



**EHESP**

---

**Diplôme d'Établissement**  
**« Direction d'EHPAD et droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »**

Promotion : **2016 - 2017**

---

**Accompagner l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD pour préserver la santé et la qualité de vie des résidents : le champ d'action du directeur**

**Vincent ANDROUËT**

---

**Responsable pédagogique :**

**Arnaud CAMPÉON,**  
**Enseignant-chercheur au**  
**département SHS, EHESP**

**Responsable de l'atelier**  
**mémoire : Karine CHAUVIN**



---

# Remerciements

---

Je remercie tout d'abord ma directrice, Sylvie SOMBRET, pour la confiance qu'elle m'accorde depuis des années et pour m'avoir encouragé à suivre cette formation.

Je remercie Arnaud CAMPÉON pour son accueil au sein du DE, pour la pertinence du contenu pédagogique, et pour la qualité des enseignements. Je n'oublie bien évidemment pas l'équipe pédagogique qui l'entoure, ainsi que l'ensemble des intervenants des modules.

Je remercie particulièrement Karine CHAUVIN qui par sa grande qualité d'écoute et ses précieux conseils m'a beaucoup aidé pour l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements vont aussi aux professionnels et usagers de l'établissement dans lequel je suis en poste qui ont, d'une manière ou d'une autre, contribué à alimenter ma réflexion.

Enfin, je remercie mes collègues de promotion pour la richesse de nos partages d'expériences et échanges d'opinions ainsi que pour les bons moments passés ensemble.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 PARTIE I : L'hygiène bucco-dentaire en EHPAD : une composante perfectible de l'accompagnement .....	3
1.1 A propos de l'hygiène et de la santé bucco-dentaire de la personne âgée dépendante.....	3
1.1.1 De quoi s'agit-il ?.....	3
1.1.2 Santé bucco-dentaire et vieillissement .....	4
1.1.3 Des besoins et des pratiques d'hygiène différents selon le degré de dépendance et le statut dentaire .....	5
1.2 Un constat préoccupant .....	6
1.2.1 La santé orale des personnes âgées institutionnalisées est très détériorée .	6
1.2.2 L'hygiène bucco-dentaire en institution est défectueuse.....	7
1.3 Des enjeux conséquents pour la santé générale et la qualité de vie.....	7
1.3.1 Santé bucco-dentaire et santé générale .....	7
1.3.2 Santé bucco-dentaire et qualité de vie .....	8
1.4 Une situation qui interroge quant au respect de certains droits des usagers .....	9
1.4.1 Au regard de la loi 2-2002 et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.....	9
1.4.2 Au regard de la finalité des EHPAD et des responsabilités des professionnels .....	11
1.5 Panorama de l'action des pouvoirs publics et autres initiatives en faveur de la santé bucco-dentaire des aînés institutionnalisés .....	12
1.5.1 Un engagement jusqu'ici modéré des pouvoirs publics au niveau national... ..	12
1.5.2 ...mais de nombreuses initiatives, plutôt locales .....	13
1.5.3 Le poids des recommandations de bonnes pratiques.....	14
2 PARTIE II : Une situation qui relève du triptyque usagers/soignants/institution : explication par l'exemple d'un EHPAD Vosgien.....	15
2.1 Méthodologie.....	15
2.1.1 Recherche documentaire .....	16

2.1.2	Analyse de la documentation interne .....	16
2.1.3	Observation directe et constats de terrain.....	16
2.1.4	Entretiens semi directifs.....	17
2.2	Diagnostic de la prise en charge proposée par l'établissement.....	18
2.2.1	De bonnes initiatives qui n'ont pas été pérennisées.....	18
2.2.2	L'absence d'une réponse organisée .....	18
2.2.3	Les soins effectivement délivrés .....	19
2.2.4	Une approche plutôt curative ou palliative des problématiques bucco-dentaires.....	20
2.2.5	Les carences du plan de soin informatisé .....	20
2.2.6	Des moyens matériels adéquats.....	20
2.2.7	Un accompagnement perçu comme insuffisant par les professionnels.....	21
2.2.8	... mais satisfaisant pour les usagers .....	21
2.3	Identification des freins et contraintes au déploiement d'un accompagnement adéquat.....	22
2.3.1	Freins et contraintes relevant des usagers .....	22
2.3.2	Freins et contraintes relevant des soignants.....	23
2.3.3	Freins et contraintes relevant de l'institution .....	25
2.4	Facteurs clés de succès .....	26
3	PARTIE III : Préconisations pour un projet d'accompagnement adapté et pérenne ..	27
3.1	Un engagement fort de la direction qui doit porter le projet.....	27
3.2	Un état des lieux comme point de départ.....	28
3.3	Rechercher les partenariats et financements.....	29
3.4	Désigner un référent au sein de l'établissement .....	29
3.5	Constituer une équipe projet.....	30
3.6	Former le personnel soignant .....	30
3.7	Etablir une organisation de la prise en charge .....	31
3.7.1	Evaluer régulièrement l'état bucco-dentaire et les besoins en soins .....	31
3.7.2	Systématiser les stratégies d'accompagnement individualisé en fonction des besoins identifiés .....	32
3.7.3	Adapter la documentation qualité existante .....	33

3.7.4	Adapter les outils de la prise en soins et assurer le suivi quotidien des soins.	33
3.8	Sensibiliser les résidents et les familles.....	33
3.9	Prévoir un dispositif d'évaluation .....	34
3.9.1	Indicateurs et RAMA .....	34
3.9.2	Mesure de la satisfaction des usagers .....	34
3.9.3	Evaluation des pratiques professionnelles.....	34
3.9.4	Rapport d'évaluation interne.....	34
3.9.5	Remontées d'évènements indésirables.....	35
	Conclusion .....	37
	Bibliographie .....	39
	Liste des annexes .....	I
	Annexe 1 : La note d'observation .....	III
	Annexe 2 : Grille d'observation.....	VII
	Annexe 3 : Tableau de synthèse de données chiffrées relatives à l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD.....	IX
	Annexe 4 : Guides d'entretiens.....	XI
	Annexe 5 : Grilles d'analyse des entretiens vierges.....	XIX
	Annexe 6 : Profils des enquêtés .....	XXIII
	Annexe 7 : Poster de sensibilisation 2013 .....	XXV
	Annexe 8 : Livret « Importance de l'hygiène bucco-dentaire » 2013.....	XXVII
	Annexe 9 : Devis formation UFSBD 2017.....	XXXIII



---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
<b>ANESM</b>	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux
<b>ARLIN</b>	Agence Régionale de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AS</b>	Aide-Soignant
<b>ASH</b>	Agent des Services Hospitaliers
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CNG</b>	Centre National de Gestion
<b>CNR</b>	Crédits Non Reconductibles
<b>CNSA</b>	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CVS</b>	Conseil de la Vie Sociale
<b>DGAS</b>	Direction Générale de l'Action Sociale (aujourd'hui DGCS)
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>Drees</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>EHPA</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>ESA</b>	Equipe Spécialisée Alzheimer à domicile (SSIAD renforcé)
<b>ESMS</b>	Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
<b>USLD</b>	Unité de Soins de Longue Durée
<b>EPP</b>	Evaluation de Pratiques Professionnelles
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>GCS</b>	Groupement de Coopération Sanitaire
<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier de Territoire
<b>GIR</b>	Groupe Iso Ressource
<b>GMP</b>	GIR Moyen Pondéré
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IFAS</b>	Institut de Formation des Aides-Soignants
<b>MeSH</b>	Medical Subject Headings
<b>MRI</b>	Maison de Retraite Intercommunale
<b>OAG</b>	Oral Assessment Guide
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé

<b>PATHOS</b>	Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées dépendantes
<b>PMP</b>	Pathos Moyen Pondéré
<b>PRGDR</b>	Programme Régional de Gestion des Risques
<b>PRS</b>	Projet Régional de Santé
<b>PUI</b>	Pharmacie à Usage Intérieur
<b>RAMA</b>	Rapport d'Activités Médicales Annuel
<b>SFGG</b>	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
<b>SOHDEV</b>	Santé Orale Handicap Dépendance Et Vulnérabilité
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers A Domicile
<b>UFSBD</b>	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
<b>UNCAM</b>	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
<b>URCAM</b>	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

## Introduction

Depuis juin 2015, j'occupe la fonction d'adjoint de direction au sein d'un centre hospitalier de proximité dans les Vosges. Suite à la fermeture récente de son activité de soins de suite et de réadaptation, cet ex-hôpital local est voué à se transformer en établissement public médico-social à caractère communal. La nouvelle entité reprendra par transfert les autorisations des autres activités, à savoir un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 110 lits et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 41 places. Depuis janvier 2017, l'établissement est sous convention de direction commune avec trois autres structures (un hôpital local et deux EHPAD). Au sein de cette organisation, le chef d'établissement m'a confié la responsabilité du site. J'interviens à ce titre sur l'ensemble des dossiers de direction.

