dans tous les lieux de vie, en s’appuyant notamment sur la pair-émulation* » ;

– « *Rendre accessibles les recommandations de bonnes pratiques, via des formats plus adaptés ou au travers d’outils numériques (aide à la prescription et à la décision)* »

– « *Promouvoir le bon usage des médicaments : Lutter contre la polymédication et la iatrogénie, en particulier chez la personne âgée ; améliorer la pertinence de l’usage des produits de santé en établissement* » ;

– « *Préserver l’efficacité des antibiotiques : Le développement de l’antibiorésistance est lié à une*

consommation d'antibiotiques non maîtrisée. Il sera donc nécessaire de diminuer la consommation d'antibiotiques de 25 % d'ici à 2020 » ;

– « Prévenir la perte d'autonomie : prévention de la dénutrition, de la dépression, de la iatrogénie médicamenteuse, des chutes, principaux facteurs d'hospitalisation évitable des personnes âgées et qui accentuent la dégradation de l'état de santé et l'entrée en dépendance » ;

– « Expérimenter des actions de prévention des risques cardio-vasculaires s'appuyant sur un accompagnement au changement d'habitudes de vie chez les personnes à risque ; mettre en place des stratégies visant à réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète ; poursuivre les actions de dépistage, d'accompagnement et de prise en charge des personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives ».

4.2. Limites de l'outil / de la méthode

→ Cet outil vise uniquement à développer des compétences cognitives qui impliquent d'accroître les connaissances et la compréhension, et de suivre des instructions (protocoles de soins de santé orale). Il ne vise pas à développer les compétences interpersonnelles nécessaires pour prévenir et surmonter le comportement opposant aux soins de santé orale des personnes atteintes de syndrome démentiel.

→ Cet outil ne comprend pas d'activités d'apprentissage interactives, telles que des quiz associés à des études de cas.

→ La réalisation de cet outil nécessite des compétences spécifiques pour : transmettre des savoirs à des adultes, filmer et monter un film, réaliser un dvd. Ces connaissances peuvent ne pas être du ressort de l'étudiant chirurgien-dentiste.

→ Des logiciels sophistiqués sont nécessaires pour créer des contenus numériques interactifs multimédias attrayants, pour retoucher les photos, et pour monter et encoder un film. L'apprentissage de l'utilisation de ces logiciels est chronophage.

→ La réalisation d'un tel outil nécessite de se munir d'un appareil photographique numérique, le mieux étant de posséder un appareil photographique numérique « Reflex » avec un objectif macro

et un flash annulaire, ainsi qu'un miroir pour photo intra-buccale et un écarteur double de commissures. Tout ce matériel permet de prendre de très belles photos de la cavité buccale pour montrer à quoi ressemblent : une cavité buccale saine chez le sujet âgé ; les affections bucco-dentaires courantes chez le sujet âgé ; la plaque dentaire et le tartre ; les différentes prothèses dentaires fixées et amovibles dento-portées ou implanto-portées ; le matériel d'hygiène bucco-dento-prothétique. La réalisation de cet outil nécessite également de se munir d'une caméra et d'un trépied pour filmer les séances d'accompagnement de proximité de la personne âgée dépendante dans l'accomplissement de ses soins de santé orale. Ce matériel a un coût élevé.

→ Le support dvd présente des inconvénients :

- le coût de production
- une diffusion limitée à un petit nombre d'utilisateurs en raison du coût de production du DVD, contrairement aux sites internet dont l'accessibilité est illimitée sur le plan du nombre d'utilisateurs ;
- l'impossibilité de mettre les informations à jour, contrairement à un site web ;
- la nécessité de détenir un ordinateur et un lecteur DVD pour visualiser l'outil ;
- une usure de l'objet avec le temps et un risque de rayures sur le disque le rendant non fonctionnel ;
- un risque de perte du DVD ;
- une perte d'habitude de l'utilisation du DVD et un désintérêt pour ce type de format, contrairement aux outils numériques en format pdf et aux sites web qui peuvent être visualisés à l'aide d'un ordinateur, d'une tablette ou encore d'un téléphone portable.

Il serait pertinent de surmonter les inconvénients liés au support DVD en réalisant :

- soit un outil en format pdf interactif multimédia : pour ce faire l'outil pédagogique peut être créé avec un programme de « Publication Assistée par Ordinateur » (PAO), tel que Quarck Xpress, Adobe Indesign, ou encore une de leurs alternatives gratuites « Scribus ». Ce qui est problématique, c'est qu'il existe peu de tutoriels gratuits sur l'utilisation de Scribus. Le pdf interactif peut être accessible par un site internet classique, peut être envoyé par mail, et peut être placé sur une clé usb. Il est possible d'ajouter des fichiers imprimables en plus du pdf interactif dans

la clé usb. Il y a néanmoins des inconvénients avec ce type de support : le coût de production, et le risque de transmettre des « virus » et des logiciels potentiellement indésirables sur l'ordinateur par le biais de la clé usb.

– soit un site internet spécifique, se présentant comme un DVD, et ne nécessitant pas de compétences en « codage » (HTML, CSS, etc.) : l'outil pédagogique doit être créé à partir d'un outil online d'édition et de publication de contenu interactif multimédia et multisupports web/mobiles, tels que RacontR ou Klynt. Le projet est hébergé sur la plate-forme, visualisable gratuitement par autrui, et son exportation est payante.

Pour l'instant, nous projetons de ne pas répondre aux critères suivants de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé, selon le référentiel proposé par l'INPES [137] :

– Critères de qualité de contenu :

→ « *Le point de vue du destinataire est pris en compte* » : nous ne faisons pas participer les destinataires de l'outil à son élaboration.

→ « *Le destinataire est interpellé, rendu actif, mis en situation* » : nous n'envisageons pas de faire des exercices.

→ « *L'outil offre des ressources pour en savoir plus* » : si nous projetons que le niveau III de l'outil comprenne des informations plus détaillées ayant vocation à en savoir plus, nous n'envisageons pas de renvoyer l'utilisateur vers des ressources documentaires autres que celles que nous avons conçues.

– Critères de qualité du support :

→ « *L'outil est solide, robuste* » : le support DVD peut s'utiliser facilement.

→ « *Les éléments matériels et techniques sont remarquables quant à leur originalité/innovation* » : le support DVD n'est plus vraiment adapté en tant que support d'outil pédagogique. Il est plus original de faire en sorte que l'outil soit lisible sur une tablette ou un smartphone, en plus d'un ordinateur.

→ « *Cette originalité/innovation favorise l'interaction* » : L'interaction peut être mieux favorisée avec une tablette dans le cadre de la formation de terrain ou d'une séance d'éducation en santé orale individuelle.

– Critères de qualité de conception :

→ « *Le destinataire est impliqué dans le processus de conception* » : nous n'avons pas impliqué et nous n'envisageons pas d'impliquer des professionnels de proximité dans le processus de conception.

→ « *Des représentants de toutes les disciplines concernées sont impliqués dans le processus de conception* » : nous n'avons pas élaboré et nous n'envisageons pas d'élaborer notre outil avec d'autres personnes.

Conclusion

L'accompagnement de proximité des personnes âgées institutionnalisées dans la maîtrise de leur risque d'altération de la santé orale est une composante essentielle de leur accompagnement institutionnel global, tout comme « *la santé orale est une composante essentielle et à part entière de la santé* » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS)) [1].

Cet accompagnement implique la responsabilité de plusieurs acteurs de l'environnement des personnes âgées institutionnalisées, tant institutionnel que social, paramédical, médical, interpersonnel ou encore politique. Le personnel de proximité constitue le maillon le plus important de la chaîne de cet accompagnement, compte tenu de ses fonctions d'écoute, d'observation, d'éducation ou encore d'assistance dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie. En effet, qu'il relève du secteur paramédical ou social, le professionnel de proximité est en première ligne pour : recueillir les doléances en santé orale de la personne ; repérer les signes d'appel d'un trouble de santé orale chez une personne non communicante, eu égard à son état et comportement général ; apprécier son besoin d'éducation, de stimulation voire de suppléance pour l'accomplissement de ses soins de santé orale, eu égard à son comportement d'hygiène et à ses capacités fonctionnelles ; identifier ses besoins en prévention et soins bucco-dentaires ; et enfin définir les modalités de l'accompagnement interdisciplinaire de sa santé orale au vu de ses besoins en santé orale ressentis et réels.

Or, au vu des données issues de la littérature, les personnes âgées institutionnalisées insuffisamment autonomes se trouvent en situation de handicap en ce qui concerne la maîtrise de leur risque individuel d'altération de la santé orale. Cette situation est très problématique, tant pour la personne elle-même que pour son entourage personnel, institutionnel, médical, ou encore pour la collectivité. L'enjeu de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques d'accompagnement de proximité est pourtant de taille. En effet, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans devrait atteindre 38,5 % de la population totale à l'horizon 2025 [183], contre 24,4 % au 1^{er} janvier 2015 en France métropolitaine (15 623 858 personnes) [184]. Le nombre de personnes âgées de 75 ans augmentera fortement à partir de 2021, du fait de l'arrivée à cet âge des « *baby-boomers* » [185]. Ce phénomène se reproduira en 2031 pour les personnes âgées de 85 ans [185]. Le corollaire

de la baisse de mortalité est une augmentation du nombre de personnes atteignant des âges très élevés où les problèmes de santé et les problèmes fonctionnels sont fréquents, si bien que les personnes âgées en perte d'autonomie devraient être 1 500 000 à l'horizon 2025 [186], contre 1 251 840 en 2014 [187]. Par conséquent, la demande de soins et d'accompagnement augmentera. Du fait de cette augmentation et de la réduction du nombre de médecins, le nombre de soignants devrait augmenter de 1,6 % par an au moins jusqu'en 2022, et la « répartition des tâches entre professionnels, soignants et aides-soignants pourrait être amenée à se redessiner, impliquant des besoins de formation accrus, initiale ou continue, afin de renforcer les compétences techniques des professionnels concernés » [188]. Ce phénomène d'augmentation des besoins sera non seulement quantitatif, mais aussi qualitatif : les personnes âgées en perte d'autonomie de demain auront un nombre de dents plus important, et très probablement des prothèses implanto-portées fixes ou amovibles qui nécessiteront des soins d'hygiène minutieux. Il est fortement probable que leurs exigences en termes de qualité d'accompagnement de leur santé orale soient supérieures à celles des personnes âgées en perte d'autonomie d'aujourd'hui.

Pour satisfaire le besoin actuel et à venir d'accompagnement de proximité des personnes âgées dans la maîtrise de leur risque d'altération de la santé orale, nous avons contribué à l'élaboration d'une intervention de promotion et de prévention pour la santé orale des personnes âgées institutionnalisées visant à répondre au besoin d'information en santé orale du personnel de proximité. L'intérêt de cet outil réside dans le fait qu'il s'inscrit dans un programme de promotion et de prévention misant sur la synergie de trois stratégies d'intervention : la nôtre, ciblant le personnel de proximité (outil numérique pédagogique pratique) ; celle du Dr S. Belabdi Mokrane, ciblant les personnes âgées institutionnalisées (document d'information en santé orale) ; et celle des Drs S. Meyrignac et P. Bonhomme Aizier, ciblant les familles (site web d'information en santé orale). En effet, compte tenu du contexte, la mise en œuvre de ce type de programme à stratégies multiples apparaît être la clé pour faciliter la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques, et maîtriser par là-même le risque d'altération de la santé orale des personnes âgées institutionnalisées, et leur risque d'altération de la santé générale et de la qualité de vie lié à leur santé orale.

Annexe 1. Cadre conceptuel

- **Les « personnes âgées » / « personnes âgées ordinaires »**

Dans les textes de Loi français, la notion de « *personnes âgées* » recouvre habituellement toutes les personnes âgées « *ordinaires* » de plus de 60 ans, c'est-à-dire toutes les personnes âgées de plus de 60 ans à l'exception des « *personnes handicapées* ». Ce seuil d'âge d'entrée dans le groupe des « *personnes âgées* » est purement administratif : il a été fixé de manière arbitraire le 1^{er} avril 1983 dans le cadre du passage de l'âge légal de départ à la retraite de 65 à 60 ans [189].

- **Les « personnes handicapées », les « personnes handicapées vieillissantes »**

- **Les « personnes handicapées »**

Les « *personnes handicapées* » sont les personnes qui ont bénéficié de la reconnaissance officielle d'un handicap, soit par une Commission Départementale de l'Éducation Spéciale (CDES) ou par une Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) avant 2006, soit par une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) après 2006 [190]. En effet, la seule définition qui fut donnée à la « *personne handicapée* » est celle que Simone Veil, ministre de la Santé, avait énoncée après la parution de la *Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées* : « *Sera désormais considérée comme handicapée toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales* » [191].

- **Les « personnes handicapées vieillissantes » ou « adultes handicapés vieillissants »**

Selon la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA), une « *personne handicapée vieillissante* » est « *une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître de surcroît les effets du vieillissement* » [192]. Il n'existe donc pas de seuil d'entrée dans le groupe des « *personnes handicapées* »

vieillissantes ». Toutefois, il n'est pas rare que les premiers effets du vieillissement se manifestent dès l'âge de 40 ans chez les « *personnes handicapées* » [192].

- **Les « personnes en situation de handicap »**

La notion de « *personnes en situation de handicap* » ne doit pas être confondue avec la notion de « *personnes handicapées* ». Au sens de la *Loi n° 2005-102*³¹, constitue un handicap « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » [193].

À titre d'exemple, une « *personne âgée ordinaire* » peut se trouver en situation de handicap pour l'activité « *Toilette bucco-dento-prothétique* » si d'une part elle ne peut pas accomplir cette activité en raison d'une altération définitive d'une fonction mentale, et si d'autre part elle n'a pas accès dans son environnement à une aide humaine pour accomplir cette activité.

- **La « dépendance », la grille « AGGIR » d'évaluation de l'état de « dépendance », et les « personnes âgées dépendantes »**

- **La « dépendance »**

Au sens de la *Loi n°97-60*³², la « *dépendance* » est « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* » [194].