Lorsqu'il fut question de choisir un thème pour ce mémoire, je me suis attaché à rechercher un sujet qui me permettrait de déployer un projet utile à mon établissement. Je me suis alors rappelé d'un de mes échanges avec la cadre de santé, lorsque nous définissions des objectifs d'amélioration à inscrire dans la convention tripartite qui allait être renégociée. C'était en 2015. Dans le corps de la convention type, proposée par l'Agence Régionale de Santé, figurait un objectif qui visait à évaluer la nécessité de mettre en œuvre des protocoles spécifiques à divers aspects de la prise en charge dont la prévention des chutes, l'incontinence, la fin de vie et... l'hygiène bucco-dentaire. La cadre m'avait alors expliqué que l'hygiène orale était une composante plutôt délaissée de l'accompagnement, et qu'il serait judicieux de travailler à mieux la maîtriser tant les résidents auraient à en tirer bénéfice pour leur santé et leur qualité de vie.

C'est un fait, la santé oro-dentaire des personnes âgées institutionnalisées n'est pas bonne. Selon l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire<sup>1</sup>, une large majorité de cette population (75 %) présenterait un état bucco-dentaire dégradé et 85 % des résidents auraient besoin d'une consultation en cabinet. Pourtant, la recherche médicale et odontologique a clairement identifié les pathologies de la sphère orale en tant que vecteurs d'entrée dans la « spirale » de la dénutrition et en tant que cofacteurs de morbidité chez le sujet âgé. Des interactions entre des problématiques bucco-dentaires et certaines affections à distance (cardio-vasculaires, respiratoires, endocrinologiques, cancéreuses, etc.) ont été scientifiquement établies. De même, de par ses incidences sur l'esthétique et l'image de soi, sur la capacité à articuler et à communiquer, sur le plaisir de manger, une mauvaise santé bucco-dentaire affecte l'état psychologique et peut impacter les relations sociales de la personne.

L'hygiène bucco-dentaire constitue la première mesure de prévention en faveur de la santé de la bouche et des dents. Malheureusement, force est de constater que son

---

<sup>1</sup><http://www.ufsbd.fr/espace-public/espace-presse/chiffres-cles-par-thematique/>

observance n'est pas optimale en EHPAD et que les mesures d'accompagnement des résidents en la matière restent à développer. La problématique à laquelle je me propose de répondre dans ce mémoire tient donc en la question suivante : Pourquoi, en dépit des enjeux identifiés, l'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD n'est-il pas plus abouti ?

Certes, il s'agit d'un thème à forte composante technique qui intéresse le médecin coordonnateur en tant que responsable du projet de soins. Cependant, le directeur n'en est pas moins concerné. S'il n'est pas en charge de l'élaboration du projet de soins, il en assure la bonne exécution au niveau administratif et sur le plan des moyens, et également par les contacts permanents qu'il entretient avec le médecin coordonnateur<sup>2</sup>. Il faut aussi souligner que le projet de soins s'inscrit comme l'un des volets du projet d'établissement dont le directeur est pleinement responsable. Dans le référentiel métier édicté par le Centre National de Gestion, il est établi que le directeur D3S « s'assure de l'adaptation de la prise en charge à la situation des personnes accueillies ou accompagnées par son établissement en prenant en compte notamment les spécificités réglementaires ». Il lui revient également de garantir le « respect des droits des usagers et la promotion de la bientraitance ». S'agissant précisément de la prise en charge bucco-dentaire, la Direction Générale de la Santé souligne l'importance du « soutien des directeurs d'établissement » en tant que « facteur d'amélioration de l'état bucco-dentaire des personnes âgées » pour ce qui est de faire face aux « difficultés de réalisation des soins d'hygiène buccale quotidienne »<sup>3</sup>.

Dans le cadre de ce travail, mon approche ne sera donc pas centrée sur les aspects médico-soignants du sujet. Je m'intéresserai à sa dimension sociale, à la question du respect des droits des usagers et, de ce fait, au rôle du directeur et à ses possibilités d'action.

La première partie dressera un état des lieux sur la santé orale des personnes âgées institutionnalisées et sur les pratiques d'hygiène observées. Elle traitera aussi des répercussions engendrées sur leur santé générale et sur leur qualité de vie ainsi que des questions que cela pose au regard de leurs droits d'usagers, de la responsabilité de l'institution et des professionnels, et de la politique insufflée par les pouvoirs publics pour relever la situation. La seconde partie, s'appuyant sur l'exemple de l'établissement dans lequel je suis affecté, livrera un diagnostic ayant pour fin d'identifier les facteurs pouvant entraver la mise en place d'une prise en charge de l'hygiène orale. Enfin, dans la troisième partie, je déclinerai un plan d'action visant à garantir qu'un accompagnement adapté aux besoins d'hygiène des résidents soit mis en œuvre.

---

<sup>2</sup> VERCAUTEREN Richard. *Directeur d'établissement pour personnes âgées : Rôles et exercice*. Doc Editions, 2009. p.49.

<sup>3</sup> *Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées*, Direction Générale de la Santé SD2B, Marysette FOLLIGUET, Mai 2006. p. 29.

# **1 PARTIE I : L'hygiène bucco-dentaire en EHPAD : une composante perfectible de l'accompagnement**

## **1.1 A propos de l'hygiène et de la santé bucco-dentaire de la personne âgée dépendante**

### **1.1.1 De quoi s'agit-il ?**

Selon le Medical Subject Headings ou MeSH, l'hygiène bucco-dentaire est la « pratique de l'hygiène personnelle de la bouche. Elle inclut l'entretien de la propreté orale, le tonus du tissu, et la conservation générale de la santé orale. ». Concrètement, elle consiste en des techniques mécaniques (brossage, utilisation du fil dentaire) et chimiques (dentifrice, bicarbonate de soude, solution pour bains de bouche) visant à éliminer les résidus alimentaires et la plaque dentaire, cette dernière étant « à l'origine de toutes les atteintes des tissus parodontaux »<sup>4</sup> et « la cause principale des caries »<sup>5</sup>. L'hygiène constitue donc un élément essentiel de prévention en faveur d'une bonne santé bucco-dentaire. En accord avec la doctrine scientifique internationale, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire préconise qu'elle soit observée quotidiennement à raison de deux brossages – un le matin et un avant le coucher – et d'un passage de fil dentaire le soir. La HAS recommande le brossage des dents au minimum deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à l'ensemble de la population<sup>6</sup>.

La définition de la santé bucco-dentaire, telle que livrée par le MeSH, s'intéresse aux aspects physiologiques uniquement : « L'état optimal de la bouche et le fonctionnement normal des organes de la bouche sans manifestation de pathologie ». Il en est de même pour celle proposée par SOHDEV : « La santé bucco-dentaire s'intéresse aux dents, aux tissus de soutien des dents (le parodonte), aux muqueuses de la cavité buccale, aux os des mâchoires, aux articulations temporo-mandibulaires, aux dysmorphies (malpositions dentaires)... »<sup>7</sup> Dans le cadre de ce travail, il convient de compléter ces conceptions par celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, parce qu'elle inclut les dimensions psychologiques et sociales : « La santé bucco-dentaire est essentielle pour l'état général et la qualité de la vie. Elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial. ».

---

<sup>4</sup> Larousse Médical, Jean-Pierre WEINSTAN et collectif, éd. 2012.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Haute Autorité de Santé. *Recommandations en santé publique : Stratégies de prévention de la carie dentaire*. HAS, mars 2010, p. 144.

<sup>7</sup> SOHDEV, *Prise en charge de la santé bucco-dentaire des PA dépendantes*, *La revue de Gériatrie*, Tome 38, N°1 Janvier 2013, p. 11.

### 1.1.2 Santé bucco-dentaire et vieillissement

Le vieillissement augmente de manière directe et indirecte le risque de maladies bucco-dentaires et de perte de dents. Tout d'abord parce qu'avec l'âge, l'ensemble des constituants de la dent s'affaiblissent. L'émail perd en épaisseur et augmente la vulnérabilité aux caries ; la pulpe diminue en volume ce qui retarde l'alerte douloureuse et donc la détection des atteintes. Globalement les dents perdent de leur résistance mécanique et sont plus exposées aux fêlures et fractures. Les tissus parodontaux ne sont pas épargnés, notamment la gencive qui s'amincit et se rétracte du fait de la résorption progressive de l'os alvéolaire. Ce phénomène augmente le risque de carie du collet, de déchaussement, d'affections gingivales. S'agissant des infections parodontales, il faut souligner que l'état généralement immunodéprimé de la personne âgée la rend d'autant plus vulnérable à leur survenue. Certaines maladies systémiques, le diabète notamment, ont des répercussions bucco-dentaires.

L'hyposialie, ou diminution de la production salivaire, participe elle aussi à la fragilité de la santé bucco-dentaire du sujet âgé. Dans la population des plus de 65 ans, elle touche une personne sur trois<sup>8 9</sup>. Naturellement induite par une atrophie des glandes salivaires, elle est de plus potentialisée par la déshydratation chronique, et par les effets secondaires de traitements médicamenteux largement prescrits auprès de cette population polyopathologique. Elle est aussi favorisée par certains traitements par radiothérapie. Qu'elle soit d'origine physiologique ou iatrogénique, la xérostomie (sécheresse buccale) abaisse la réponse immunitaire de la sphère orale et engendre des difficultés de cicatrisation des lésions buccales. Les risques d'infection, de caries et de mycoses s'en voient augmentés.

Les habitudes ou contraintes alimentaires du sujet âgé influent également sur sa santé orale. A mesure que sa faculté masticatoire s'amointrit, il privilégie la consommation d'aliments mous voire mixés, adhérant aux dents, et laissant des résidus. Les quantités absorbées sont généralement plus faibles, ce qui provoque des carences non sans répercussion sur la sphère orale. La perte du goût liée à la sénescence des muqueuses, et les besoins énergétiques, conduisent les personnes âgées à augmenter leur consommation d'aliments riches en sucres, également délétères pour leur santé bucco-dentaire.

Le vieillissement conduit donc à une fragilisation consécutive de la santé bucco-dentaire. Pour se prémunir face aux risques accrus de pathologies orales et de perte de dents, une hygiène de qualité est indispensable. Le paragraphe suivant s'attache à préciser les besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes en la matière.

---

<sup>8</sup> FAROZI et Collectif : *Enquête épidémiologique transversale sur 509 résidents de 8 établissements, par questionnaire sur habitudes dentaires et examen endobuccal*, La Revue de gériatrie, Tome 33, N°4 avril 2008, pp. 285-92.

<sup>9</sup> PETERSEN et collectif : *Improving the oral health of older people : the approach of the WHO Global Oral Health Program*. Community Dent Oral Epidemiol., Tome 33, N°2 avril 2005, pp. 81-92.

### **1.1.3 Des besoins et des pratiques d'hygiène différents selon le degré de dépendance et le statut dentaire**

En tout début de chapitre, nous avons vu que les recommandations d'hygiène bucco-dentaire à destination de la population générale portent principalement sur le brossage des dents et l'utilisation de fil dentaire. Les besoins de la personne âgée sont plus étendus. Si cette recommandation de l'UFSBD pourrait théoriquement s'appliquer au résident ayant conservé ses dents naturelles, elle ne suffit pas à la plupart des personnes âgées institutionnalisées. En effet, les établissements sont peuplés majoritairement de résidents édentés ; l'absence de dents pouvant être totale ou partielle. Parmi les édentés, certains sont porteurs d'une ou plusieurs prothèses, partielles ou totales ; d'autres ne sont pas appareillés. En outre, certains résidents présentent une altération des muqueuses.

Cette diversité des statuts bucco-dentaires donne lieu à des besoins d'hygiène différents. Pour y répondre de manière adaptée, plusieurs soins sont mobilisables, isolément ou de façon combinée. Bien évidemment, le brossage des dents en fait partie. En revanche, l'utilisation du fil dentaire, encouragée auprès de la population générale, ne figure pas parmi les autres techniques utilisées pour la personne âgée : les bains de bouche et rinçages, les soins de bouche non-médicamenteux, les soins de bouche médicamenteux et l'entretien des prothèses. En définitive, pour qualifier l'hygiène orale des personnes âgées, il conviendrait de préférer les termes d'hygiène « bucco-dento-prothétique ».

L'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire du résident doit donc prendre en compte la multiplicité des besoins et des soins qui y sont associés. Mais il faut également considérer la capacité de la personne âgée à réaliser elle-même les actes d'hygiène.

Selon la Haute Autorité de Santé, « un brossage des dents efficace dépend à la fois de la capacité de l'individu à répéter le geste plusieurs fois par jour, de sa dextérité et de sa technique... »<sup>10</sup>. La dépendance de la personne âgée compromet son aptitude à observer elle-même des soins d'hygiène de qualité. Ainsi, le résident ayant des capacités préservées sera en mesure d'assurer lui-même son hygiène, ou encore d'y participer avec une aide partielle d'un soignant ou d'un proche. Inversement, l'altération des capacités motrices (ex. : Parkinson, polyarthrite rhumatoïde) et les troubles cognitifs vont rendre indispensable la mise en place d'une aide partielle ou totale. A noter que les troubles cognitifs, notamment ceux induits par les maladies d'Alzheimer et apparentées, peuvent limiter la propension du résident à recevoir le soin (cas du patient dément opposant). La proportion des résidents pour lesquels l'aide d'un tiers va être requise est majoritaire. Si l'on s'en réfère aux résultats de l'enquête « EHPA 2015 » réalisée par la Drees, 93 % des résidents d'EHPAD, EHPA et USLD ont besoin d'une aide pour la réalisation de leur toilette. Aussi, 76 % des personnes institutionnalisées auraient besoin

---

<sup>10</sup> Haute Autorité de Santé, *Op.cit.* p. 3, p. 23.

d'une aide constante pour leur hygiène bucco-dentaire<sup>11</sup>. Cette statistique est en cohérence avec le résultat d'une étude réalisée en 2009 auprès de 431 résidents institutionnalisés en région Rhône-Alpes<sup>12</sup> : seulement 112 d'entre eux (26 %) étaient autonomes pour leur hygiène orale.

Pour parachever ce propos sur les besoins spécifiques et les caractéristiques de l'accompagnement à l'hygiène buccodentaire de la personne âgée institutionnalisée, il ne faut pas oublier le cas du résident en fin de vie. Dans cette situation de dépendance totale et d'inconfort buccal, il convient de mettre en œuvre un protocole de soins de bouche particulier.

## **1.2 Un constat préoccupant**

### **1.2.1 La santé orale des personnes âgées institutionnalisées est très détériorée**

Les études concernant la santé bucco-dentaire des résidents d'EHPAD en France sont nombreuses mais très hétérogènes du point de vue de leurs objectifs (grande diversité des indicateurs) et de leur portée (échantillonnages aux caractéristiques variables). La plupart ont été menées au début des années 2000 et autour du plan national de santé bucco-dentaire de 2006-2010 (voir aussi § 1.5.1. ci-après). Il s'agit d'initiatives locales – régionales voire départementales – portées par des établissements médico-sociaux, ou encore des caisses d'assurances maladies (ex. : URCAM) et associations professionnelles (ex. : UFSBD). Nonobstant l'hétérogénéité des données disponibles, tous les résultats convergent vers le même constat : l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées vivant en institution est fortement dégradé.

Au niveau national, en 1993, dans la tranche d'âge 65-74 ans, le nombre moyen de dents absentes par personne était de 16,9 et le pourcentage d'édentés complets de 16,3 % (Source : Ministère de la Santé et des Solidarités). Il est difficile de trouver d'autres données de portées nationales concernant la santé orale des personnes âgées. Celles se rapportant précisément aux résidents d'EHPAD se limitent aux indicateurs communiqués par l'UFSBD. Nous retiendrons ces chiffres pour illustrer la tendance : « 75 % des résidents ont un état bucco-dentaire dégradé ; 44 % ont au moins une dent cariée ; 40 % ont au moins une dent douloureuse à extraire ; 30 à 50 % ont besoin de prothèses et 10 % des soins en urgence ; et 42 % n'ont pas eu de consultation dentaire depuis 5 ans ! »

Il est important de souligner que s'il existe une fragilisation liée à l'âge, la situation actuelle ne peut être imputée uniquement à la sénescence des tissus de la sphère orale. La médiocre santé orale des générations contemporaines de vieillards est en réalité largement imputable à leurs habitudes d'hygiène et de soins. Ils ont vécu la première

---

<sup>11</sup> Source : dossier info « senior santé » du site « lesmaisonsderetraite.fr ».

<sup>12</sup> BORY EN, KOIVOGUI A, MICHELET A, NDIAYE G, MODOIANU L, BARRO SA et al. Etat bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes. *La Revue de Gériatrie*, Tome 38, N°1 Janvier 2013 : 31-39.

partie de leur existence dans une époque où les préoccupations dentaires étaient largement négligées, a fortiori chez les ouvriers, agriculteurs et employés<sup>13 14</sup>. L'image d'Epinal du vieillard aux dents gâtées, doit être combattue. En effet, il est désormais scientifiquement admis que l'observance d'une hygiène bucco-dentaire adaptée, ainsi qu'un suivi régulier en cabinet dentaire tout au long de la vie, permettent de préserver un état bucco-dentaire satisfaisant dans la vieillesse<sup>15</sup>.

### **1.2.2 L'hygiène bucco-dentaire en institution est défectueuse**

Comme pour la santé orale, différentes études présentant des données chiffrées sur les pratiques, l'observance et la qualité de l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD ont été réalisées ; souvent à une échelle régionale ou sur plusieurs établissements.

Là encore, les résultats sont hétérogènes d'une étude à l'autre mais force est de constater que le niveau des indicateurs est alarmant. Une présentation des extraits de plusieurs études significatives est proposée en annexe 3. Pour reprendre les chiffres de l'UFSBD, 43 à 57 % des personnes âgées dépendantes institutionnalisées présenteraient de la plaque dentaire, 50 % auraient du tartre, et 28 à 40 % souffriraient de gingivites. 60 à 70 % des résidents seraient incapables de réaliser seuls leur hygiène bucco-dentaire.