31 *Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*

32 *Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance*

○ **La grille « AGGIR » d'évaluation de l'état de « dépendance »**

La grille nationale « Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources » (AGGIR) d'évaluation de l'état de dépendance permet d'évaluer le niveau de dépendance d'une personne âgée, c'est-à-dire « *le niveau de réalisation d'activités de différentes natures (activités domestiques, sociales, corporelles et mentales) effectuées par une personne âgée seule, sans aides humaines, mais le cas échéant avec des aides techniques, quel que soit son lieu de vie, à domicile comme en établissement* » [195]. Ce modèle présente l'intérêt de classer les personnes âgées en six Groupes Iso-Ressources (GIR) rassemblant des personnes ayant des niveaux proches de besoins d'aide et de surveillance, sur une échelle allant de GIR 1 (niveau de dépendance le plus élevé) à GIR 6. Ce modèle comporte 17 variables. Le « Girage » tient compte des 6 variables qui correspondent aux Actes de la Vie Quotidienne³³ (AVQ) et des 2 variables du domaine psychique³⁴ [195]. Le tableau suivant (Tableau 8) présente le niveau de besoins d'aide et de surveillance des personnes âgées selon leur GIR [195,196] :

Tableau 8: Caractéristiques des personnes âgées classées dans les groupes GIR 1 à 4 de la grille AGGIR

| | |
|-------|--|
| GIR 1 | Il s'agit des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. |
| GIR 2 | <p><u>Sous-groupe n°1</u> : il s'agit des personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit.</p> <p><u>Sous-groupe n°2</u> : il s'agit des personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.</p> |
| GIR 3 | Il s'agit des personnes ayant conservé des fonctions |

33 Toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur

34 Cohérence et orientation

| | |
|-------|---|
| | mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire. |
| GIR 4 | <p><u>Sous-groupe n°1</u> : il s'agit des personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules.</p> <p><u>Sous-groupe n°2</u> : il s'agit des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.</p> <p>Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assumant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).</p> |
| GIR 5 | Il s'agit des personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques. |
| GIR 6 | Il s'agit des personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante. |

○ **Les « personnes âgées dépendantes »**

Jusqu'en 2001, la notion de « personnes âgées dépendantes » recouvrait les personnes classées dans les groupes 1 à 3 de la grille AGGIR. Ces personnes bénéficiaient d'une « prestation d'autonomie » dite « Prestation Spécifique Dépendance » (PSD) [197,198].

- **La « perte d'autonomie », les « personnes âgées en perte d'autonomie », et les « personnes âgées autonomes »**

L'expression « perte d'autonomie » remplace l'expression « dépendance » depuis la parution de la *Loi n° 2001-647*³⁵ qui a été créée pour remplacer la PSD par l'Allocation

³⁵ *Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*

Personnalisée Autonomie (APA) [199]. L'APA est destinée aux personnes âgées de plus de 60 ans³⁶ classées dans les groupes 1 à 4 de la grille AGGIR [200]. Ces personnes dites « *en perte d'autonomie* » se trouvent « *dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à leur état physique ou mental* » [199]. Ce sont des « *personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière* » [199].

La notion de « *perte d'autonomie* » porte à confusion, car au sens éthique et philosophique, une « *personne en perte d'autonomie* » est une personne qui perd la capacité ou le droit de se gouverner selon ses propres lois [201]. Par absence de définition consensuelle et par habitude, l'expression « *personnes âgées dépendantes* » est plus souvent utilisée que l'expression « *personnes âgées en perte d'autonomie* » dans le langage courant et dans les textes de Loi pour désigner les personnes classées dans les groupes GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Dans les textes de Loi français, la notion de « *personnes âgées autonomes* » recouvre quant à elle les personnes âgées de plus de 60 ans classées dans les groupes GIR 5 et 6 selon le modèle AGGIR.

36 Ces personnes sont soit des « *personnes âgées ordinaires* », soit des personnes handicapées de plus de 60 ans qui ont fait le choix de bénéficier de l'APA au lieu de la « Prestation de Compensation du Handicap » (PCH) qui est une allocation spécifiquement réservée aux « *personnes handicapées* » (ce cas est rare).

Annexe 2. Institutions hébergeant des personnes âgées

Ces institutions peuvent être schématiquement divisées en trois groupes : les structures d'hébergement dédiées aux « *personnes âgées* » (ou « *personnes âgées ordinaires* »), les structures d'hébergement dédiées aux « *personnes handicapées* » adultes, et les structures de soins avec hébergement des établissements de santé.

- **Structures d'hébergement dédiées aux « *personnes âgées* » (ou « *personnes âgées ordinaires* »)**

Les structures d'hébergement dédiées aux « *personnes âgées* » peuvent être divisées en deux groupes : le premier groupe comprend les structures d'hébergement dédiées aux « *personnes âgées* » relevant du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), et le deuxième groupe comprend celles qui n'en relèvent pas. Nous présentons les structures du premier groupe, et uniquement les résidences-services seniors parmi les structures du deuxième groupe.

- **Structures d'hébergement dédiées aux « *personnes âgées* » relevant du CASF**

Si ces structures sont dédiées aux « *personnes âgées* », elles accueillent toutefois un petit nombre de « *personnes handicapées vieillissantes* » en plus des « *personnes âgées autonomes* » et des « *personnes âgées dépendantes* » [202]. Ces structures sont classées en quatre catégories principales dans le répertoire FINESS (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux) [202] : la catégorie des « *résidences-autonomie* », la catégorie des « *établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », la catégorie des « *établissements d'hébergement pour personnes âgées, ne percevant pas de crédits d'Assurance Maladie* », et enfin la catégorie des « *établissements d'hébergement pour personnes âgées, percevant des crédits d'Assurance Maladie* ».

▪ La catégorie des « résidences-autonomie »

Ces structures non médicalisées ont vocation à accueillir des « *personnes âgées autonomes* » au sein de logements privatifs auxquels sont associés des services collectifs, à titre permanent ou temporaire. Depuis la parution de la *Loi n° 2015-1776*³⁷, la proportion de résidents en GIR 1 à 3 doit être ≤ 15 % de la Capacité Autorisée (CA), et la proportion de résidents en GIR 1 à 2 doit être ≤ 10 % de la CA³⁸ [202]. Les résidences-autonomie ont pour particularité d'offrir aux résidents des « *actions individuelles et collectives destinées aux personnes de 60 ans et plus, visant à les informer, à les sensibiliser ou à modifier des comportements individuels, en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie* » [203]. Les résidences-autonomies ne sont pas habilitées à dispenser des soins. Or, les résidents peuvent faire appel à des infirmiers libéraux ou des professionnels de services à domicile³⁹, au même titre que dans un domicile ordinaire [204]. Avant la parution de la *Loi n° 2015-1776*, les résidences-autonomie étaient nommées « logements-foyers ».

▪ La catégorie des « établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »

Les établissements de cette catégorie sont médicalisés. Ils signent un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil Général (CG) qui leur apportent des financements en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge [202]. Cette catégorie comprend les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et les Petites Unités de Vie (PUV).

→ Les EHPAD

Ces établissements ont vocation à accueillir une majorité de « *personnes âgées dépendantes* », à temps complet (internat) ou partiel (accueil de jour ou de nuit), à titre permanent ou temporaire [202,205]. Depuis la parution de la *Loi n° 2015-1776*, la proportion de résidents en GIR 1 à 3 doit être > 15 % de la CA, et la proportion de résidents en GIR 1 à 2 doit être > 10 % de la

37 *Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*

38 Les « *personnes handicapées* », les étudiants et les jeunes travailleurs peuvent aussi être accueillis dans des proportions ≤ 15 % de la CA.

39 Il s'agit des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), des Services Infirmiers de Soins À Domicile (SSIAD), et des Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD).

CA [202].

Les EHPAD peuvent comporter un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ou une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) pour accompagner les résidents atteints de la Maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées [202]. Le PASA accueille en journée des résidents présentant des Symptômes Comportementaux et Psychologiques des Démences (SCPD) modérés [205]. L'UHR accueille quant à elle 24h sur 24 des résidents présentant des SCPD sévères connus et stabilisés qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie et celles des autres résidents, sur une longue durée [205].

Un nombre conséquent d'EHPAD sont issus de logements-foyers, de maisons de retraite (établissements d'hébergement collectif qui proposent un accueil en chambre) et d'USLD [206]. En effet, l'EHPAD est né de la réforme de la tarification des structures d'hébergement dédiées aux « *personnes âgées* » introduite par la *Loi n°97-60*⁴⁰. Cette réforme visait la médicalisation généralisée (et l'engagement vers une démarche d'amélioration continue de la qualité) des structures accueillant un trop grand nombre de « *personnes âgées dépendantes* » [207].

→ Les PUV

Les PUV accueillent 25 résidents maximum au sein de logements privés [202,208]. Elles constituent une forme d'habitat intermédiaire à mi-chemin entre le domicile personnel et l'établissement d'hébergement collectif. Les PUV sont très peu nombreuses. Avant la parution de la *Loi n° 2015-1776*, les PUV étaient rattachées aux catégories des « *établissements d'hébergement pour personnes âgées percevant des crédits d'Assurance Maladie* » et des « *établissements d'hébergement pour personnes âgées ne percevant pas de crédits d'Assurance Maladie* » [202].

40 *Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance*

- **La catégorie des « établissements d’hébergement pour personnes âgées, ne percevant pas de crédits d’Assurance Maladie » et la catégorie des « établissements d’hébergement pour personnes âgées, percevant des crédits d’Assurance Maladie »**

Ces établissements non médicalisés et médicalisés sont des établissements d’hébergement collectif au sein desquels la proportion de résidents en GIR 1 à 3 doit être ≤ 15 % de la CA et celle de résidents en GIR 1 à 2 doit être ≤ 10 % de la CA, depuis la parution de la *Loi n° 2015-1776*⁴¹ [202]. Les résidents sont accueillis à temps complet (internat) ou partiel (accueil de jour), à titre permanent ou temporaire [202]. Ces catégories d’établissements n’ont pas vocation à prospérer [202].

- **Structures d’hébergement dédiées aux « personnes âgées » ne relevant pas de la catégorie des ESSMS : le cas des résidences-services seniors**

Ces résidences sont assimilées à des résidences-autonomie « de luxe ». Elles mettent à disposition des « personnes âgées » des logements privatifs et des locaux collectifs [209]. Elles offrent à leurs habitants un accès à des services à la personne, à l’exclusion des services de soins [209]. Comme en résidence-autonomie, les résidents peuvent faire appel à des infirmiers libéraux ou des professionnels de services à domicile, au même titre que dans un domicile ordinaire⁴² [209]. L’Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) estime le nombre de résidents en résidences-services seniors à 40 000 en 2014 [209].

- **Structures d’hébergement dédiées aux « personnes handicapées » adultes**

Les structures d’hébergement dédiées aux « personnes handicapées » adultes peuvent être divisées en deux groupes : le premier groupe comprend les structures d’hébergement dédiées aux « personnes handicapées » adultes relevant du CASF, et le deuxième groupe comprend celles qui n’en relèvent pas. Nous ne présentons que les structures du premier groupe.

41 *Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement*

42 Il s’agit des Services d’Aide et d’Accompagnement à Domicile (SAAD), des Services Infirmiers de Soins À Domicile (SSIAD), et des Services Polyvalents d’Aide et de Soins À Domicile (SPASAD).

→ Les **foyers d'hébergement** : Ces structures non médicalisées accueillent des travailleurs handicapés en provenance d'Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) ou d'entreprises du milieu ordinaire, parmi lesquelles les entreprises adaptées [210].

→ Les **Foyers « Occupationnels »/de Vie (FO/FV)** : Ce sont des structures d'hébergement non médicalisées réservées aux adultes handicapés bénéficiant d'une autonomie physique ou intellectuelle suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes, et qui ne nécessitent pas de surveillance médicale ni de soins constants [210].

→ Les **Foyers d'Accueil Polyvalent (FAP)** : Ces structures médicalisées sont des foyers d'hébergement qui proposent à la fois de l'internat, des activités « occupationnelles » et une prise en charge médicalisée [210].

→ Les **Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)** : Ce sont des structures d'hébergement médicalisées réservées aux adultes handicapés présentant un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels les rendant incapables d'effectuer seuls les actes essentiels de la vie, et nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, notamment la poursuite de traitements et de rééducation d'entretien [211].

→ Les **Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM)** : Ce sont des structures d'hébergement médicalisées réservées aux adultes gravement handicapés intellectuellement ou physiquement, ou atteints de handicaps associés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité professionnelle et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants [211].

→ Les **foyers expérimentaux et les foyers d'accueil temporaire** [210].

- **Structures de soins avec hébergement des établissements de santé**

Les structures de soins avec hébergement des établissements de santé peuvent être divisées en trois groupes : le premier groupe comprend les structures de soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, le deuxième groupe comprend les structures de Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR), et le troisième groupe comprend les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) [212]. Nous présentons uniquement les unités de court séjour gériatrique parmi les structures du premier groupe, les unités de soins de suite et de réadaptation gériatrique parmi les structures du deuxième groupe, et les USLD.

→ **Unités de soins de court séjour gériatrique**

Depuis 2007, les établissements de santé sont incités à ouvrir des services ou des unités de court séjour gériatrique [213]. Ces unités accueillent « *en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la co-existence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente de pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux sur-ajoutés* » [213]. Les patients y sont hospitalisés « *en raison d'une aggravation d'une de ces pathologies, ou de la survenue d'une affection aiguë* » [213]. Cette unité a notamment pour missions de « *procéder à une évaluation globale et individualisée du patient âgé, à la fois médicale, psychologique et sociale* », « *établir tous les diagnostics utiles à la guérison santé du malade et/ou au maintien de sa qualité de vie* », et de « *proposer des traitements adaptés à l'état des personnes* » [213].

→ **Unités de soins de suite et de réadaptation gériatrique**

Au sens de l'article R. 6123-118 du Code de Santé Publique (CSP), l'activité de SSR a pour objet de « *prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique* » [214].