### **1.3 Des enjeux conséquents pour la santé générale et la qualité de vie**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>16</sup>, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ce sous-chapitre propose une présentation synthétique des répercussions des pathologies bucco-dentaires sur la santé. Il en ressort que l'état de santé orale est susceptible d'affecter toutes les dimensions du bien-être d'une personne telles qu'elles apparaissent dans la définition de l'OMS. Les affections de la sphère orale ont un réel retentissement sur la santé générale et constituent un facteur de dégradation de la qualité de vie de la personne âgée.

#### **1.3.1 Santé bucco-dentaire et santé générale**

Les problèmes bucco-dentaires peuvent être à l'origine d'une multitude de pathologies à distance ou constituer un facteur aggravant de ces maladies. Il est aujourd'hui scientifiquement établi qu'il existe une forte corrélation entre les maladies bucco-dentaires et les principales maladies chroniques non transmissibles de la personne âgée, cette corrélation étant due essentiellement à des facteurs de risques communs. « De nombreuses affections générales peuvent avoir des manifestations bucco-dentaires qui

---

<sup>13</sup> *Un sujet négligé : la santé bucco-dentaire des personnes âgées.* M. CHRISTOLHOMME. *Gérontologie sans frontière*, 2006, p. 2.

<sup>14</sup> *Direction Générale de la Santé SD2B, Marysette FOLLIGUET, Op.cit. p. 2, p. 8.*

<sup>15</sup> M. CHRISTOLHOMME, *Ibid.*

<sup>16</sup> *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 états (actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) ; et entré en vigueur le 7 avril 1948.*

accroissent le risque de maladies bucco-dentaires, lesquelles, à leur tour, représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections générales.»<sup>17</sup> Selon des hypothèses scientifiques avancées, c'est le passage dans la circulation sanguine d'agents pathogènes proliférant au niveau de la sphère orale qui permettrait de provoquer ou d'alimenter des inflammations à distance de la bouche. Ainsi, il fait désormais consensus qu'il existe une association entre infections bucco-dentaires et certaines affections cardiovasculaires, respiratoires, rhumatologiques, cérébro-faciales, endocrinologiques et cancéreuses... A titre d'exemple, sont cités et documentés<sup>18 19 20 21 22</sup> : les endocardites infectieuses et l'athérosclérose coronarienne ; les bronchopathies chroniques obstructives, pneumonies, et autres pneumopathies d'inhalation (en cas de problèmes de déglutition) ; la polyarthrite rhumatoïde ; les abcès cérébraux, thromboses veineuses faciales et cérébrales, AVC et accidents oculaires ; le déséquilibre diabétique ; les cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Une autre répercussion importante d'un mauvais état bucco-dentaire chez le sujet âgé est la dénutrition. Les complications fonctionnelles (capacité masticatoire, troubles de la déglutition), la perte de goût, le manque de salive, les douleurs, sont autant de contraintes qui vont diminuer l'aptitude de la personne âgée à s'alimenter correctement et son appétence. La Haute Autorité de Santé<sup>23</sup> et L'Anesm<sup>24</sup> identifient les difficultés bucco-dentaires comme l'un des facteurs essentiels de risque de dénutrition. La « spirale de la dénutrition »<sup>25</sup>, validée par le Docteur Monique Ferry, illustre parfaitement le processus par lequel la dénutrition conduit à une grabatisation de la personne âgée. Perte d'autonomie, plaisir de manger anéanti, le sujet âgé voit son confort et sa qualité de vie sévèrement impactés. Mais là ne sont pas les seules répercussions sur la qualité de vie imputables à un état de santé bucco-dentaire dégradé.

### 1.3.2 Santé bucco-dentaire et qualité de vie

En 1993, l'OMS définit la qualité de vie comme étant « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du

---

<sup>17</sup> Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003, Pool Erik Petersen, OMS, 2003. p. 3.

<sup>18</sup> M. CHRISTOLHOMME, *Op.cit.* p. 7, pp. 5-7.

<sup>19</sup> Promouvoir la santé bucco-dentaire. Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ? Jean-Noël VERGNES, Cathy NABET. *Santé de l'homme (la)*, 2012, p. 7-8.

<sup>20</sup> Maladies buccodentaires : Cofacteurs de morbidité des personnes âgées, Valérie POUYSSEGUR, Isabelle PRECHEUR, Jean-Guy SABOT, *La Revue de Gériatrie*, Tome 41, N°1 janvier 2016, pp.17-31.

<sup>21</sup> Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances. Loredana RADOI, Agnès VEILLE-FINET, Véronique DUPUIS, et al. *La Revue de Gériatrie*, Tome 41, N°1 janvier 2016, pp. 5-16.

<sup>22</sup> Direction Générale de la Santé SD2B, Marysette FOLLIGUET, *Op.cit.* p. 2, pp. 16-22.

<sup>23</sup> Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, *Recommandations*, HAS, Avril 2007.

<sup>24</sup> RBPP « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées, ANESM, février 2006.

<sup>25</sup> Nutrition/dénutrition de la personne âgée en EHPAD et établissements de santé, Société Française de Gériatrie et Gérontologie avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2013. p. 9.

sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

Un mauvais état bucco-dentaire - en particulier les dents manquantes ou gâtées - constitue une atteinte à l'intégrité physique de la personne, une altération de son image corporelle. La morphologie du visage et les expressions mimiques sont modifiées ; le fait de devoir sourire devient une épreuve. Si le préjudice est en premier lieu esthétique, l'état psychologique n'en est pas épargné quel que soit l'âge. Le sujet confronté au déclin de sa personne perd confiance en lui. C'est l'estime de soi qui est entachée, voire le sentiment de dignité, et la perception sociale négative de l'édenté n'aide pas.

L'absence de dents, la xérostomie, des prothèses mal adaptées, peuvent aussi perturber la phonation et faire apparaître des difficultés à s'exprimer et ainsi favoriser la détérioration du lien social. Le sujet âgé peut alors se replier sur lui-même, entrer dans la dépression.

Enfin, l'inconfort qu'apporte une bouche dégradée va lui aussi impacter le bien-être psycho-social de la personne âgée. Les douleurs chroniques, l'halitose, la sécheresse buccale ou encore les problèmes d'adhésion des prothèses, sont autant de désagréments qui vont perturber l'état psychologique du sujet âgé et limiter sa capacité à maintenir de bonnes relations sociales.

## **1.4 Une situation qui interroge quant au respect de certains droits des usagers**

### **1.4.1 Au regard de la loi 2-2002 et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie**

S'agissant de leur santé, les résidents d'EHPAD voient s'appliquer, comme pour tout autre malade, la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les droits relatifs à leur accueil et à leur prise en charge en institution sont établis par la loi 2-2002 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ces droits sont mentionnés à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles et sont, en outre, exposés par deux chartes que l'on retrouve annexées au livret d'accueil de nos établissements. La première, antérieure à la loi, a été mise au point par la commission « Droits et Libertés » de la Fédération Nationale de Gériatrie en 1987, et a été actualisée en 2007. Il s'agit de la *charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. N'ayant aucune portée réglementaire, elle a vocation à s'inscrire comme « outil de réflexion collectif sur les pratiques » au service des professionnels et a, depuis sa publication, été largement soutenue par le ministère. La seconde est la *charte des droits et libertés de la personne accueillie*, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles et

introduite par arrêté interministériel en date du 8 septembre 2003. Obligatoirement affichée dans les établissements et délivrée aux bénéficiaires ou leur représentant, elle reprend les droits des usagers des établissements médico-sociaux cités à l'article L. 311-3 et les explicite en douze articles. Un accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire insuffisant pourrait bien en transgresser certains principes, directement ou indirectement. Ci-après, une présentation des questionnements que la situation suscite au regard des articles 1<sup>er</sup>, 2, 4, 7 et 12 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

#### Concernant le « Principe de non-discrimination », article 1<sup>er</sup>

Pourquoi l'hygiène bucco-dentaire d'une personne serait-elle négligée sous prétexte qu'elle est âgée et plus ou moins dépendante ? Ici, l'article L. 1110-3 du code de la santé publique fait également écho : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. » Tout individu peut normalement prétendre à la nécessaire prise en compte de toutes les composantes de sa santé, est ce quel que soit son âge. Le principe de non-discrimination vient donc directement s'opposer aux idées reçues empreintes d'âgisme selon lesquelles : « l'hygiène bucco-dentaire n'est pas une priorité chez le sujet âgé » ; « le vieillissement implique l'édentement et on n'y peut rien » ou encore « pas de dents donc pas besoin d'hygiène ».

#### Concernant le « Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté », article 2

« La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. » Lorsque l'hygiène bucco-dentaire n'est pas suivie, ne sommes-nous pas face à une situation de négligence passive de l'institution ? N'est-ce pas assimilable à de la maltraitance ? Pour la comparaison, l'hygiène corporelle, avec la toilette, fait partie intégrante de la prise en charge. Le résident qui n'est plus en mesure de se laver le corps recevra systématiquement l'aide nécessaire des professionnels pour que son hygiène soit respectée. Un manquement sur ce point conduirait rapidement à des réclamations. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'hygiène dentaire ?

#### Concernant le « Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne », article 4

Si les soins d'hygiène bucco-dentaire ne sont pas proposés ou encouragés par l'institution, ce principe pourrait ne pas être observé. Pour que le résident puisse se positionner quant à la mise en place d'un accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire personnalisé, pour y participer, encore faut-il que le sujet soit abordé avec lui. Car bien évidemment, l'établissement ne doit pas imposer l'hygiène bucco-dentaire. Il s'agit en fait de concilier la liberté de la personne et le respect de ces soins.

#### Concernant le « Droit à la protection », article 7

« Il est garanti à la personne [...] le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté. » Ne pas délivrer de soins d'hygiène bucco-dentaire adaptés pourrait constituer

un non-respect de ce droit. La réalisation de l'hygiène de la bouche est par ailleurs l'occasion d'une surveillance régulière qui permet d'éviter qu'une situation bénigne s'aggrave et ait des conséquences plus graves.

#### Concernant le « Respect de la dignité de la personne et de son intimité », article 12

« Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. » Or, quoi de plus dégradant que la non-observance de l'hygiène corporelle y compris bucco-dentaire ? L'absence d'hygiène bucco-dentaire conduisant à une dégradation de l'état de santé, il y a aussi atteinte indirecte (et à plus ou moins long terme) à l'intégrité physique et psychique (estime de soi, inconfort, etc.)

#### **1.4.2 Au regard de la finalité des EHPAD et des responsabilités des professionnels**

Selon l'Anesm, « Les EHPAD ont tous pour finalité d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner des personnes âgées dépendantes en leur permettant d'exercer leur autonomie maximale »<sup>26</sup>. Pour accomplir cette finalité, ils doivent justifier de conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement édictées par le code de l'action sociale et des familles en son article D. 312-155-0. Il y est stipulé que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ». Rien ne permet d'exclure l'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire du champ d'application de cette disposition. Comme je l'ai démontré dès l'introduction de ce mémoire, il appartient au directeur, en tant que pilote de l'institution, de veiller à ce que ces aspects soient respectés et à ce que l'établissement propose une réponse en conséquence. Mais les autres professionnels sont eux aussi investis d'obligations au regard de la thématique.

En vertu de l'article D. 312-158 du CASF, le médecin coordonnateur assure l'encadrement médical de l'équipe soignante et préside la commission gériatrique. Il élabore, avec le concours de l'équipe pluridisciplinaire, le projet général de soins. Il est par ailleurs chargé de concevoir un dossier « type » de soins. Ces composantes de la mission du médecin coordonnateur lui confèrent le pouvoir d'agir, au niveau de la politique institutionnelle notamment, en faveur de l'hygiène bucco-dentaire et de la santé orale des résidents.

Les actes d'hygiène et de suivi bucco-dentaire, dans leur exécution, relèvent en premier lieu de la responsabilité des infirmiers sur leur rôle propre. En pratique, les soins d'hygiène font majoritairement intervenir les aides-soignants sous la responsabilité des infirmiers. L'AGIRC-ARRCO et l'UFSBD, dans un guide sur la santé orale à l'usage des établissements pour personnes âgées, livrent une analyse très pointue des textes

---

<sup>26</sup> *Qualité de vie en Ehpad : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident, Anesm. Septembre 2012.*

applicables<sup>27</sup> à ces deux professions réglementées pour circonscrire, en conclusion, le rôle de chacun en matière de suivi bucco-dentaire. Il en ressort qu'il revient aux infirmiers de rappeler les consignes d'hygiène bucco-dentaire ; réaliser le brossage des dents et l'hygiène prothétique (selon l'autonomie du résident) ; s'entretenir avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires ; inspecter les dents et la bouche pour constater d'éventuelles lésions ou anomalies ; effectuer des soins de la muqueuse buccale avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux. L'ensemble de ces actes peuvent également être réalisés par les aides-soignants sous la responsabilité d'un infirmier à l'exception des soins de bouches médicamenteux.

## **1.5 Panorama de l'action des pouvoirs publics et autres initiatives en faveur de la santé bucco-dentaire des aînés institutionnalisés**

### **1.5.1 Un engagement jusqu'ici modéré des pouvoirs publics au niveau national...**

Dans son rapport de 2003, l'OMS fixait l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes âgées comme étant l'un des domaines d'action prioritaires à l'échelon mondial. En France, bien que réunissant toutes les caractéristiques d'un problème de santé publique<sup>28</sup> dont on a fait le constat il y a déjà longtemps, l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes peine à s'inscrire parmi les priorités de santé publique au niveau national. En effet, si le rapport de la Direction Générale de la Santé sur la « Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées » date de 2006, force est de constater que plus de 10 ans après, peu de mesures ont été spécifiquement engagées par les pouvoirs publics à destination de cette tranche d'âge de la population. Plus exactement, cela se résume à une orientation du plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2010, annoncé en novembre 2005 par le ministère de la santé et mis en œuvre à partir de 2007. Ledit plan cible principalement la jeune population avec une mesure phare instaurant un examen de prévention à 6 et 12 ans, intégralement pris en charge. L'unique orientation concernant les personnes âgées institutionnalisées vise à expérimenter la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents de douze EHPAD répartis dans la Marne, l'Isère et le Morbihan. Elle est déclinée en les objectifs opérationnels suivants : former le personnel à l'hygiène bucco-dentaire, faire bénéficier d'un examen systématique et de soins de base aux résidents. Aucun retour d'expérience se rapportant à cette mesure pilote n'est aujourd'hui relaté.

Nettement moins ciblées, on retrouve deux autres considérations de la problématique bucco-dentaire des personnes âgées dans des éléments de politique nationale. En 2007, le plan « Bien Vieillir », lançait quant à lui une expérimentation d'une consultation gratuite

---

<sup>27</sup> Articles R. 4311 et suivants du code de la santé publique. Annexe I de l'arrêté du 2 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant.

<sup>28</sup> Collectif, module interprofessionnel de santé publique « Accès aux soins bucco-dentaires pour les résidents en EHPAD : un enjeu de santé publique ? », EHESP, 2009.

de prévention à 60 ans par convention entre les dentistes et l'UNCAM. Le « Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie », sorti en septembre 2015, identifie la santé bucco-dentaire comme facteur de prévention du risque de dénutrition.

### **1.5.2 ...mais de nombreuses initiatives, plutôt locales**

La politique de l'état en matière de prévention bucco-dentaire vise jusqu'alors particulièrement la jeunesse. Toutefois, de nombreuses actions en faveur des personnes âgées institutionnalisées sont initiées par une multiplicité d'autres acteurs, et majoritairement au niveau local. Les projets de prévention en EHPAD sont portés par des établissements sanitaires et médico-sociaux, souvent en réseaux ou partenariats associatifs<sup>29</sup>. Elles se concrétisent via des aides financières ou l'appui technique de caisses relevant de la sécurité sociale (Mutualité Sociale Agricole, Régime Social des Indépendants notamment), d'associations professionnelles (UFSBD), de municipalités, de services déconcentrés de l'état. En terme de contenu, il s'agit d'actions de formation à destination des professionnels soignants, de sensibilisation des résidents et des familles, de dépistage, de développement de solutions de prise en charge innovantes (bucco-bus, mallette pour soins ambulatoires), de structuration de réseaux...

Les Agences Régionales de Santé, contribuent largement à favoriser le développement de la prévention en EHPAD. En premier lieu par la planification, avec les Projets Régionaux de Santé. Celui de la région Lorraine pour la période 2012-2017 fixait, dans son volet « Chirurgie dentaire », un objectif opérationnel visant à « Améliorer la prise en charge de la santé bucco-dentaire des usagers des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées ». Quatre mesures y étaient associées : développer la prévention au sein des établissements, le dépistage, et l'information concernant l'hygiène de base ; développer les bilans dentaires au sein des établissements ; développer les partenariats entre établissements médico-sociaux et cabinets libéraux ; améliorer l'accès aux soins dentaires en lien avec le PRGDR. Autre exemple, en 2013, l'ARS aquitaine a réalisé un état des lieux des pratiques relatives à la prise en charge bucco-dentaire dans les EHPAD de sa région et a ensuite édité des recommandations et pistes d'amélioration. En second lieu par la contractualisation, avec les conventions tripartites et bientôt les CPOM, qui souvent comportent des objectifs relatifs à la thématique bucco-dentaire. Enfin, les ARS complètent leur action par l'octroi de financements via des appels à projets, ou encore l'allocation de crédits non-reconductibles.

---

<sup>29</sup> Pour exemple, le Centre Hospitalier le Vinatier de Bron avec l'association Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité (SOHDEV) et le réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap Rhône-alpes (SBDH-RA) dont les travaux sont très avancés et font référence. En Novembre 2016, dans le cadre de l'opération « senior sourire », SOHDEV a animé des ateliers de sensibilisation dans des EHPAD de 12 départements français.