Depuis 2007, les établissements de santé sont incités à ouvrir des Unités de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (USSRG) [213]. Ces unités accueillent en « *hospitalisation complète*

ou partielle en hôpital de jour des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible » [213]. Les USSRG ont une double mission : « *assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées* », et « *assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux* » [213]. Les actions de réadaptation consistent notamment à « *maintenir ou redonner de l'autonomie* », et « *assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage* » [213].

→ Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

Il s'agit d'unités de soins de « long séjour » dont la vocation est l'accueil des « *personnes présentant une pathologie organique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie durable* » [215]. Les personnes âgées ou très âgées représentent 97 % de la population accueillie en USLD [216]. L'USLD peut comporter une UHR⁴³ (dite « sanitaire » par opposition aux UHR dites « médico-sociales » des EHPAD).

43 Unité d'Hébergement Renforcé

Annexe 3. Distribution des pathologies des personnes âgées institutionnalisées en EHPAD et en logement- foyer

Tableau 9: Distribution (en %) des pathologies des résidents en EHPAD et en Logement-Foyer au 31/12/2011 (Source : Enquête EHPA 2011)

| Affections / Part des résidents diagnostiqués par institution | En EHPAD | En logement-foyer |
|---|----------|-------------------|
| Affections neuro-psychiatriques → syndrome démentiel, état dépressif, troubles chroniques du comportement, état anxieux, psychose/délire/hallucinations, Accident Vasculaire Cérébral, syndrome parkinsonien, malaise/vertige/perte de connaissance, épilepsie, syndrome confusionnel aiguë, etc. | 91 % | 69 % |
| Affections gastro-entérologiques → syndrome abdominal, syndromes digestifs hauts (dont ulcères gastro-duodénaux), dénutrition, affection hépatique/biliaire/pancréatique, etc. | 57 % | 27 % |
| Affections uro-néphrologiques → incontinence urinaire, insuffisance rénale, etc. | 48 % | 15 % |
| État grabataire ou terminal | 23 % | 1 % |
| Anémie | 12 % | 5 % |
| Affections ostéo-articulaires → pathologies de la hanche, pathologie vertébro-discale, polyarthrite, pathologie de l'épaule, etc. | 55 % | 57 % |
| Affections cardio-vasculaires → hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, coronaropathie, artériopathie chronique, embolie/thrombose artérielle ou amputation, hypertension orthostatique, etc. | 79 % | 79 % |
| Troubles de la marche | 42 % | 33 % |
| Affections endocriniennes → diabète, dysthyroïdie, troubles de l'hydratation/trouble hydro-électrolytique, rétention urinaire, etc. | 35 % | 27 % |
| Pathologie oculaire évolutive | 19 % | 17 % |
| Affections broncho-pulmonaires → broncho-pneumopathie (dont broncho-pneumopathie chronique obstructive), insuffisance respiratoire, embolie pulmonaire, etc. | 19 % | 12 % |
| Affections dermatologiques → escarres, etc. | 19 % | 11 % |
| Pathologies infectieuses → infection urinaire basse, syndrome infectieux localisé, syndrome infectieux général, etc. | 10 % | 7 % |
| État cancéreux | 10 % | 7 % |

Annexe 4. Répartition des adultes handicapés institutionnalisés par type de déficience, selon le type d'institution

Tableau 10: Répartition (en %) des adultes handicapés institutionnalisés par type de déficience, selon le type d'institution, au 31/12/2014 (Source : Enquête ES Handicap 2014)

| Type d'institution / déficience principale | Déficience intellectuelle | Trouble du psychisme | Déficience motrice | Polyhandicap | Déficience sensorielle | Autres |
|--|---------------------------|----------------------|--------------------|--------------|------------------------|--------|
| FO/FV et FAP | 70,6 % | 18,9 % | 5 % | 0,6 % | 1,8 % | 3 % |
| MAS | 40,5 % | 13,4 % | 10 % | 27,4 % | 1,2 % | 7,4 % |
| FAM | 47,4 % | 24 % | 13,2 % | 6,9 % | 2,8 % | 5,6 % |

Annexe 5. Niveau d'autonomie des personnes âgées institutionnalisées selon leurs troubles invalidants

Les personnes autonomes, semi-autonomes et non autonomes peuvent présenter les troubles peu à totalement invalidants suivants⁴⁴ :

Tableau 11: Niveau d'autonomie des personnes âgées institutionnalisées selon leurs troubles invalidants

| Niveau d'autonomie | Situation | Exemples de troubles invalidants |
|---------------------------------|---|---|
| Personnes autonomes | <ul style="list-style-type: none"> – Absence de trouble moteur, ou trouble(s) moteur(s) peu invalidant(s) ; – Absence de trouble cognitif, ou trouble(s) cognitif(s) peu invalidant(s) ; – Absence de trouble psychique, ou trouble(s) psychique(s) peu invalidant(s) ; – Absence de trouble sensoriel, ou trouble(s) sensoriel(s) peu invalidant(s). | <ul style="list-style-type: none"> → Déficience intellectuelle non profonde → Syndrome démentiel à un stade peu avancé → Maladie de Parkinson à un stade peu avancé → Trouble de l'anxiété mineur → Trouble de l'humeur mineur |
| Personnes semi-autonomes | Un ou plusieurs types de troubles peu ou moyennement invalidants, dont au moins un moyennement invalidant. | <ul style="list-style-type: none"> → Troubles musculaires et/ou ostéo-articulaires moyennement invalidants → Déficience intellectuelle non profonde → Antécédent de traumatisme crânien moyennement invalidant → Sclérose en plaque moyennement invalidante → Séquelles d'Accident Vasculaire Cérébral moyennement invalidantes → Syndrome démentiel à un stade moyennement avancé → Symptômes Comportementaux et Psychologiques des Démences modérés → Maladie de Parkinson à un stade moyennement avancé → Trouble de l'anxiété → Trouble de l'humeur (déprime, dépression) → Schizophrénie → Déficience visuelle |

44 Tableau réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <p>Personnes non autonomes</p> | <p>Un ou plusieurs types de troubles peu à totalement invalidants, dont au moins un très invalidant.</p> | <p>Un ou plusieurs types de troubles peu à totalement invalidants, dont au moins un très invalidant.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Polyhandicap → Troubles musculaires et/ou ostéo-articulaires très invalidants → Déficience intellectuelle profonde → Antécédent de traumatisme crânien très invalidant → Sclérose en plaque très invalidante → Séquelles d'Accident Vasculaire Cérébral très invalidantes → Syndrome démentiel à un stade très avancé → SCPD modérés à sévères → Maladie de Parkinson à un stade très avancé → Syndrome confusionnel → Épisode dépressif majeur → Syndrome de glissement → Schizophrénie → Déficience visuelle |
|---------------------------------------|--|--|

Annexe 6. Revue de littérature pour définir la méthode d'élaboration de notre projet

- **Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques, réalisé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Québec) en 2015⁴⁵ [133]**

Tableau 12: Recommandations issues du guide de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques

| Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques [133] | |
|--|--|
| Conditions préalables à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques | « – une volonté de l'organisation de transmettre sa pratique ; – une pratique exemplaire qui répond à un besoin suffisamment important dans le réseau de la santé et des services sociaux ; – un contexte d'implantation suffisamment généralisable pour que la pratique soit jugée transférable ». |
| Contenu | « 1. Introduction 2. Pourquoi ? 3. Quoi ? 4. Comment ? 5. Conclusions 6. Annexes : essentielles à un guide de bonnes pratiques, car elles facilitent le passage de la théorie à la pratique, transmettent un sentiment de confiance aux gestionnaires appelés à adopter la pratique, illustrent parfois mieux les étapes qu'un texte ne le ferait. Les annexes peuvent inclure des outils de planification, des exemples de protocoles, des descriptions de tâches, des fiches d'indicateurs, etc. » |
| Acteurs | – « Groupe de travail multidisciplinaire ; – indépendance du groupe de travail par rapport au commanditaire ; divulgaration des conflits d'intérêts ; – implication de la population bénéficiaire de la pratique ; – révision du guide par des pairs externes avant la publication ». « Collaborateurs : – Des experts de contenu : contribuent à l'identification des meilleurs pratiques et peuvent aider à interpréter des données contradictoires ; – Des experts de processus : réalisent des tâches faisant appel à des compétences particulières, ce qui évite la perte de temps et d'argent, tout en assurant un haut niveau de qualité ; – Des experts praticiens : évaluent la faisabilité des propositions en tenant compte des contraintes de la pratique ; – Des utilisateurs cibles : facilitent l'adaptation du guide à leurs besoins. » |

45 Tableau réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

| | |
|--|---|
| | <p>« Utilisateurs cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> – communiquent leurs attentes et leurs besoins de soutien pour l’adoption des pratiques visées ; – apprécient la faisabilité des recommandations ; – identifient les résistances pressenties à l’implantation de la pratique ; – valident le transfert de la théorie vers la pratique ; – illustrent le contenu en suggérant des exemples concrets. » |
| <p>Étapes d’élaboration du guide de bonnes pratiques</p> | <p>« 1. Avant-projet (exploration)</p> <ul style="list-style-type: none"> → vérifier si des guides ont déjà été publiés sur le sujet ; → vérifier si des recommandations ont été faites sur le sujet ; → vérifier auprès d’informateurs de différents niveaux l’intérêt du milieu à l’idée d’élaborer un guide de bonnes pratiques ; → identifier les résistances ; → vérifier s’il existe des initiatives réalisées par les utilisateurs cibles ; → identifier les parties prenantes ; → vérifier s’il n’existe par déjà un groupe de travail sur le sujet : → Formulation d’une proposition qui tient compte des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> – évaluation des alternatives à la production d’un guide ; – utilisateurs cibles ; – objectif/but ; – population bénéficiaire ; – valeur ajoutée ; – éléments de contenu (sommaire et provisoire). <p>2. Prise de décision de produire un guide.</p> <p>3. Planification.</p> <p>4. Élaboration du contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> – revue de littérature ; – captation de la pratique ; – consultation d’experts ; – consultation auprès des utilisateurs cibles ; – consultation auprès de la population bénéficiaire ; – choix des recommandations (les éléments de la pratique qui répondent le mieux aux critères des meilleures pratiques sont les éléments généralisables, appuyés par la littérature, faisant consensus auprès des experts, réalisables, tenant compte des préférences de la population bénéficiaire) ; – création d’outils en appui en lien avec sa pratique et son implantation. <p>5. Rédaction : idéalement faite au fur et à mesure par une seule personne. Lorsque cela est possible, utiliser des éléments graphiques comme le logigramme.</p> <p>6. Validation : bien qu’elle soit présentée comme une étape, la validation devrait se faire en continu.</p> <p>7. Édition</p> <p>8. Diffusion</p> <p>9. Évaluation : elle concerne autant la pratique que le guide lui-même. L’évaluation consiste à recueillir des informations pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – améliorer le processus d’élaboration ; – s’assurer de la satisfaction des utilisateurs cibles ; |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> – préparer la réédition ; – s’assurer que le guide contribue à l’atteinte de la finalité ». <p>10. Réédition : pour ce faire, établir une veille informationnelle portant sur le sujet du guide, et utiliser les données provenant de l’évaluation pour modifier le document. »</p> |
|--|--|

- **Guide méthodologique d’élaboration d’un document écrit d’information à l’intention des patients et usagers du système de santé, réalisé par la HAS en 2008⁴⁶ [134]**

Tableau 13: Recommandations issues du guide de la HAS pour l’élaboration d’un document écrit d’information à l’intention des patients et usagers du système de santé

| Guide méthodologique d’élaboration d’un document écrit d’information à l’intention des patients et usagers du système de santé [134] | |
|---|---|
| Thèmes des documents d’information | <ul style="list-style-type: none"> « – Dépistage : <ul style="list-style-type: none"> → de masse → d’incidence – Prévention : <ul style="list-style-type: none"> → primaire → secondaire → tertiaire – Stratégies : <ul style="list-style-type: none"> → diagnostiques → thérapeutiques → de soins → d’organisation des soins – Éducation thérapeutique – Description détaillée des soins auto-prodigés (auto-soins, auto-surveillance) – Résultats de revue systématique de la littérature » |
| La qualité globale des documents écrits d’information repose sur : | <ul style="list-style-type: none"> « – la qualité de l’information scientifique de leur contenu ; – la qualité de leur conception ; – la qualité de leur présentation ; – leur acceptabilité par les destinataires » |
| Conseils pour élaborer des documents écrits d’information | <ul style="list-style-type: none"> – faire participer les patients et les usagers à toutes les phases de la conception des documents écrits qui leur sont destinés. – utiliser des données scientifiques pour élaborer le contenu des brochures pour assurer la crédibilité de l’information. – suivre les conseils de rédaction et de présentation des informations décrits dans des |

46 Tableau réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

| | |
|--|--|
| | <p>ouvrages de journalisme et de vulgarisation scientifique.</p> <p>– tenir compte des préférences des patients et usagers en matière de présentation des documents écrits portant sur la maladie ou les symptômes ou les soins : pour recueillir les préférences, il est recommandé d’organiser des discussions de groupe (focus groups) avec des usagers et des patients.</p> <p>– utiliser une méthode de test de la lisibilité, de la compréhension et de la présentation des informations par le public destinataire.</p> |
| Étapes clés d’élaboration du document | <p>Dans l’ordre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyser la pertinence de la demande. 2. Définir le thème, le public et le type de document. 3. Élaborer une stratégie de diffusion et de mise à disposition du document. 4. Identifier les données de la littérature scientifique et les évaluer ; identifier les documents existants à l’intention du public sur le thème et les évaluer ; faire participer les patients et les usagers à l’identification de leurs besoins et de leurs attentes. 5. Définir le contenu du document ; sélectionner les messages essentiels et les points clés ; définir la structure du document. 6. Appliquer les conseils de rédaction et de présentation. 7. Choisir un support ; concevoir une maquette. 8. Tester la compréhension et la présentation de l’information auprès d’un échantillon de patients et d’usagers. 9. Finaliser le document. 10. Diffuser le document. 11. Évaluer l’impact du document. |
| Acteurs concernés et organisation du travail : Trois groupes d’acteurs interviennent dans l’élaboration du document : → Le promoteur → Le comité d’organisation/de pilotage → Le groupe de travail (10 à 12 membres) | <p>« Le groupe de travail doit être multi-professionnel et représentatif des différents domaines professionnels, médicaux ou non, intéressés par le thème. Il est composé selon le thème :</p> <ul style="list-style-type: none"> – de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ciblés ; – d’un nombre équivalent de patients ou d’usagers qui ont, ou ont eu, une expérience directe de la gestion de la maladie et/ou des soins au quotidien ; – de personnes qualifiées dont l’expertise est requise pour l’élaboration de documents pour le public pour éclairer des décisions qui sont prises en regard du vocabulaire, de l’enchaînement des idées, du format, des stratégies de diffusion et d’appropriation du document » |
| Tests du document | <ol style="list-style-type: none"> 1. « Test de la maquette auprès des patients ou usagers : conduite d’entretiens ou de groupes de discussion avec les patients, les usagers, l’entourage ». 2. « – Exploitation des résultats du test : discussion des modifications à apporter au document ; – Discussion sur la nécessité de réitérer le teste ou d’adapter le document écrit à une population spécifique » |