### **1.5.3 Le poids des recommandations de bonnes pratiques**

Témoins d'une prise de conscience collective, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles traitant de la santé et de l'hygiène bucco-dentaire des résidents d'EHPAD se multiplient. Le manuel de agirc&arrco/UFSD « Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées » est le seul qui soit exclusivement dédié au sujet. Il a été publié pour la première fois en 2014 et vient d'être actualisé. Mais déjà en 2007, la DGS, la DGAS et la SFGG, dans leur recueil de recommandations intitulé « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » dédiaient une fiche repère à l'hygiène bucco-dentaire. En 2009, la Société Française d'Hygiène Hospitalière a publié un guide de « Prévention des infections en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes », lequel comportait des préconisations sur l'hygiène dentaire. Au travers de deux manuels de bonnes pratiques (l'un de 2007 sur la prévention de la dénutrition chez la personne âgée, l'autre de 2010 sur la prévention de la carie dentaire), la Haute Autorité de Santé a elle-aussi livré des recommandations de prévention bucco-dentaire à destination des personnes âgées dépendantes.

## **2 PARTIE II : Une situation qui relève du triptyque usagers/soignants/institution : explication par l'exemple d'un EHPAD Vosgien**

La première partie m'a permis de dresser un tour d'horizon sur l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD pour répondre à ma question de départ, à savoir « Qu'en est-il de l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD ? ». Au total, il en ressort que la santé bucco-dentaire des personnes âgées, aussi importante soit-elle pour leur santé et leur qualité de vie, est très détériorée. L'hygiène, qui est un incontournable de la prévention en faveur d'une bonne santé bucco-dentaire, n'est pas suffisamment prise en considération dans les établissements. Pourtant, la dépendance des résidents rend indispensable le fait que les institutions se saisissent pleinement de la problématique. Cette carence dans l'accompagnement de nos aînés institutionnalisés est aussi en contradiction avec la prise de conscience collective à laquelle on assiste autour du sujet. Les ARS, insufflent une réelle dynamique de progrès auprès des établissements et les recommandations de bonnes pratiques traitant de l'hygiène bucco-dentaire tendent à se multiplier. Les textes relatifs aux droits des usagers, ainsi que ceux régissant les rôles et responsabilités des professionnels de santé intervenant dans les EHPAD, constituent un cadre juridique qui devrait permettre de donner l'assurance aux bénéficiaires de recevoir un accompagnement adaptés en la matière. **Il convient donc de se demander pourquoi, en dépit de toutes ces bonnes raisons, l'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire n'est-il pas plus abouti.** C'est la problématique à laquelle je compte répondre dans ce second chapitre, au travers de l'exemple de l'EHPAD dans lequel je suis en poste.

### **2.1 Méthodologie**

La finalité du présent mémoire est de proposer, en 3<sup>ème</sup> partie, un plan d'action pour améliorer l'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire au sein de l'établissement. Pour s'y préparer, j'ai conduit un diagnostic axé sur trois objectifs :

- évaluer le dispositif en place, c'est-à-dire la réponse actuellement proposée par l'établissement aux besoins d'hygiène orale de ses résidents ;
- identifier les freins et contraintes au déploiement d'une démarche plus aboutie ;
- mettre en évidence les facteurs clés de succès à utiliser pour le plan d'action.

Ci-après, une présentation des outils méthodologiques utilisés pour mener mon analyse.

### **2.1.1 Recherche documentaire**

Les informations qui m'ont été utiles sont majoritairement tirées de revues scientifiques et professionnelles, de manuels de recommandation, de rapports, de mémoires et thèses, de textes réglementaires. Au terme de mes recherches à la bibliothèque de l'EHESP, à la bibliothèque universitaire des Lettres et Sciences Humaines de Nancy, et sur internet, j'ai constaté que peu d'ouvrages en lien avec ma thématique existent.

### **2.1.2 Analyse de la documentation interne**

Etudier la documentation interne à l'établissement est incontournable pour qui veut procéder à un audit. Ainsi, pour prendre la mesure de ce qui est mis en œuvre en matière d'hygiène orale au sein de l'EHPAD, j'ai analysé tout document pouvant se rapporter au sujet. Ont entre-autres été inspectés : le projet d'établissement, la convention tripartite, le livret d'accueil et le contrat de séjour, des projets personnalisés et des plans de soins, la documentation qualité (surtout les fiches de postes et protocoles), les procès-verbaux du CVS et des réunions du groupe bientraitance, les rapports d'évaluation interne et externe.

### **2.1.3 Observation directe et constats de terrain**

Le programme du DE prévoit la réalisation d'une journée d'observation en EHPAD. J'ai donc intégré le quotidien d'un service dans une maison de retraite voisine pendant une journée. Cette expérience que j'avais préalablement préparée en construisant une grille d'observation<sup>30</sup>, a donné lieu à la production d'une note de synthèse<sup>31</sup>. Dans une logique comparative, le contenu de cette note d'observation a également alimenté mon diagnostic. Aussi, à chaque fois que mon cheminement l'exigeait, j'ai procédé à des constats de terrain dans mon établissement. A titre d'exemple, j'ai assisté au lever d'un résident et à la fin de sa toilette matinale. J'ai également porté attention à ce qui se passait après les repas. Je suis aussi allé dans les services au moment du coucher. Tous les moments « clés » pour l'hygiène dentaire ont fait l'objet de mon attention. J'ai vérifié la disponibilité du matériel d'hygiène dentaire, dans quelques chambres au hasard mais aussi à l'infirmerie. J'ai passé un temps avec le médecin coordonnateur pour qu'il me présente l'outil de calcul du PATHOS, afin d'évaluer dans quelle mesure ce modèle tient compte des soins bucco-dentaires. Une infirmière m'a fait découvrir le logiciel de soins. Membre de l'équipe de direction d'un GCS gérant un Institut de Formation des Aides-Soignants, je n'ai pas manqué de recueillir l'opinion des formatrices sur la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire dans les EHPAD, et de m'informer sur la manière dont le sujet est traité dans le cadre du programme de formation des aides-soignants.

---

<sup>30</sup> Voir annexe 2 : Grille d'observation.

<sup>31</sup> Voir annexe 1 : Note d'observation.

#### 2.1.4 Entretiens semi directifs

Mon diagnostic, s'inscrivant dans une approche qualitative, est en outre fondé sur du matériel recueilli lors d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été conduits auprès d'un éventail de douze professionnels et usagers<sup>32</sup>. Parmi les professionnels, j'ai choisi de rencontrer la directrice de l'établissement, le médecin coordonnateur, la cadre de santé, deux infirmières, et deux aides-soignantes. Pour ce qui concerne les usagers, je me suis entretenu avec quatre résidents aux profils hétérogènes et donc aux besoins différents (individus partiellement ou totalement édentés, appareillés ou pas, en fauteuil roulant ou pas, ayant une maladie de Parkinson). J'ai également entendu la femme d'un résident qui, par ailleurs, siège au conseil de la vie sociale en qualité de représentant des familles suppléant. Pour structurer le recueil des données, j'ai construit quatre guides d'entretiens<sup>33</sup> : un premier commun au directeur, au médecin coordonnateur et à la cadre de santé ; un second commun aux infirmières et aux aides-soignantes ; un troisième pour les résidents ; un quatrième pour les familles. Chacun de ces guides est articulé autour de cinq mêmes thèmes, cependant les sous-questions de relance ont été adaptées en fonction de l'angle d'approche propre à chacune des « catégories d'interviewés » sus citées. Dans le guide à destination du trio managérial, elles portent plutôt sur la politique à l'échelle institutionnelle, sur l'organisation déployée. Le guide pour les infirmières et aides-soignantes est davantage centré sur les pratiques, les moyens du quotidien, les interactions avec les bénéficiaires. Pour les résidents, les sous-questions traitent essentiellement de leurs attentes, de la manière dont y répond l'établissement au quotidien. Le guide à destination des familles s'intéresse à leur perception des attentes et besoins de leurs proches et à leur regard sur la réponse institutionnelle. Le découpage en cinq thèmes répond à la logique de traitement de ma problématique. Les trois premiers thèmes, à savoir « Thème A : Les besoins et attentes du résident en matière d'HBD », « Thème B : Ce qui est fait pour y satisfaire », et « Thème C : Niveau de satisfaction, le rapport entre besoin et réponse », visent surtout à cerner la situation actuelle au sein de l'établissement. Le quatrième, « Thème D : Explication des écarts », sert à mettre en lumière les facteurs pouvant faire obstacle à l'amélioration de la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire. Le cinquième, « Thème E : Ce qu'il faudrait faire pour progresser », contribue à identifier des leviers d'action pour la troisième partie. Les propos recueillis ont été exploités au moyen de grilles présentées en annexe 5. Au terme d'une analyse par thèmes, dite horizontale, j'ai confronté les éléments de synthèse des entretiens à mes hypothèses et aux données issues de mes lectures, de mes observations de terrain, de la documentation interne à l'établissement.

---

<sup>32</sup> Voir annexe 6 : Profils des enquêtés.

<sup>33</sup> Voir annexe 4 : Guides d'entretiens.

En définitive, mon travail de diagnostic est le fruit d'analyses croisées qui m'ont permis de valider mes hypothèses. L'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire au sein de l'établissement est largement perfectible, et cette situation est la résultante de plusieurs circonstances. Il s'agit d'une lacune qui est au carrefour de raisons relevant de l'institution, mais également des soignants et des résidents eux-mêmes. C'est ce que je vais exposer plus en détails dans les sous-chapitres suivants.