- **Guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD) dans le monde de la santé, réalisé par la HAS en 2015⁴⁷ [135]**

Tableau 14: Recommandations issues du guide de la HAS pour la conception d'une formation ouverte et à distance dans le monde de la santé

| Guide de conception de formation ouverte et à distance dans le monde de la santé [135] | |
|---|---|
| Formation ouverte et à distance sur support numérique = e-learning. | <p>Le e de e-learning devrait être traduit par « apprentissage électronique ».</p> <p>Il s'agit d'un « <i>apprentissage ouvert, favorisant l'accessibilité du contenu, des lieux, du temps, des modes d'enseignement et des médias, et c'est un apprentissage à distance favorisant l'autonomie de l'apprenant</i> ».</p> <p>Le e-learning comprend les approches « non présentiels » :</p> <ul style="list-style-type: none"> – en ligne ; – non disponibles en ligne (support numérique physique de type DVD, clé usb, support papier, etc.) |
| Processus d'élaboration de dispositif e-learning | <ul style="list-style-type: none"> – « <i>Tout processus de formation s'appuie sur des modèles pédagogiques. Il n'a pas été identifié dans la littérature de modèles spécifiques au monde de la santé</i> » – Deux modèles émergent en matière d'ingénierie pédagogique du e-learning : <ul style="list-style-type: none"> → l'approche analytique illustré par la méthode ADDIE (Analyse, Design, Développement, Implémentation, Évaluation) : cette approche suit un processus régulier avec des étapes à franchir, elle est la plus utilisée actuellement. → l'approche pragmatique (ou itérative) illustrée par le modèle SAM (Successive Approximation Model) : « <i>Une phase pilote est rapidement élaborée et le projet est remanié au fil du temps</i> ». « <i>à l'inverse des modèles où chaque étape doit être menée avec le plus haut niveau de perfection possible, un modèle itératif initie des étapes assez simples qui peuvent être modifiées à n'importe quel moment</i> » |
| Objectifs pédagogiques et activités | <ul style="list-style-type: none"> – « <i>Les contenus sont développés pour répondre à des objectifs pédagogiques. Un objectif général est découpé en objectifs spécifiques. Chaque objectif spécifique est atteint par une série de séquences et d'activités à réaliser par le participant au sein d'un module d'enseignement</i> » – La structure du cours est dite linéaire lorsque le participant suit les séquences de manière imposée. La structure est dite libre si le participant peut naviguer entre les modules dans l'ordre qu'il souhaite. |

47 Tableau réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

- **Guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique, recommandé par la HAS et réalisé par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) en 2012⁴⁸ [136]**

Tableau 15: Recommandations issues du guide de la FAO pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique

| Guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique [137] | |
|---|--|
| Méthode ADDIE : | <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Analyse des besoins 1.2. Analyse du public cible 1.3. Analyse des thèmes, et des tâches professionnelles 2. Conception <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Objectifs d'apprentissage 2.2. Séquençage 2.3. Stratégie pédagogique 2.4. Modalités de formation 2.5. Stratégie d'évaluation 3. Développement <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Élaboration du contenu 3.2. Développement du storyboard 3.3. Développement du didacticiel 4. Mise en œuvre <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Installation et diffusion 4.2. Gestion des activités des apprenants 5. Évaluation <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Réactions 5.2. Apprentissage 5.3. Comportement 5.4. Résultats |
| L'équipe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Responsable des ressources humaines/du développement des compétences : effectue notamment des analyses de besoins et du public cible, et évalue le degré de transfert au niveau des compétences professionnelles et les résultats pour l'institution. 2. Concepteurs pédagogiques : responsables de la stratégie pédagogique. 3. Experts en la matière : apportent les connaissances et l'information nécessaires pour réaliser le cours. 4. Développeurs Web et créateurs multimédia : assemblent les différents éléments des cours, développent des composantes multimédias et interactives, créent des didacticiels, adaptent l'interface d'une plateforme d'apprentissage, installent des didacticiels sur un serveur Web. |

48 Tableau réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

| | |
|--|---|
| | 5. Administrateurs, facilitateurs, et tuteurs en ligne. |
| | 6. Spécialistes du support technique. |

- **Un référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé, réalisé par l'INPES en 2005⁴⁹ [137]**

Tableau 16: Référentiel de l'INPES sur les critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé

| Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé [137] | |
|---|--|
| Qualité du contenu | <p>« Critères de qualité essentiels : → les sources utilisées sont identifiées ; les informations sont d'actualité ; l'outil ne fait pas la promotion d'un produit ou d'une marque ; le contenu est objectif et nuancé ; le contenu est acceptable au regard de l'éthique ; le contenu est pertinent par rapport au thème ; le contenu est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.</p> <p>Critère de qualité important : → Il n'y a pas d'éléments caricaturaux/stéréotypes entraînant une perturbation de la compréhension du contenu.</p> <p>Critère de qualité mineur : → le contenu informatif est exhaustif. »</p> |
| Qualité pédagogique | <p>« Critères de qualité essentiels : → les objectifs sont annoncés ; l'émetteur du discours est facilement identifiable ; le point de vue du destinataire est pris en compte ; l'outil évite la mise en échec des destinataires ; le niveau de difficulté est adapté au destinataire (vocabulaire, schémas, règles du jeu...) ; le destinataire est interpellé, rendu actif, mis en situation ; les connaissances et représentations préexistantes des destinataires sont prises en compte ; l'outil propose des activités qui suscitent des interactions entre participants ; les sentiments suscités par l'outil (crainte, malaise...) ne produisent pas d'effet négatif ; les ressorts utilisés par le concepteur de l'outil sont tous en accord avec les valeurs de la promotion de la santé ; ces ressorts ne nuisent pas à l'implication des participants.</p> <p>Critères de qualité importants : → l'émetteur apparaît comme légitime au regard des propos qu'il tient ; le contenu est structuré ; la compréhension est facilitée ; la mémorisation est favorisée (répétitions, moyens mnémotechniques...) ; l'appropriation est facilitée (exemples variés, règles...) ; on peut utiliser seulement certains éléments (modularité) ou seulement certaines séquences (vidéo) ; l'outil offre des ressources pour en savoir plus ; il y a une identification possible avec les personnages (fonction, cadre de vie,</p> |

49 Tableau réalisé par nous-même pour synthétiser nos recherches

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>catégorie socio-professionnelle) ; les exemples sont proches du vécu ; l'outil propose des activités qui favorisent des interactions avec l'environnement extérieur au groupe ; l'outil prévoit une procédure d'évaluation à appliquer auprès des destinataires. »</p> |
| Qualité du support | <p>« Critères de qualité essentiels : → le support choisi est pertinent par rapport au destinataire ; le support choisi est pertinent par rapport au sujet traité ; le support choisi est pertinent par rapport aux objectifs annoncés ; les consignes, règles, modalités d'utilisation sont claires ; il y a un guide d'utilisation ; s'il n'y a pas de guide, l'outil peut être utilisé sans difficulté ; le guide inclut la ou les méthodes pédagogiques ; pour les CD-roms, la navigation est aisée ; pour les CD-roms, l'interactivité est réelle.</p> <p>Critères de qualité importants : → Les images animées sont de bonne qualité ; la lisibilité du support écrit est correcte ; le son est de bonne qualité ; les illustrations sont de bonne qualité ; le son est de bonne qualité ; les illustrations sont de bonne qualité ; l'écriture et l'expression sont de bonne qualité ; l'originalité/innovation des éléments matériels et techniques renforce l'intérêt/implication des participants ; l'outil est solide/robuste ; la forme est d'actualité (vocabulaire, fond sonore, vêtements, style...) ; le guide d'utilisation inclut des ressources documentaires ; le guide d'utilisation inclut une description des précautions à prendre (pièges ou problèmes à éviter) ; le guide d'utilisation inclut des suggestions pour l'évaluation ; pour les CD-roms, il y a possibilité d'imprimer ; pour les CD-roms, la compréhension des boutons/icônes est aisée ; pour les CD-roms, il y a une organisation logique : hiérarchisation, menus, outil de recherche.</p> <p>Critères de qualité mineurs : → les éléments matériels et techniques sont remarquables quant à leur originalité/innovation ; cette originalité/innovation favorise l'interaction ; pour les CD-roms, il y a possibilité de liens avec internet. »</p> |
| Qualité de la conception | <p>« Critères de qualité essentiels : → la conception de l'outil s'appuie sur une analyse des besoins des destinataires ; la conception de l'outil s'appuie sur une analyse de la littérature.</p> <p>Critères de qualité importants : → le destinataire est impliqué dans le processus de conception ; des représentants de toutes les disciplines concernées sont impliqués dans le processus de conception. »</p> |
| Appréciation d'ensemble | <p>« Critères de qualité essentiels : → Il y a adéquation de l'outil avec les objectifs annoncés/la raison d'être/les destinataires ; l'utilisation de l'outil est possible dans les conditions prévues par le concepteur.</p> <p>Critères de qualité importants : → il y a cohérence entre les différents supports ; le temps d'appropriation nécessaire est en cohérence avec les possibilités d'intervention offertes par l'outil. »</p> |

Bibliographie

1 : Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire. [En ligne] Genève (CH) : Organisation Mondiale de la Santé ; 2003 [consulté le 22 Avr 2018]. 48p. Disponible : http://www.who.int/oral_health/media/fr/orh_report03_fr.pdf

2 : Ruquet M, Hüe O, Tosello A. « Le sujet âgé »: Spécificités odonto-stomatologiques et examen clinique. Actual. Odonto-Stomatol. [En ligne]. Mar 2012 [consulté le 22 Avr 2018] ;(257):73-87. Disponible : <https://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2012/01/aos2012257p73.pdf>. DOI : 10.1051/aos/2012109

3 : Depuis V, Leonard A. Odontologie du sujet âgé : Spécificités et précautions. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Nov 2010. 192p.

4 : Haumschild, MS & Haumschild RJ. The importance of oral-health in long-term care. J Am Med Dir Assoc. 2009 ;10(9) :667-671. DOI : 10.1016/j.jamda.2009.01.002

5 : Bodineau A, Boutelier C, Viala P, Laze D, Desmarest M, Jonneaux L et al. Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. NPG. [En ligne]. Août 2007 [consulté le 22 Avr 2018] ;7(40) :7-14. Disponible : <http://gerontoprevention.free.fr/articles/bucco-dentaire2.pdf>. DOI : 10.1016/S1627-4830(07)91443-9

6 : Revol P, Devoize L, Deschaumes C, Barthélémy I, Baudet-Pommel M, Mondié J-M. Stomatologie gériatrique. EMC-Stomatologie. 2005 ;1(4) :295-317. DOI : 10.1016/j.emcsto.2005.09.003

7 : Séguier S, Bodineau A, Folliguet M. Vieillesse des muqueuses buccales : aspects fondamentaux et cliniques. NPG. 2010 ;10(60) :237-242. DOI : 10.1016/j.npg.2010.10.003

8 : Sproat C, Burke G, Mc Gurk M. L'essentiel de la médecine générale pour le chirurgien-dentiste. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Nov 2009. 288p. Sproat C. 15 : Âges extrêmes de la vie. pp. 219-228.

9 : Prêcheur I, Chevalier M. Lutte contre la dénutrition des personnes âgées dépendantes : nouvelles approches en odontologie. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. [En ligne]. Mar 2015 [consulté le 22 Avr 2018] ;13(1) :22-30. Disponible : http://www.jle.com/download/gpn-303962-lutte_contre_la_denutrition_des_personnes_agees_depandantes_nouvelles_approches_en_odontologie—Wt2PKH8AAQEAAHRZJCwAAAAI-a.pdf. DOI : 10.1684/pnv.2015.0515

10 : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres et Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Santé bucco-dentaire : Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées. [En ligne]. 2014 [consulté le 22 Avr 2018] ; 120p. Disponible à partir du site web de Silvereco :http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/09/Guide_sante_bucco_dentaire.pdf

11 : Dorin M, Candes C, Chevalier J, Cohen C, Collet C, Hubscher N et al. État de santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en EHPAD en Essonne. [En ligne]. Rapport de synthèse. Evry (FR) : Échelon Local du Service Médical de l'Essonne ; 2000. [consulté le 22 Avr 2018] 22p. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) : http://aspbd.free.fr/IMG/doc/Epidemio_EHPAD_Essone.doc

12 : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Limousin. Santé dentaire en gériatrie. [En ligne]. Limousin (FR): Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Limousin ; Avr 2004 [consulté le 22 Avr 2018]. 6p. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) : http://aspbd.free.fr/IMG/doc/Epidemio_EHPAD_Limousin.doc

13 : Cohen C, Tabarly P, Hourcade S, Kirchner-Bianchi C, Hennequin M. Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution ? *Presse Med*. Mai 2006 ;35 :1625-1634.

14 : Dumais T, Bassit G, Busson O, François J-C, Gonzalez B, Grand D et al. État de santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement. [En ligne]. Document de synthèse. Pays de la Loire (FR): Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie des Pays de la Loire ; Déc 2003 [consulté le 22 Avr 2018]. 32p. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) : http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_EHPAD_Pays_de_Loire.pdf

15 : Tamisier J. État de santé bucco-dentaire des personnes âgées en Bretagne. Les dossiers de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Bretagne. [En ligne]. Bretagne (FR) : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Bretagne ; Déc 2004 [consulté le 22 Avr 2018]. 4p. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) : http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_personnes_agees_en_Bretagne.pdf

16 : Martinasso A. Évaluation de l'état de santé bucco-dentaire et de l'accès aux soins des personnes âgées hébergées en établissement dans le Lot [Mémoire en ligne pour le Diplôme Universitaire d'Évaluation de la Qualité en Médecine]. Bordeaux (FR) : Université Victor Segalen Bordeaux 2, Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement ; 25 Juin 2004 [consulté le 22 Avr 2018]. 30p. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) : http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_EHPAD_Lot.pdf

17 : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Poitou-Charentes. État de santé bucco-dentaire et accès aux soins des personnes hébergées en EHPAD en région Poitou-Charentes. [En ligne]. Saintes (FR) : Échelon Local du Service Médical ; Juin 2004 [consulté le 22 Avr 2018]. 19p. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) : http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_EHPAD_Poitou_Charentes.pdf

18 : Minguet-Fabbri J, Santoni R, Delas G, Favier P, Georgel P, Moretti J et al. L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en maison de retraite en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. [En ligne]. Marseille (FR) : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Provence Alpes Côte d'Azur ; Juin 2006 [consulté le 22 Avr 2018]. 43p. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) : http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_Maisons_de_retraite_PACA.pdf

19. Bui H, Catussie E, Corroyez J-M, Coubron C, Donadiou A, Meresse S, et al. État de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en EHPAD et organisations des soins en région Nord Pas-de-Calais. [En ligne]. Villeneuve d'Ascq (FR) : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Nord Pas-de-Calais ; Sept 2006 [consulté le 22 Avr 2018]. 66p. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) : http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_EHPAD_Nord_Pas_de_Calais.pdf

- 20 : Koivogui A, Michelet A, Ndiaye G, Modoianu L, Barro S-A, Laurendon C, et al. État bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes. *Rev Geriatr.* [En ligne]. Jan 2013 [consulté le 22 Avr 2018] ;38(1) : 31–39. Disponible : http://reseau-sbdh-ra.org/upload/13_01REVUE%20GERIATRIE_JANVIER2013.pdf
- 21 : Gerain M. EPP inter-EHPAD : Pratique de l'hygiène bucco-dentaire. [En ligne]. Rennes (FR) : Centre de Coordination des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) de l'Ouest ; 16 Juin 2011 [consulté le 22 Avr 2018]. 37p. Disponible à partir du site web du Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) de Bretagne : https://cpiasbretagne.chu-rennes.fr/cpias-bretagne/PDF/EHPAD/16-06-2011/04-Gerain_2011-1606.pdf
- 22 : Largot, M. Audit d'hygiène bucco-dentaire : État de santé bucco-dentaire et organisation des soins dans quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées. [En ligne]. Valence (FR) : 2011 [consulté le 22 Avr 2018]. 27p. Disponible à partir du site web du CH de Valence : <http://www.ch-valence.fr/pdf/Pr%C3%A9sentation%20PDF%20service/PTT%20HBD%20JIP2012%20M%20Largot.pdf>
- 23 : Belloir M-N & Riou F. Connaissances et attitudes des soignants à propos des soins de bouche préventifs pour des patients en soins palliatifs. *Recherche en soins infirmiers.* [En ligne]. 2014 [consulté le 22 Avr 2018] ;117(2):75-84. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-2-page-75.htm>. DOI : 10.3917/rsi.117.0075
- 24 : Kandelman D, Petersen PE, Ueda, H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec care dentist.* [En ligne]. 2008 [consulté le 22 Avr 2018] ;28(6):224-236. Disponible : <https://pdfs.semanticscholar.org/91a1/b5d0ddf141c528383abceacc2b39f37fbad1.pdf>. DOI : 10.1111/j.1754-4505.2008.00045.x
- 25 : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs – Recommandations pour la pratique clinique / Service des bonnes pratiques professionnelles. [En ligne]. Saint-Denis-La-Plaine (FR) : ANAES ; 2002 [consulté le 22 Avr 2018]. 32 p. pp 14-15. Disponible à partir du site web de la Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf

- 26 : Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes : effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *Journal Am Geriatr Soc.* [En ligne]. 2008 [consulté le 22 Avr 2018] ;56(11):2124-2130. Disponible : <http://unmhospitalist.pbworks.com/f/oral%20hygiene%20in%20preventing%20pneumonia.pdf>. DOI : 10.1111/j.1532-5415.2008.01926.x
- 27 : Wagner C, Marchina S, Deveau JA, Frayne C, Sulmonte K, Kumar S. Risk of stroke-associated pneumonia and oral hygiene. *Cerebrovasc Dis.* 2016 ;41(1-2) :35-9. DOI : 10.1159/000440733
- 28 : Chatellier D, Chauvet S, Robert R. Pneumopathies d'inhalation. *Réanimation.* [En ligne] 2009 [consulté le 22 Avr 2018];18(4):328-333. Disponible à partir du site web de la Société de Réanimation de Langue Française : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0906-Reanimation-Vol18-N4-p328_333.pdf. DOI : 10.1016/j.reaurg.2009.03.008
- 29 : Mojon P. Oral health and respiratory infection. *J Can Dent Assoc.* [En ligne] 2002 [Consulté le 22 Avr 2018];68(6):340-5. Disponible : <http://cda-adc.ca/jcda/vol-68/issue-6/340.pdf>
- 30 : Trouillet J-L, Luyt, C-E, Brechot N, Chastre J. Intérêt des soins de bouche et du brossage des dents dans la prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique. *Réanimation.* 2016 ;25(1) :72-9. DOI : 10.1007/s13546-015-1148-1
- 31 : Meilhac O, Rangé H, Michel, JB. et al. Maladies parodontales et athérosclérose – Ne restez pas à côté de la plaque. *L'information dentaire.* 2014 ;96(12) :26-30.
- 32 : Dagonne C & Rangé H. Diabète et maladies parodontales. *Actual. Odonto-Stomatol.* [En ligne]. Mar 2014 [consulté le 22 Avr 2018];(267):27-34. Disponible : <http://www.aos-journal.org/articles/aos/pdf/2014/01/aos2014267p27.pdf>. DOI : 10.1051/aos/2014105
- 33 : Pérez-Chaparro PJ, Meuric V, De Mello, G, Bonnaure-Mallet M. Bactériémies d'origine buccale. *Rev de Stomatol Chir Maxillofac.* 2011 ;112(5) :300-3. DOI : 10.1016/j.stomax.2011.08.012
- 34 : Pritchard AB, Crean S, Olsen I, Singhrao SK. Periodontitis, Microbiomes and their Role in

Alzheimer's Disease. *Front Aging Neurosci.* [En ligne]. Oct 2017 [consulté le 22 Avr 2018];9:336.
Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5660720/>. DOI :
10.3389/fnagi.2017.00336

35 : Bokhari SA & Khan AA. Growing burden of noncommunicable diseases: the contributory role of oral diseases, Eastern Mediterranean Region perspective. *East Mediterr Health J.* Juil-Août 2009 ;15(4) :1011-1020.

36 : Bourgeois DM, Llodra JC, Norblad A, Pitts NB. Surveillance de la Santé en Europe – Une sélection d'indicateurs essentiels en santé bucco-dentaire: Recommandés par le projet European Global Health Indicators Development). [En ligne]. Lyon (FR) : Commission européenne Direction générale « Santé et protection des consommateurs » ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 101 p. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD) : http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/I-2-4_Catalogue_2005_French_Version.pdf

37 : Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée – Recommandations professionnelles. [En ligne]. Argumentaire. Saint-Denis-la-Plaine (FR) : Haute Autorité de Santé ; Avr 2007 [consulté le 22 Avr 2018]. 159p. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf

38 : Wang TF, Huang CM, Chou C, Yu S. Effect of oral health education programs for caregivers on oral hygiene of the elderly: A systemic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* Juin 2015 ;52(6) :1090-6. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.015

39 : Albrecht M, Kupfer R, Reissmann DR, Mühlhauser I, Köpke S. Oral health educational interventions for nursing home staff and residents. *Cochrane Database Syst Rev.* 30 Sept 2016. DOI : 10.1002/14651858.CD010535.pub2.

40 : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Données statistiques issues de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées – édition 2015. [En ligne] 2015 [consulté le 22 Avr 2018]. Disponible à partir de la base de données de la DREES : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx> (Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux/L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes

âgées (EHPA)/Édition 2015/EHPA2015 : Caractéristiques des résidents)

41 : Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. Études et résultats. [En ligne] (FR) : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques ; Déc 2016 [consulté le 22 Avr 2018]. n°989. 4p. Disponible : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_989.pdf

42 : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Données statistiques issues de l'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés – édition 2014. [En ligne] 2014 [consulté le 22 Avr 2018]. Disponible à partir de la base de données de la DREES : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx> (Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux/L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES « handicap »)/Enquête ES handicap 2014 – premiers résultats)

43 : Sproat C, Burke G, Mc Gurk M. L'essentiel de la médecine générale pour le chirurgien-dentiste. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Nov 2009. 288p. Burke G. 5 : Troubles neurologiques. pp. 65-89.

44 : Lacoste-Ferré, MH, Duran D, Vellas B. Maladie d'Alzheimer et odontologie. Actual. Odonto-Stomatol. [En ligne]. Juin 2013 [consulté le 22 Avr 2018] ;(263):8-18. Disponible : <https://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2013/03/aos2013263p08.pdf>. DOI : 10.1051/aos/2013303

45 : Anastasio D, Hein-Halbgawachs L, Droz D, Gerard E. Handicap et odontologie : propositions d'avenir. Actual. Odonto-Stomatol. [En ligne]. 2007 [consulté le 22 Avr 2018] ;(239):277-287. Disponible : <http://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2007/03/aos2007239p277.pdf>. DOI : 10.1051/aos:2007004

46 : Runge MS, Greganti AM, Masson PL. Médecine interne de NETTER. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Avr 2011. 1448p. Hill, MA. 182 : Démence. pp. 1371-1381.

47 : Camus V, Zawadzki L, Peru N, Mondon K, Hommet C, Gaillard P. Symptômes comportementaux et psychologiques des démences : aspects cliniques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Avr 2009 ;167(3):201-5. DOI : 10.1016/j.amp.2009.01.005

- 48 : Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs – Service des bonnes pratiques professionnelles ». [En ligne] Saint-Denis-La-Plaine : Haute Autorité de Santé ; Mai 2009 [consulté le 22 Avr 2018]. 21 p. Disponible : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/alzheimer-priseencharge-reco2clics-v1.pdf>
- 49 : Benoit M, Brocker P, Clement JP, Cnockaert X, Hinault P, Nourashemi F, et al. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. Rev Neurol. [En ligne] Jan 2005 [consulté le 22 Avr 2018] ;161(3):357-366. Disponible : https://www.researchgate.net/profile/Michel_Benoit/publication/237555850_Pratique_neurologique_Les_symptomes_psychologiques_et_comportementaux_de_la_demence_description_et_prise_en_charge/links/0046351c77f1794d91000000/Pratique-neurologique-Les-symptomes-psychologiques-et-comportementaux-de-la-demence-description-et-prise-en-charge.pdf
- 50 :Pariel-Madjlessi S, Opéron C, Péquignot R, Konrat C, Léonardelli S, Belmin J. Syndromes démentiels du sujet âgé : démarches diagnostiques. Presse Med. Oct 2007 ;36(10) :1442-1452. DOI : 10.1016/j.lpm.2007.04.021
- 51 :Hauw JJ, Dubois B, Verny M, Duyckaerts C. La Maladie d'Alzheimer. Paris (FR) : John Libbey Eurotext ; Nov 1999. 165 p.
- 52 : Leruez S, Annweiler C, Etcharry-Bouyx F, Verny C, Beauchet O, Milea D. Les troubles visuels au cours de la maladie d'Alzheimer. [En ligne] Avr 2012 [consulté le 22 Avr 2018] ;35(4):308-11. Disponible : <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/703224/main.pdf>. DOI : 10.1016/j.jfo.2011.11.003
- 53 : Haute Autorité de Santé. Accident Vasculaire Cérébral – Guide / Affection de Longue Durée. [En ligne] Saint-Denis-La-Plaine (FR) : Haute Autorité de Santé ; Mar 2007 [consulté le 22 Avr 2018]. 32 p. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf
- 54 : Dujardin K & Lemaire P. Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Sept 2008. 256p. Roussel M & Godefroy O. Les démences et les troubles cognitifs non démentiels d'origine vasculaire. pp. 138-152.