## **2.2 Diagnostic de la prise en charge proposée par l'établissement**

### **2.2.1 De bonnes initiatives qui n'ont pas été pérennisées**

Les entretiens ainsi que l'analyse de la documentation interne m'ont permis de relever un certain nombre d'actions antérieures en faveur d'une meilleure prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire. En 2010, la direction avait organisé l'intervention d'un dentiste formateur pour rappeler les bonnes pratiques aux professionnels soignants. Infirmières, aides-soignants, et même ASH, ont pu bénéficier de cette action sur inscription volontaire. En 2013, dans le cadre du concours des journées régionales d'hygiène organisé par l'ARLIN, un poster de sensibilisation<sup>34</sup> à l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD avait été réalisé par un groupe de travail composé du pharmacien, de l'hygiéniste, et de la préparatrice en pharmacie. Cette affiche avait été élaborée après un audit des pratiques mené auprès des professionnels et de 33 résidents. Le poster ainsi que les résultats de l'audit avaient été présentés au personnel, aux résidents et à certaines familles par le groupe de travail à l'occasion de réunions de formation-sensibilisation. Le contenu de formation avait ensuite été repris dans un livret « Importance de l'hygiène bucco-dentaire » distribué au sein de l'EHPAD<sup>35</sup>. Toujours en 2013, la direction avait exprimé, par courrier, la volonté de l'établissement à s'engager au sein d'un projet d'expérimentation de bucco-bus porté par la Mutualité Française de Lorraine. Ce projet n'a pas abouti. Les bénéficiaires de ces initiatives antérieures sont désormais éteints.

### **2.2.2 L'absence d'une réponse organisée**

L'organisation en matière d'hygiène orale n'est pas formalisée. Au niveau institutionnel, le projet d'établissement adopté fin 2014 faisait le constat d'une bonne observation de l'hygiène dentaire en secteur sanitaire de l'établissement, mais d'une insuffisance en service EHPAD. Deux axes de travail en découlaient : « Développer les soins dentaires en EHPAD et les tracer dans le plan de soins » et « Adapter les appareils et les marquer avec un stylo indélébile ». De même, la convention tripartite signée fin 2015 comportait un objectif traitant succinctement - et entre autres thématiques - de la problématique bucco-dentaire : « L'établissement s'engage à évaluer la nécessité de créer des protocoles

---

<sup>34</sup> Voir annexe 7 : Poster de sensibilisation 2013.

<sup>35</sup> Voir annexe 8 : Livret « Importance de l'hygiène bucco-dentaire ».

supplémentaires et spécifiques à la fin de vie, la dénutrition, l'incontinence, les escarres, la prévention des chutes et l'hygiène bucco-dentaire ». Ces orientations ne sont pour l'instant pas déclinées au niveau opérationnel. La documentation qualité comporte peu de consignes à l'égard du sujet. Les fiches de poste des IDE et AS n'incluent aucune mention relative au suivi de l'hygiène orale. Dans le mode opératoire « toilette au lit » comme dans celui de la « toilette au lavabo », il est précisé que « L'habillage, le coiffage et le lavage des dents ou soin de bouche termineront la toilette ». Il existe par ailleurs un mode opératoire « Soin de bouche » ; ce dernier ne précise pas dans quels cas mettre en œuvre le soin. La diversité des réponses apportées par les soignants lorsqu'il leur est demandé de décrire l'accompagnement proposé témoigne aussi de l'absence d'une démarche structurée. Chacun explique comment il procède, sa manière de faire étant différente de celle des collègues. Une aide-soignante précise que « c'est selon la sensibilité personnelle du professionnel au regard du sujet ». L'importance qu'accorde le résident à l'hygiène bucco-dentaire influencera aussi l'observance des soins. Il n'y a pas d'évaluation systématique de l'état bucco-dentaire à l'entrée du résident dans l'établissement, ni par la suite. Au moment de l'élaboration du projet de vie, c'est-à-dire sous trois mois après l'admission, l'équipe soignante procède au recueil des habitudes de vie de la personne au moyen d'un formulaire. La question suivante y figure : « Je me brosse les dents, entretien mon dentier : matin ? midi ? soir ? ». Les plans de soins personnalisés sont peu précis pour ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire, et garantissent surtout le suivi relatif aux prothèses (voir aussi 2.2.7.). Seul un soignant dit avoir été sensibilisé sur l'hygiène orale, lors de l'unique formation organisée par l'établissement en 2010. Les autres n'ont pas eu de rappel depuis leur formation initiale.

### **2.2.3 Les soins effectivement délivrés**

Malgré l'absence d'une organisation structurée, le discours des soignants converge sur un noyau de pratiques qui semblent établies. Tout d'abord, dès lors qu'un résident est dépendant et porteur de prothèses à son admission, l'entretien des appareils est systématiquement intégré au plan de soins et est observé par les aides-soignants. Les prothèses sont retirées le soir, brossées avec du dentifrice et stockées en boîte sèche, remises le matin. Le brossage des dents naturelles des résidents dépendants ne sera systématiquement mis en place que si c'est leur volonté, s'ils le demandent. Lorsque ces soins sont déterminés dès l'entrée en EHPAD, ils sont pérennisés. Pour certains résidents le brossage des dents résiduelles est assuré par la famille. L'établissement n'a aucun regard sur les pratiques d'hygiène bucco-dentaire des usagers autonomes. Certains soignants suggéreront un « Vous vous laverez les dents Madame Dupond ? », rien de plus.

#### **2.2.4 Une approche plutôt curative ou palliative des problématiques bucco-dentaires**

Les infirmières ne sont amenées à intervenir sur la sphère orale que sur alerte des aides-soignants ou du résident. Il s'agit alors de traiter une complication (aphte, mycose, abcès, lésion, etc.). Dans ces circonstances, le médecin traitant peut lui aussi être mobilisé et, si la situation l'exige, une consultation en cabinet dentaire est organisée. A noter que les quatre résidents interviewés n'ont pas vu de dentiste depuis leur entrée en institution. Il y a une dizaine d'années, un praticien libéral se déplaçait au sein de l'EHPAD pour procéder à des soins ne nécessitant pas de plateau technique (des extractions essentiellement). Ce fonctionnement n'avait pas d'orientation préventive.

Les besoins en hygiène bucco-dentaire sont bien pris en compte pour ce qui concerne les résidents en fin de vie. Les six soignants entendus dans le cadre des entretiens ont tous fait état des soins de bouche mis en place pour l'apaisement du résident mourant. Il s'agit, là aussi d'une mesure qui n'a pas de vocation préventive puisqu'elle est strictement palliative.

#### **2.2.5 Les carences du plan de soin informatisé**

Le progiciel de soins dont est équipé l'EHPAD répertorie deux soins se rapportant à l'hygiène bucco-dentaire : l'un s'intitule « soins de la bouche », l'autre « nettoyage appareils dentaires ». A mon sens, les intitulés pourraient être plus précis pour éviter tout quiproquo et mieux répondre aux besoins diversifiés des résidents (voir 1.1.3.). La cadre de santé m'a relaté son expérience d'un autre logiciel qui décompose davantage les soins d'hygiène bucco-dento-prothétique, aussi bien pour ce qui concerne les actes que pour ce qui concerne les niveaux d'aide requis par le résident. De plus, cet autre logiciel intègre un outil d'évaluation de l'état bucco-dentaire que ne propose pas notre solution. Les aides-soignantes interviewées me disent émarger le « nettoyage des appareils dentaires » après réalisation sans pouvoir me rappeler la manière dont cet acte est formulé dans le plan de soins informatisé. La cadre, quant à elle, relate que des défauts de validation sont parfois constatés. Autre travers, lors de ma journée d'observation, j'ai vu cocher machinalement les soins d'hygiène bucco-dentaires, comme s'ils faisaient partie d'un tout allant avec la toilette qui venait d'être faite. Ils n'avaient en réalité pas été délivrés. L'accompagnement en vigueur portant essentiellement sur l'entretien des prothèses des résidents dépendants, on ne retrouve généralement que ce soin dans les plans personnalisés.

#### **2.2.6 Des moyens matériels adéquats**

Le matériel nécessaire à l'observation d'une bonne hygiène ne semble pas faire défaut. Le contrat de séjour comporte une annexe indiquant au résident et à ses proches la liste

des fournitures qu'il convient d'apporter à l'entrée en EHPAD. Le nécessaire d'hygiène bucco-dento-prothétique y est décrit. Pour le renouvellement de ces consommables, une fiche de liaison soignants-familles est en place dans l'établissement ; ce dispositif fonctionne bien. Aux résidents appareillés, la pharmacie à usage intérieur fournit une boîte sèche pour le rangement des prothèses. C'est une pratique héritée de l'activité sanitaire de l'hôpital porteur de l'autorisation de l'EHPAD : les patients de SSR recevaient systématiquement une boîte à leur admission. Les kits pour soins de bouche sont fournis par la PUI et sont à disposition des soignants à l'infirmerie.