- 55 : Fery-Lemonnier E. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports.[En ligne] Juin 2009 [consulté le 22 Avr 2018]. 209 p. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf
- 56 : Runge MS, Greganti AM, Masson PL. Médecine interne de NETTER. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Avr 2011. 1448p. Huang DY, Hinn AR. Accident vasculaire cérébral et attaques ischémiques transitoires. pp. 963-370.
- 57 : Sarazin M. & Amarenco P. Troubles cognitifs aigus révélateurs d'un accident vasculaire cérébral. Sang Thrombose Vaisseaux. [En ligne] Oct 2006 [consulté le 22 Avr 2018];18(8):433-9. Disponible : http://www.jle.com/fr/revues/stv/e-docs/troubles_cognitifs_aigus_revelateurs_dun_accident_vasculaire_cerebral_272326/article.phtml?tab=texte. DOI : 10.1684/stv.2006.0003
- 58 : Pinoit JM, Bejot Y, Rouaud O, Benatru I, Osseby GV, Bonin B, et al. Dépression après un accident vasculaire cérébral, un handicap supplémentaire. Presse Med. Déc 2006 ;35(12) :1789-1793. DOI: 10.1016/S0755-4982(06)74903-X
- 59 : Arnold P, Bogousslavsky J, Despland PA. Crises épileptiques après accident vasculaire cérébral (AVC): un essai de mise au point. La Lettre du neurologue, Juin 2001 ;5(6) :272-5.
- 60 : Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia : a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. Nov 2009 ;8(11) :1006-1018. DOI : 10.1016/S1474-4422(09)70236-4
- 61 : MobiQual. Maladie de Parkinson chez le sujet âgé : Description. [En ligne] Date inconnue [consulté le 22 Avr 2018]. 59 p. Disponible à partir du site web de MobiQual: http://www.mobiquial.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/AUTOUR_DU_PATIENT/PDF/Parkinson_description.pdf
- 62 : Defebvre L, Verin M. La Maladie de Parkinson. 2^e édition. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Avr 2011. 229p.
- 63 : Gauzeran D & Saricassapian B. Pathologies de la muqueuse buccale chez le sujet âgé en perte

d'autonomie. Actual Odonto-Stomatol. [En ligne] Avr 2013 [consulté le 22 Avr 2018];(262):13-23. <https://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2013/02/aos2013262p13.pdf>. DOI : 10.1051/aos/2013204

64 : Lacoste-Ferré, MH, Hermabessière S, Jézéquel F, Rolland Y. L'écosystème buccal chez le patient âgé. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. [En ligne]. Juin 2013 [consulté le 22 Avr 2018]; 11(2):144-150. Disponible : http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/lecosysteme_buccal_chez_le_patient_age_297052/article.phtml?tab=texte. DOI : 10.1684/pnv.2013.0401

65 : Séguier S, Bodineau A, Giaccobi A, Tavernier JC, Folliguet M. Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : répercussions sur la nutrition et la qualité de vie. [En ligne] (FR): Commission de santé publique ; 2009. [consulté le 22 Avr 2018]. 11p. Disponible : http://psa.auvergne.free.fr/news1_51/telechargement/pathologie_sujet_agees.pdf

66 : Edmée B & Bodineau-Mobarak A. Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. Gérontologie et société. [En ligne] Mar 2010 [consulté le 22 Avr 2018]; 33(134):73-86. [En ligne] <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-3-page-73.htm>. DOI : 10.3917/gs.134.0073

67 : Laurent M, Gogly B, Tahmasebi F, Paillaud E. Les candidoses oropharyngées des personnes âgées. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. Mar 2011 ;9(1) :21-8.

68 : Delwel S, Binnekade TT., Perez RS, Hertogh CM, Scherder EJ, Lobbezoo F. Oral health and orofacial pain in older people with dementia: a systematic review with focus on dental hard tissues. Clin Oral Investig. [En ligne]. Jan 2017 [consulté le 22 Avr 2018] ;(21(1):17-32. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5203832/>. DOI : 10.1007/s00784-016-1934-9

69 : Delwel S, Binnekade TT., Perez RS, Hertogh CM, Scherder EJ, Lobbezoo F. Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. Clin Oral Investig. [En ligne]. Jan 2018 [consulté le 22 Avr 2018] ;22(1) : 93–108. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5748411/>. DOI : 10.1007/s00784-017-2264-2

70 : Hugonot-Diener, L. Sécheresse de la bouche chez les sujets les plus âgés. La Revue de Gériatrie. [En ligne] Jan 2010 [consulté le 22 Avr 2018];35(1):33-7. Disponible : https://www.researchgate.net/profile/Laurence_Hugonot-Diener/publication/

[290177536_Dry_mouth_in_older_patients/links/578cc9e808ae5c86c9a64527.pdf](http://www2.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-144P_-_mise_en_ligne_2_.pdf)

71 : Thierry M. Évaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD. [En ligne]. Rapport. (FR): Inspection Générale des Affaires Sociales ; Nov 2012 [consulté le 22 Avr 2018]. 200p. Disponible : http://www2.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-144P_-_mise_en_ligne_2_.pdf

72 : Salom M. Xérostomie du sujet âgé : intérêt d'un traitement local par application d'un spray buccal de triester de glycérol oxydé comparé à une salive artificielle de référence. La revue de Gériatrie. [En ligne] Déc 2006 [consulté le 22 Avr 2018];31(10): 823-30. [En ligne] <http://www.carilene.com/publications/aequasyal.x%C3%A9rostomie.pdf>

73 : Forster A, Samaras N, Notaridis G, Morel P, Hua-Stolz J, Samaras D. Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. NPG. Avr 2013 ;13(74) :107-16. DOI : 10.1016/j.npg.2012.10.005

74 : Agbo-Godeau S. & Guedj A. Mycoses buccales. EMC-Stomatologie. Mar 2005 ;1(1) : 30-41. DOI : 10.1016/j.emcsto.2005.01.006

75 : Lézy JP, Princ G. Pathologie maxillo-faciale et stomatologie. 4^e édition. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Avr 2010. 232p.

76 : Ahariz M, Loeb I, Courtois P. Candidoses orales et prothèses dentaires. Rev Stomatol Chir Maxillofac. [En ligne] 2010 [consulté le 22 Avr 2018];111(2) :74-8. Disponible : <https://pdfs.semanticscholar.org/b0f4/6c8530386763f983db52c67791a0885f8d15.pdf>. DOI : 10.1016/j.stomax.2009.10.007

77 : Coulthwaite L & Verran J. Potential pathogenic aspects of denture plaque. British journal of biomedical science. [En ligne] Nov 2007 [consulté le 22 Avr 2018];64(4) :180-9. Disponible : <https://e-space.mmu.ac.uk/33333/1/coulthwaite%20and%20verran.pdf>. DOI : 10.1080/09674845.2007.11732784

78 : Wolf HF, Rateitschak EM, Rateitschak KH. Parodontologie. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Nov 2005. 532p.

79 : Zunzarren R. Guide clinique d'odontologie. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; Oct 2011. 273p.

80 : Aylıkci BU & Çolak H. Halitosis: From diagnosis to management. Journal of Natural Science, Biology, and Medicine. [En ligne] Fev 2013 [consulté le 22 Avr 2018];4(1):14–23. Disponible : <http://doi.org/10.4103/0976-9668.107255>. DOI : 10.4103/0976-9668.107255

81 : Bertrand MF, Macqueron N, Ballard P, Lupi-Pegurier L. Hiérarchiser les facteurs de risque de dégradation de la santé orale des personnes âgées dépendantes en EHPAD. La Revue de Gériatrie. Mai 2015 ;40(5) :261-70.

82 : Berthélémy, S. L'halitose, handicap social ou psychologique. Actualités Pharmaceutiques. 2011 ;50(504) :29-31. DOI : 10.1016/S0515-3700(11)70906-5

83 : Dannemann C, Grätz KW, Zwahlen RA. Ostéonécrose maxillaire associée aux biphosphonates (ONB): Directives relatives au diagnostic, au traitement et à la prévention de l'ONB au cabinet de médecine dentaire. Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin. [En ligne] 2008 [consulté le 22 Avr 2018];118(2):119-123. Disponible : https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/2_SDJ/SMfZ_2008/SMfZ_02_2008/f-smfz-02-2008-praxis1.pdf

84 : Bourque M, Kergoat MJ, Bruneau MA, Gilbert S, Thiebault L, Boyer D. Agitation dans les démences – Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Fiches cliniques. [En ligne] (QC): La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2012 [consulté le 22 Avr 2018]. 29 p. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>

85 : Seckinger C, Curien R, Hubert AC, Sourdot A, Anastasio D. Manifestations buccales des anémies. Actual Odonto-Stomatol. [En ligne] Mar 2010 [consulté le 22 Avr 2018];(249):35-41. Disponible: <http://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2010/01/aos2010249p35.pdf>. DOI : 10.1051/aos/2010103

86 : Hassan B. & Gosset M. Polyarthrites rhumatoïdes et maladies parodontales. L'information dentaire. 2014 ;96(12) :46-54.

87 : Barthet P. Maladies pulmonaires, hygiène orale, maladies parodontales. L'information dentaire. 2014 ;96(12) :58-60.

88 : Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B. Traité de la nutrition de la personne âgée : Nourrir l'Homme malade. Paris (FR) : Springer-Verlag ; Nov 2008. 312 p. Veyrune JL, Lassauzay C. Vieillesse et pathologie bucco-dentaire. pp. 72-82.

89 : De Bandt JP. Comprendre la physiopathologie de la dénutrition pour mieux la traiter. Annales Pharmaceutiques Françaises. Sept 2015 ;73(5) :332-5. DOI : 10.1016/j.pharma.2015.03.002

90 : Canut J. Une analyse esthétique dento-faciale. Revue d'Orthopédie Dento-Faciale. Mar 1996 ;30(1) :109-128. DOI : 10.1051/odf/1996010

91 : Costantino C. Introduction (Ordres et désordres de l'oralité aux différents âges de la vie). Cliniques. [En ligne] Fév 2013 [consulté le 22 Avr 2018];6(2):15-9. Disponible : <http://www.cairn.info/revue-cliniques-2013-2-page-15.htm>. DOI : 10.3917/clini.006.0014

92 : Le Breton D. Le visage et le sacré : quelques jalons d'analyse. Religiologiques. [En ligne] 1995 [consulté le 22 Avr 2018];(12):49-64. Disponible : <http://www.religiologiques.uqam.ca/no12/visage.pdf>

93 : Public Health England. Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention. 3^e édition. [En ligne] London (UK): Public Health England ; Mar 2017 [consulté le 22 Avr 2018]. 100 p. Disponible : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/605266/Delivering_better_oral_health.pdf

94 : Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire – Recommandations en santé publique. Argumentaire. [En ligne] Saint-Denis-La-Plaine (FR) : Haute Autorité de Santé ; Mar 2010 [consulté le 22 Avr 2018]. 180p. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

95 : Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire – Recommandations en santé publique. Synthèse et recommandations. [En ligne] Saint-Denis-La-Plaine (FR) : Haute Autorité de Santé ; Mar 2010 [consulté le 22 Avr 2018]. 26 p. Disponible : <https://www.has-sante.fr/>

portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

96 : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) : votre dentiste complice de votre santé [En ligne]. (FR) : UFSBD. Seniors + de 60 ans [consulté le 22 Avr 2018] ; [environ 3 écrans]. Disponible : <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/seniors-de-60-ans/>

97 : Bodineau-Mobarak A. & Folliguet M. 5/6 : Prise en charge d'une hyposialie. Soins gérontologie. 2008 ;(73) :43-44.

98 : Haute Autorité de Santé. La sécurité des patients : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé : Des concepts à la pratique – Amélioration des pratiques et sécurité des soins. [En ligne] Saint-Denis-La-Plaine (FR) : Haute Autorité de Santé ; Mar 2012 [consulté le 22 Avr 2018]. 220p. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

99 : Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). La santé bucco-dentaire : évaluation des soins infirmiers et interventions – Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. [En ligne] Ontario (QC): RNAO ; 2008 [consulté le 22 Avr 2018]. 100p. Disponible : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Oral_Health_French.pdf

100 : Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie, Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). Hygiène dentaire *in* Programme Priam : Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Revue officielle de la SFHH. [En ligne] Fév 2010 [consulté le 22 Avr 2018];18(1):55. 92p. Disponible : https://sf2h.net/wp-content/uploads/2009/06/SF2H-ORIG_prevention-des-infections-dans-les-ehpad-2009.pdf

101 : Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : Quelques recommandations. [En ligne] Oct 2007 [consulté le 22 Avr 2018]. 115p. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>

102 : Griffiths J, Jones V, Leeman I, Lewis D, Patel K, Wilson K. Guidelines for the development of

local standards of oral health care for dependent, dysphagic, critically and terminally ill patients. [En ligne] (UK): British Society for Disability and Oral Health ; Jan 2000 [consulté le 22 Avr 2018]. 5p. Disponible : <http://www.bsdh.org/documents/depend.pdf>

103 : Aquino, J.-P., Gohet, P (IGAS) et Mounier C. (IGAS) « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société ». Comité avancée en âge et prévention de la qualité de vie, 2013, 132 p. [En ligne] https://www.silvereco.fr/wp-content/Rapport_Aquino.pdf

104 : National Institute fo Health and Care Excellence (NICE). Oral health for adults in care homes – Guideline. [En ligne] (UK): NICE ; Juillet 2016 [consulté le 22 Avr 2018]. 38p. Disponible : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng48/resources/oral-health-for-adults-in-care-homes-pdf-1837459547845>

105 : Thorne SE, Kazanjian A, Macentee MI. Oral health in long-term care: the implications of organizational culture. *Journal of Aging Studies*. [En ligne] Sept 2001 [consulté le 22 Avr 2018];15(3):271-283. Disponible : https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45465637/Oral_health_in_long-term_care_The_implic20160508-11770-1un4usi.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1524594658&Signature=rEyp1hjqYBWd3VBjgYy6agIixP0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DOral_health_in_long-term_care.pdf. DOI : 10.1016/S0890-4065(01)00023-8

106 : Eilers J, Berger AM, Petersen MC. Development, testing, and application of the oral assessment guide. *Oncology nursing forum*. 1988 ;15(3) :325.

107 : Chalmers J, Spencer J, Carter KD, King PL, Wright C. Caring for oral health in Australian residential care. [En ligne] (AU): Australian Institute of Health and Welfare ; 2009 [consulté le 22 Avr 2018]. 61p. Disponible: <https://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/dental-statistics-research-series/2009-2010-residential-care.pdf>

108 : British Society of Gerodontology (BSG). Guidelines for the oral healthcare of stroke survivors. [En ligne] (UK): British Society of Gerodontology ; Juin 2010 [consulté le 22 Avr 2018]. 60p. Disponible : https://www.gerodontology.com/content/uploads/2014/10/stroke_guidelines

109 : Prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes *In* Annexe 43 de la Lettre-circulaire DGOS/RH4 n°2011-210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de

formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-07/ste_20110007_0100_0064.pdf

110 : Rohr Y. Assessment and care of the mouth: An essential nursing activity, especially for debilitated or dying inpatients. HNE Handover: For Nurses and Midwives. [En ligne] 2012 [consulté le 22 Avr 2018] ;5(1). Disponible : <http://journals.sfu.ca/hneh/index.php/hneh/article/download/92/83>

111 : Annexe II à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

112 : Article L4311-1 du Code de Santé Publique. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000034079701&dateTexte=&categorieLien=id>

113 : Article R4311-3 du Code de Santé Publique. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913890&dateTexte=&categorieLien=cid>

114 : Article R4311-5 du Code de Santé Publique. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892>

115 : Article R4311-4 du Code de Santé Publique. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913891&dateTexte=&categorieLien=cid>

116 : Article R4311-7 du Code de Santé Publique. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913895>

117 : Marquier R, Vroylandt T, Chenal M, Jolidon P, Laurent T, Peyrot C, et al. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. Les dossiers de la DREES. [En ligne] Sept 2016 [consulté le 22 Avr 2018];(5):32. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

118 : Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide soignant. Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020024.htm>

119 : Annexe V à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide soignant. Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020024.htm>

120 : Arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031941478>

121 : Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022481436&dateTexte=20180227>

122 : Article 4 du Décret n°2007-1188 du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?jsessionid=38F208B9D1E0EA76B3DEF2E149851EE2.tplgfr22s_3?idArticle=LEGIARTI000006722565&cidTexte=LEGITEXT000006056728&dateTexte=20180227

123 : Article D. 312-156 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006906535&dateTexte=&categorieLien=cid>

124 : Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et

médico-sociales. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id>

125 : Article D312-158 du CASF. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006906538&dateTexte=&categorieLien=cid>

126 : Article R. 4312-36 du Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo/texte>

127 : Annexe I à l'arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'État d'éducateur spécialisé. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-07/a0070169.htm>

128 : Annexe I à l'arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme de moniteur-éducateur. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-07/a0070168.htm>

129 : Lee, J. Y., Watt, R. G., Williams, D. M., et al. A new definition for oral health: implications for clinical practice, policy, and research. *Journal of Dental Research*. 2017 ;96(2):125-7. DOI : 10.1177/0022034516682718

130 : Richard L, Barthélémy L, Tremblay MC, Pin S, Gauvin L. Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique – Guide d'aide à l'action franco-québécois. *Santé en action*. [En ligne] Saint-Denis : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, coll.; 2013 [consulté le 22 Avr 2018]. 112 p. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1417.pdf>

131 : Herdman TH & Kamitsuru S. (Eds). NANDA International. *Nursing diagnoses 2015-2017 – Definition and Classification*. Tenth edition. Oxford : Wiley Blackwell ; 2014. 512p.

132 : Pascal A, Frécon VE, Eliane. *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats – Classifications infirmières et plans de soins*. 5^e édition. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; 6 juillet 2011. 761p.

133 : Rocheleau L. Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques. [En ligne] Longueuil (QC) : Agence de la Santé et des services sociaux de la Montérégie ; Mar 2015 [consulté le 22 Avr 2018]. 70p. Disponible :

http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3760/Guide_pratiques_VF.pdf

134 : Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique: Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et usagers du système de santé. [En ligne] Saint-Denis La Plaine (FR) : Haute Autorité de Santé ; Juin 2008 [consulté le 22 Avr 2018]. 45 p. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf

135 : Haute Autorité de Santé. E-learning : Guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD) dans le monde de la santé. [En ligne] Saint-Denis La Plaine (FR) : Haute Autorité de Santé ; Avr 2015 [consulté le 22 Avr 2018]. 101p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide_e-learning_rapport_complet.pdf

136 : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Méthodologies pour le développement de cours e-learning : un guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique ». [En ligne] Rome (IT): FAO ; 2012 [consulté le 22 Avr 2018]. 152p. Disponible : <http://www.fao.org/docrep/015/i2516f/i2516f.pdf>

137 : Lemonnier F, Bottéro J, Vincent I, Ferron C. Référentiel de bonnes pratiques – Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. [En ligne] Saint-Denis (FR) : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 77p. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/883.pdf>

138 : Thiébaud S, Lupi-Pégurier L, Paraponaris A, Ventelou B. Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009. Bull Epidemiol Hebd [En ligne] 5 Mar 2013 [consulté le 22 Avr 2018];(7):61-4. Disponible à partir du site web de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPB) : http://aspb.free.fr/IMG/pdf/beh_7_2013.pdf

139 : Mangeney K, Barthélémy H, Vogel T, Rappin T, Sokolakis S, Lang PO. La santé

buccodentaire en Ehpad: état des lieux et suivi des recommandations de soins. NPG. 2017 ;17(98) :93-99. DOI : 10.1016/j.npg.2016.04.003

140 : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales Ouest. Hygiène des structures d'hébergement pour personnes âgées. [En ligne] (FR): CCLIN Ouest ; Jan 2002 [consulté le 22 Avr 2018]. 93p. pp. 84-86. Disponible : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinOuest/2002_ehpad_CCLIN.pdf

141 : Prigent H & Benedetti N. Protocole d'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante. [En ligne] (FR): URCAM Bretagne ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 5p. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/protocole.pdf

142 : Prigent H & Benedetti N. Procédure d'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante non appareillée ». [En ligne] (FR): URCAM Bretagne ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 5p. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/proc21.pdf

143 : Prigent H & Benedetti N. Procédure d'hygiène bucco-dentaire et d'entretien des prothèses amovibles chez la personne âgée dépendante. [En ligne] (FR): URCAM Bretagne ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 6p. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/proc1.pdf

144 : Prigent H & Benedetti N. Procédure d'hygiène buccale chez la personne âgée dépendante édentée totalement et non appareillée. [En ligne] (FR): URCAM Bretagne ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 5p. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/proc31.pdf

145 : Prigent H & Benedetti N. Le bain de bouche chez la personne âgée. [En ligne] (FR): URCAM Bretagne ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 5p. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/b_bouche.pdf

146 : Prigent H & Benedetti N. Protocole d'hygiène bucco-dento-prothétique chez la personne âgée dépendante – argumentaire. [En ligne] (FR): URCAM Bretagne ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 4p. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/argument.pdf

147 : Prigent H & Benedetti N. Carnet de santé bucco-dentaire – la santé bucco-dentaire des résidents en EHPA. [En ligne] (FR): URCAM Bretagne ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 2p. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/cdsdephad.pdf

148 : Centre de Coordination de Lutte contre les infections Nosocomiales Midi-Pyrénées. Pratiques d'hygiène en établissement d'hébergement pour personnes âgées. [En ligne] (FR): CCLIN Midi-Pyrénées ; 2011 [consulté le 22 Avr 2018]. 42 p. p.23. Disponible : http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/cclinSudOuest/2008_EHPAD_CCLIN.pdf

149 : Centre de Coordination de Lutte contre les infections Nosocomiales Paris Nord, Antenne Régionale de Lutte contre les infections Nosocomiales Picardie. Fiches de bonnes pratiques d'hygiène en Établissements Médico-Sociaux. [En ligne] (FR): CCLIN Paris Nord – ARLIN Picardie ; 2011 [consulté le 22 Avr 2018]. 65p. pp. 16-17. Disponible : http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/cclinParisNord/2011_EMS_ArlinPicardie.pdf

150 : Association Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité (SOHDEV). Référentiel de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. La Revue de gériatrie. [En ligne] Jan 2013 [consulté le 22 Avr 2018];38(1):11-24. Disponible : http://www.sohdev.org/sites/default/files/files/PDF/ESOPAD/2013_01_RG_REFERENTIELS.pdf

151 : Réseau Alsacien de Soins Palliatifs (RASP). Soins de bouche. [En ligne] (FR): RASP ; Juillet 2014 [consulté le 22 Avr 2018]. 14p. Disponible : https://www.soinspalliatifs-alsace.fr/sites/default/files/sites/default/files/SOINS%20de%20BOUCHE%20Doc%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20R%C3%A9seau%20SPall%20sept.%202014_0.pdf

152 : Réseau Alsacien de Soins Palliatifs (RASP). Arbre décisionnel pour soins de bouche. [En ligne] (FR): RASP ; 2014 [consulté le 22 Avr 2018]. 1p. Disponible : https://www.soinspalliatifs-alsace.fr/sites/default/files/sites/default/files/SOINS%20DE%20BOUCHE%20Arbre%20d%C3%A9cisionnel%20092014_0.pdf

153 : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP). Recommandations sur la toilette buccale par le collège des acteurs en soins infirmiers de la SFAP. [En ligne] (FR): SFAP ; 2016 [consulté le 22 Avr 2018]. 2p. Disponible : <http://www.sfap.org/system/files/toilette-buccale-v2016.pdf>

154 : Centre de Coordination de Lutte contre les infections Nosocomiales – Antenne Régionale de Lutte contre les infections Nosocomiales. Gestion des soins en établissement médico-social / gestion des soins bucco-dentaires. [En ligne] (FR): CCLIN-ARLIN ; 2017 [consulté le 22 Avr 2018]. 4p. Disponible :

http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/Hygiene_bucco-dentaire_VDef.doc

155 : Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, PHEL. Soins de bouche – patient non intubés et non ventilés. Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique. [En ligne] (CH): Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, PHEL ; 2017 [consulté le 22 Avr 2018]. 6 p. Disponible : http://www.phel.ch/upload/docs/application/pdf/2017-03/soins_de_bouche_patients_non_intubes_et_non_ventiles.pdf

156 : Prigent H & Benedetti N. Films de démonstration de l'accompagnement de la personne âgée dépendante pour l'accomplissement de ses soins de santé orale. [En ligne] [consulté le 22 Avr 2018]. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/cdsdephad.pdf

157 : Centre d'Excellence pour la Santé Bucco-dentaire et le Vieillissement (CESBV) [En ligne]. (CA): CESBV ; 2008. Inspection visuelle de la bouche de votre proche en perte d'autonomie. [consulté le 22 Avr 2018]; [environ 1 écran]. Disponible : <http://www.cesbv.ulaval.ca/cesbv/proche-aidant/informations-aux-aidants/inspection-visuelle-de-la-bouche-de-votre-proche-en-perte-d-autonomie.html>

158 : Centre d'Excellence pour la Santé Bucco-dentaire et le Vieillissement (CESBV) [En ligne]. (CA): CESBV ; 2008. Brossage des dents de votre proche en perte d'autonomie. [consulté le 22 Avr 2018]; [environ 2 écrans]. Disponible : <http://www.cesbv.ulaval.ca/cesbv/proche-aidant/informations-aux-aidants/brossage-des-dents-de-votre-proche-en-perte-d-autonomie.html>

159 : Centre d'Excellence pour la Santé Bucco-dentaire et le Vieillissement (CESBV) [En ligne]. (CA): CESBV ; 2008. Passage de la soie dentaire de votre proche en perte d'autonomie. [consulté le 22 Avr 2018]; [environ 1 écran]. Disponible : <http://www.cesbv.ulaval.ca/cesbv/proche-aidant/informations-aux-aidants/passage-de-la-soie-dentaire-de-votre-proche-en-perte-d-autonomie.html>

- 160 : Centre d'Excellence pour la Santé Bucco-dentaire et le Vieillissement (CESBV) [En ligne]. (CA): CESBV ; 2008. Nettoyage des prothèses dentaires. [consulté le 22 Avr 2018]; [environ 1 écran]. Disponible : <http://www.cesbv.ulaval.ca/cesbv/proche-aidant/informations-aux-aidants/nettoyage-des-protheses-dentaires.html>
- 161 : Soins de bouche partie 1. [Vidéo en ligne]. (FR): Youtube ; 16 janvier 2013. [consulté le 22 Avr 2018]. [2 min]. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=qNBQ66YyOt8>
- 162 : Soins de bouche partie 2. [Vidéo en ligne]. (FR): Youtube ; 16 janvier 2013. [consulté le 22 Avr 2018]. [44 s]. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=io7sW6Fet80>
- 163 : Soins de bouche partie 3. [Vidéo en ligne]. (FR): Youtube ; 16 janvier 2013. [consulté le 22 Avr 2018]. [45 s]. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=oMKJbz7de74>
- 164 : Bressand, Colin, Floret, Jeunier, Meline, Savoye, et al. L'hygiène bucco-dento-prothétique dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. [En ligne] (FR): Réseau Franc-Comtois de Lutte contre les Infections nosocomiales ; 2010 [consulté le 22 Avr 2018]. 36p. Disponible : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/rfclin/2010_BuccoDentaire_rfclin.pdf
- 165 : Bajolet O, Bureau-Chalot F, Coeuriot JL, Henry A. L'hygiène bucco-dento-prothétique chez le sujet âgé. [En ligne] 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 8p. Disponible : http://www.resclin.fr/documentation/hbdp_-_2009-01-05.pdf
- 166 : Prigent H & Benedetti N. Le contexte bucco-dentaire chez la personne âgée. [En ligne] (FR): URCAM Bretagne ; 2004 [consulté le 22 Avr 2018]. 2p. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/contexte.pdf
- 167 : Prigent H & Benedetti N. Le contexte bucco-dentaire chez les seniors. [En ligne] (FR): URCAM Bretagne ; 2005 [consulté le 22 Avr 2018]. 2p. Disponible : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/urcam/context1.pdf
- 168 : Lacoste-Ferré MH. Les soins d'hygiène bucco-dentaire chez la personne dépendante ; une démarche quotidienne à ne pas négliger. [En ligne] Juillet 2017 [consulté le 22 Avr 2018]. 12p. Disponible : <http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2017/07/Fascicule-Bucco-dentaire.pdf>

169 : Groupe Santé Orale de l'ARS de Champagne-Ardenne. Guide guide d'utilisation de la grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire et d'identification des facteurs de risques. [En ligne] (FR): ARLIN du CCLIN Grand Est, ARS CA, GHAM, RégéCa, UGECAM Nord-Est ; 2012 [consulté le 22 Avr 2018]. 30p. Disponible : http://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/sans_titre-3.pdf

170 : Denis F & Coquaz C. Santé buccale et psychiatrie : repérer, comprendre et agir. [En ligne] 2013 [consulté le 22 Avr 2018]. 20p. Disponible : <http://www.santementale.fr/inc/ddldoc.php?file=medias/userfiles/files/ebook/GUIDE-EISAI.pdf>

171 : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Les recommandations de l'UFSBD à adopter au quotidien pour une bonne santé dentaire : Fiche conseil. [En ligne] 2018 [consulté le 22 Avr 2018]. 1p. Disponible : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2018/03/fiche-RECO-2018.pdf>

172 : Hitz Lindenmüller I & Lambrecht JT. Oral care. In Surber C, Elsner P, Farage MA (eds). Topical Applications and the Mucosa. Curr Probl Dermatol. Basel, Karger. 2011 ;40 :107-115. DOI : 10.1159/000321060

173 : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. La santé bucco-dentaire des personnes âgées – Fiche conseil. [En ligne] 2016 [consulté le 22 Avr 2018]. 2p. Disponible : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2016/08/fiche-conseil-PERSONNES-AGEES-avec-video-.pdf>

174 : Wilkins EM, Gosselin D. Prévention et traitement en hygiène dentaire. Boucherville, Québec (QC) : Gaëtan Morin ; 1991. 746p. Wilkins, E.M. Prévention des affections buccales : brosses à dents et méthodes de brossage. pp. 378-402.

175 : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Pierre Fabre Oral Care. Seniors & Santé bucco-dentaire. [En ligne] 2018 [consulté le 22 Avr 2018]. 1p. Disponible: http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2018/03/SENIORS_Fiche-profil-PDS2018_GP_vsOK.pdf

176 : Wilkins EM, Gosselin D. Prévention et traitement en hygiène dentaire. Boucherville, Québec (QC) : Gaëtan Morin ; 1991. 746p. Wilkins, E.M. Prévention des affections buccales : autres adjuvants thérapeutiques. pp. 403-425.

177 : National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR). « Practical oral care for people with developmental disabilities : Dental care every day – a caregiver's guide ». [En ligne]

(US) : NIDCR ; 2012 [consulté le 22 Avr 2018]. 12 p. Disponible : <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/dental-care-every-day-caregiver.pdf>

178 : Jaccarino J. Helping the Special Needs Patient Maintain Oral Health. Dental Assistant. [En ligne] 2009 [consulté le 22 Avr 2018];78(3):11. Disponible : [http://tafdental.com/static/fckimages/files/ce393%20\(1\).pdf](http://tafdental.com/static/fckimages/files/ce393%20(1).pdf)

179 : Rouhaud W. Le point sur les dentifrices [thèse pour le diplôme d'État en chirurgie dentaire en ligne]. Nantes (FR) : Université de Nantes, Unité de recherche et formation odontologique ; 25 Mai 2010 [consulté le 22 Avr 2018]. 147 p. Disponible : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/7fd47549-add0-4b9f-b5c1-cbb2dfdb757f>

180 : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. La crème fixative : une alliée pour vivre pleinement avec sa prothèse dentaire – Fiche conseil. [En ligne] 2017 [consulté le 22 Avr 2018]. 1p. Disponible : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2017/01/fiche-CREME-FIXATIVE-251116.pdf>

181 : Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, et al. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures : A publication of the American College of Prosthodontists. The Journal of the American Dental Association [En ligne] Fév 2011 [consulté le 22 Avr 2018];(142):1S-20S. Disponible : [http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)63742-9/pdf](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)63742-9/pdf)

182 : Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000036341354

183 : Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 – La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. INSEE Première n°1089. [En ligne] (FR): Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE); 7 Juillet 2006 [consulté le 22 Avr 2018]. 4p. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1280826/ip1089.pdf>

184 : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) – Les régions françaises 2016. [En

ligne] (FR): DREES ; 2017 [consulté le 22 Avr 2018]. 38 p. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/docu/statiss2016.pdf>

185 : Robert-Bobée, I. Projections de population 2005-2050 – Vieillissement de la population en France métropolitaine. Économie et statistique n°408-409. [En ligne] (FR): Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE); 1er Mai 2008 [consulté le 22 Avr 2018]. 18p. Disponible : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1377211/ecostat_d.pdf

186 : Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projections des personnes âgées dépendantes – Deux méthodes d'estimation. Dossiers solidarité et santé, n°43. [En ligne] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) & Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) ; Sept 2013 [consulté le 22 Avr 2018]. 28p. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>

187 : Amar E, Borderies F, Leroux I. Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014. Série statistiques, n°200. [En ligne] (FR): Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ; Août 2016 [consulté le 22 Avr 2018]. 46p. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt200.pdf>

188 : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière – Tome 2 – Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles. Éditions de l'école nationale de la santé publique. [En ligne] 2007 [consulté le 22 Avr 2018]. 329p. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2.pdf>

189 : Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. Gérontologie et société. [En ligne] Mar 2011 [consulté le 22 Avr 2018] 34(138):127-142. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-3-page-127.htm>

190 : Article 3 du Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=42CA81876999D93C23E0FBC73AF234A7.tplgfr33s_1?

[idArticle=JORFARTI000001875856&cidTexte=JORFTEXT000000263745&dateTexte=29990101
&categorieLien=id](#)

191 : Cunin JC. Le handicap en France : Chroniques d'un combat politique. Malakoff (FR) : Dunod ; Oct 2008, 236p.

192 : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes – Dossier technique ». [En ligne] (FR): CNSA ; Oct 2010 [consulté le 22 Avr 2018]. 70p. Disponible : http://www.cnsa.fr/documentation/Dossier_technique_PHV_BDindex.pdf

193 : Article L. 114 du CASF créé par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?
cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446)

194 : Article 2 de la Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?
cidTexte=JORFTEXT000000747703&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703&categorieLien=id)

195 : Article Annexe 2-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Disponible : [https://
www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=42CA81876999D93C23E0FBC73AF234
A7.tplgfr33s_1?
idArticle=LEGIARTI000034696537&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20171129](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=42CA81876999D93C23E0FBC73AF234A7.tplgfr33s_1?idArticle=LEGIARTI000034696537&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20171129)

196 : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Le modèle AGGIR – Guide d'utilisation. [En ligne] (FR): CNAMTS ; Jan 2008 [consulté le 22 Avr 2018]. 32p. Disponible : http://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf

197 : Décret n°97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997. Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?
cidTexte=JORFTEXT000000382116&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000382116&categorieLien=id)

198 : Décret n°97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000199307&categorieLien=id>

199 : Article L. 232-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796960&dateTexte=&categorieLien=cid>

200 : Décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005631691&dateTexte=20041025>

201 : Ennuyer B. La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social? Regards sur l'actualité. [En ligne] 2010 [consulté le 22 Avr 2018]; (363):74-84. Disponible : http://dominiquegambier.typepad.fr/files/regards-363_article-ennuyer1.pdf

202 : Instruction n°DGCS/SD3A/DREES/2016/300 du 6 octobre 2016 relative à la prise en compte dans la gestion du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) des modifications apportées par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et le décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-10/ste_20160010_0000_0034.pdf

203 : Article R. 233-9 du CASF créé par Décret n°2016-209 du 26 février 2016. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000032140537>

204 : Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Loi « Adaptation de la société au vieillissement » – fiche synthétique : j’explique les mesures de la Loi / Décret relatif aux résidences-autonomie. [En ligne] (FR): DGCS [consulté le 22 Avr 2018]. 30p. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5._fiche_dgcs_resid_autonomie_et_questions_reponses.pdf

205 : Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement des EHPAD. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/8/26/AFSA1614530D/jo/texte>

206 : Prévot J. L’offre en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2007. Études et résultats, n°689. [En ligne] (FR): Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques (DREES) ; Mai 2009 [consulté le 22 Avr 2018]. 8p. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er689.pdf>

207 : Direction Générale de l’Action Sociale (DGAS). Démarche qualité – Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire – Guide méthodologique. [En ligne] (FR): DGAS ; Mar 2004 [consulté le 22 Avr 2018]. 40p. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf

208 : Palach JM & Guisset MJ. Les petites unités de vie : conforter leur avenir par un dispositif réglementaire adapté. [En ligne] Nov 2001 [consulté le 22 Avr 2018]. 28p. Disponible : http://www.marpa.fr/fileadmin/user_upload/extranet_documents/Fonctionnement/Ets_%26_Usagers/Rapport-Pallach-Guisset.pdf

209 : Dupays S, Paul S, Voynet D. Les résidences avec services pour personnes âgées. [En ligne] (FR): Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS); Fév 2015 [consulté le 22 Avr 2018]. 57p. Disponible : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-095R_residences_pers_agees.pdf

210 : Falinower I. L’offre d’accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014. Études et Résultats, n°975. [En ligne] (FR): Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques (DREES) ; Sept 2016 [consulté le 22 Avr 2018]. 6p. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er975.pdf>

211 : Makdessi Y. Maisons d’accueil spécialisé et foyer d’accueil médicalisé, similitudes et particularités. Document de travail – Série études et recherches, n°123. [En ligne] (FR): Direction

de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ; Oct 2012 [consulté le 22 Avr 2018]. 30p. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud123.pdf>

212 : Article L. 6111-2 du Code de Santé Publique (CSP), version en vigueur du 22 juin 2000 au 23 juillet 2009. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F2780CDF567A6424159E6E5CCD289C20.tplgfr33s_1?idArticle=LEGIARTI000006690671&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20090722

213 : Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

214 : Article R. 6123-118 du Code de Santé Publique. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000018680352&dateTexte=&categorieLien=cid>

215 : Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n°2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-06/a0060020.htm>

216 : Delattre A & Paul S. Les unités de soins de longue durée (USLD) – Rapport. [En ligne] (FR): Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ; Mar 2016 [consulté le 22 Avr 2018]. 121p. Disponible : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-105R.pdf>

217 : Belabdi-Mokrane S. Élaboration et validation d'un document d'information et de motivation destiné aux personnes âgées institutionnalisées [thèse pour le diplôme d'État en chirurgie dentaire]. Rennes (FR) : Université de Rennes 1 ; 2011.

218 : Meyrignac S. Elaboration d'un document pour la famille des personnes âgées en EHPAD [thèse pour le diplôme d'État en chirurgie dentaire]. Rennes (FR) : Université de Rennes 1 ; 2013.

219 : Bonhomme Aizier P. Conception et réalisation d'un site internet d'information et de conseils bucco-dentaires pour les familles des personnes âgées hébergées en EHPAD [thèse pour le diplôme

d'État en chirurgie dentaire]. Rennes (FR) : Université de Rennes 1 ; 2013.

220 : Cormier T. Évaluation d'un site internet à destination des proches des personnes âgées en établissement d'hébergement [thèse pour le diplôme d'État en chirurgie dentaire]. Rennes (FR) : Université de Rennes 1 ; 2015.

Serment d'Hippocrate modifié et actualisé pour les Médecins dentistes

Au moment d'être admis à exercer une profession médicale, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de préserver, de promouvoir ou de rétablir la santé dans toutes ses dimensions, physique et mentale, personnelle et sociale.

Pour cela, je travaillerai en partenariat respectueux avec mes confrères et avec toutes les autres professions qui partagent les mêmes objectifs.

J'aiderai les autorités sanitaires dans leurs efforts pour préserver et améliorer la santé de la population.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, d'ethnie, de classe sociale ou de revenus viennent s'interposer entre mes patients et moi.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

J'aurai comme objectif de prodiguer à mes patients les soins reconnus comme les plus efficaces par les sciences médicales du moment.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ces missions.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences et je considérerai comme un devoir absolu de perfectionner sans cesse celles-ci.

Je respecterai toutes les personnes, et leur autonomie.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je tiendrai compte de leurs choix et de leurs préférences pour leur procurer la qualité de vie la meilleure. Je ne ferai rien pour forcer leur conscience.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

COIGNARD, Carmen . L'environnement médico-social des personnes âgées institutionnalisées et son influence sur leur hygiène et leur santé orale. Préparation d'un outil numérique sur ce thème.

163 f., 6 ill., 16 tabl. , 30 cm. Thèse : Odontologie ; Rennes 1 ; 2018 ; N° 42.20.18. .

Les personnes âgées institutionnalisées présentent un risque élevé d'altération de leur santé orale avec un impact sur leur santé générale et leur qualité de vie. L'accompagnement institutionnel dans la maîtrise de ce risque relève essentiellement de la responsabilité du personnel de proximité. L'objet de cette thèse est de réaliser les étapes préliminaires de l'élaboration d'un outil d'information à destination de ces professionnels. Pour définir les éléments principaux de l'outil, nous avons réalisé une revue de littérature sur les facteurs de risque et les conséquences des troubles de santé orale courants chez les sujets âgés polypathologiques, les règles hygiéno-diététiques de prévention bucco-dentaire, et les protocoles d'accompagnement de proximité de la santé orale selon la situation clinique. Enfin, nous avons émis des propositions sur le plan du contenu, des moyens pédagogiques, du support, et de la conception de l'outil d'information.

Institutionalized seniors have a high risk of impaired oral health with an impact on their overall health and quality of life. Institutional support in this risk management is essentially the responsibility of front-line staff. The purpose of this thesis is to carry out the preliminary stages of the development of an information tool for institutionalized seniors' caregivers. To define the main elements of the tool, we made a literature review of risk factors and consequences of oral health disorders in multimorbid elderly people, oral hygiene and diet rules to prevent oral diseases, and standards of oral care according to the clinical situation. Then, we made proposals in terms of content, teaching resources, format, and design of the information tool.

Rubrique de classement : SANTÉ PUBLIQUE

Mots-clés : Personnes âgées, Institutions, Personnel de proximité, Dents – Soins et hygiène, Outil d'information, Protocoles

Mots-clés anglais MeSH : Oral care needs / institutionalized elderly people, Long term care, Oral care / methods, Oral care / standards, Oral health care education, Caregivers / education, Digital tool, Multi-media

Président: Monsieur Guy CATHELINÉAU

JURY: Assesseurs: Monsieur Hervé PRIGENT

Madame Anne DAUTEL

Monsieur Antoine COUATARMANACH