### **2.2.7 Un accompagnement perçu comme insuffisant par les professionnels...**

Les professionnels interviewés sont unanimes quant à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire pour la santé orale. Sans qu'ils fassent preuve de précision, ils ont tous connaissance de la multitude des conséquences potentielles d'une dégradation de la santé bucco-dentaire sur la santé générale et la qualité de vie. Tous sont capables de citer plusieurs exemples (répercussions cardio-vasculaires, respiratoires, nutritionnelles, etc). Ils ont conscience de la fragilité orale des personnes âgées et de leur dépendance quant à la réalisation des soins d'hygiène. Le médecin coordonnateur estime que l'observation de l'hygiène bucco-dento-prothétique devrait être quotidienne pour tous les résidents, au minimum le soir avant le coucher. Quatre professionnels, sur les sept entendus, évaluent la réponse de l'établissement comme étant insuffisante. Tous pensent qu'elle devrait être améliorée. Cependant, aucun des interviewés ne semble prendre la mesure de sa responsabilité en tant que professionnel en matière de prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire. Pour eux, la responsabilité de l'institution n'est pas plus évidente. Les professionnels sont loin de considérer que cette carence de la réponse établissement pourrait bafouer certains droits des résidents.

### **2.2.8 ... mais satisfaisant pour les usagers**

Les usagers interviewés sont peu avertis des liens entre santé bucco-dentaire, santé générale et bien-être. La seule relation qu'ils établissent - unanimement d'ailleurs - concerne les conséquences sur la nutrition et le plaisir de manger. Ils s'expriment encore moins sur le sujet spécifique de l'hygiène orale, et ne l'identifient pas clairement comme une mesure de prévention. Les quatre résidents entendus attestent d'un état bucco-dentaire dégradé mais, paradoxalement, ils évaluent le suivi dont ils bénéficient comme étant suffisant. Notamment parce qu'ils savent pouvoir compter sur l'équipe soignante en cas de problèmes bucco-dentaires. Ils disent tous être totalement autonomes quant à leur hygiène orale et ne pas avoir besoin de l'intervention des soignants. Pourtant, j'estime que seul l'un d'entre eux est en mesure d'y satisfaire convenablement<sup>36</sup>. L'audit réalisé en

---

<sup>36</sup> Il s'agit d'une appréciation personnelle. Elle est fondée sur ma perception, non médicale, des capacités physiques et cognitives des résidents que j'ai pu observer lors des entretiens.

2013 (voir 2.2.1.) montrait que seulement 55 % des résidents dépendants avaient recours à une aide pour le brossage, 20 % n'avaient pas d'hygiène bucco-dentaire et 25 % assuraient leur hygiène bucco-dentaire seuls. Chez les résidents non-dépendants, 85 % assuraient seuls leur hygiène bucco-dentaire et les autres n'avaient aucune hygiène. Le résident dont j'ai reçu la femme pour un entretien est dépendant pour son hygiène orale, mais il n'a jamais été sensible à cela. Son épouse sait que l'équipe soignante s'en occupe, mais elle ignore en quoi consiste le suivi. Le seul point d'insatisfaction formulé par les usagers est la difficulté d'accès à un cabinet dentaire une fois institutionnalisés. Les cinq interviewés estiment que c'est « compliqué », et deux résidents disent ne plus se rappeler de leur dernière visite. C'est pour faire refaire leurs prothèses - cassées, devenues inadaptées, égarées - qu'ils aimeraient consulter un dentiste. En définitive, les résidents ne voient pas l'observance de l'hygiène orale comme une composante de la prise en charge qui leur serait due par l'établissement au regard de leur droits en qualité d'usagers. Les procès-verbaux du conseil de la vie sociale ne relatent aucune discussion sur le sujet.

## **2.3 Identification des freins et contraintes au déploiement d'un accompagnement adéquat**

### **2.3.1 Freins et contraintes relevant des usagers**

Les résidents avec lesquels je me suis entretenu sont tous conscients du mauvais état de leurs dents. Comme indiqué plus haut, ils sont aussi tous au fait de l'enjeu d'une bonne santé orale pour la fonction masticatoire. Paradoxalement, je constate qu'ils sont satisfaits de l'accompagnement à l'hygiène dentaire proposé par l'établissement, aussi minimaliste soit-il. En fait, les résidents sont peu en demande. Une aide-soignante l'exprime ainsi : « il y a des résidents qui ne demandent rien tant que ça ne fait pas mal ». Sa collègue dit même ne pas avoir « souvenir de résidents lui ayant demandé quoi que ce soit par rapport à l'hygiène bucco-dentaire ». Les seules sollicitations relevées par les soignants sont formulées par des résidents dépendants qui demandent une aide pour enlever ou remettre leurs prothèses. Ce phénomène peut être expliqué par plusieurs raisons.

Tout d'abord, c'est une question de parcours de vie. Les besoins en matière d'hygiène bucco-dentaire sont souvent ignorés ou minimisés par les générations actuelles de personnes âgées institutionnalisées. Comme l'exprime la directrice de l'hôpital, « les résidents vont être plus ou moins sensibles à ce besoin d'hygiène. Cela dépend surtout de leur éducation, de leurs habitudes de vie. Pour les anciennes générations, l'hygiène dentaire ne revêt peut-être pas la même importance que pour les résidents qui vont bientôt arriver dans les EHPAD. En effet, c'est un sujet qui, à l'époque, n'était pas autant

mis en avant par des campagnes de sensibilisation nationales, des spots publicitaires, etc. »

D'autre part, avec l'âge, une certaine lassitude s'installe à l'égard des soins d'hygiène courants, et la propreté bucco-dentaire n'est pas épargnée. Une infirmière remarque que « chez les personnes âgées, l'hygiène est un réflexe qui se perd, ça leur passe au-dessus de la tête » et une aide-soignante fait le même constat.

Si les résidents expriment peu d'attentes en matière d'hygiène orale, ils peuvent aussi carrément s'y opposer en refusant de recevoir les soins. Ainsi, les personnes qui n'ont pas eu l'habitude de se brosser les dents régulièrement peuvent faire obstacle à l'intervention du soignant. Une infirmière, de remarquer : « on peut essayer des refus de soins tout comme on peut en avoir pour la toilette ». Selon un article sur la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes publié dans la Revue de Gériatrie<sup>37</sup>, « la dimension psychique de l'oralité s'intègre dans un geste qui pourrait apparaître agressif, intrusif ou violent ». Le phénomène est accentué par l'état de démence et des réactions agressives peuvent effectivement survenir. Tous les soignants entendus en attestent : « il n'est pas évident de faire ouvrir la bouche aux personnes démentes » ; « bien souvent, ils referment la bouche, ils nous pincent » ; « les personnes démentes ont tendance à refuser ce soin même s'il faisait partie de leurs habitudes avant que les troubles cognitifs surviennent ». A noter qu'en situation de refus de soins, l'équipe soignante est confrontée à un véritable dilemme, celui de devoir trouver le juste positionnement pour répondre au besoin en soin tout en respectant la liberté de la personne.

Enfin, à mesure que la dépendance physique augmente, le résident perd en dextérité ce qui compromet sa capacité à réaliser lui-même son hygiène. Aussi, lorsqu'une démence s'installe, le résident peut perdre ses bonnes habitudes d'hygiène ou encore ne pas être en mesure de continuer à exprimer ses besoins du fait de la désorientation. Ainsi, un résident qui s'occupait correctement de son hygiène dentaire peut la délaisser ou ne pas demander aux équipes soignantes de prendre le relais. Ce qui montre, là encore, le réel intérêt d'un accompagnement structuré et maîtrisé par l'établissement.

### **2.3.2 Freins et contraintes relevant des soignants**

Les propos recueillis lors de mes entretiens avec les professionnels de l'EHPAD corroborent les conclusions d'une étude publiée dans la revue *Hygiènes* en 2012, et intitulée « Réticences des soignants à réaliser les soins bucco-dentaires chez les patients âgés institutionnalisés : la théorie des trois engrenages ». Les facteurs qui entravent la dispensation des soins d'hygiène bucco-dentaire par le personnel auprès des résidents

---

<sup>37</sup> SOHDEV, *Op.cit.* p. 3.

sont : les contraintes organisationnelles, le manque de formation, la perception qu'ont les soignants de ces soins et leurs idées reçues.

Parmi les difficultés imputables à l'organisation, c'est la contrainte « temps » qui est ressentie comme frein majeur (citée par les sept professionnels entendus). Les soignants disent « ne déjà pas avoir le temps pour les autres tâches » ou « ne pas avoir la possibilité de passer plus de temps avec les résidents pour une bonne qualité des soins », parce qu'ils ne sont « pas assez nombreux ». Pour l'encadrement, la contrainte « temps » est une réalité mais qui mérite d'être nuancée. Elle constitue aussi un motif réflexe, systématiquement invoqué par les soignants - et quel que soit le sujet - lorsqu'il s'agit de remettre en question ou d'améliorer les pratiques. A cet égard, l'enquête sus citée précise que « ... même si le personnel soignant n'avait pas l'impression d'être surchargé, les soins bucco-dentaires n'étaient pas assurés. »

Pour la cadre de santé et le médecin coordonnateur, l'absence d'organisation structurée et le manque de connaissances expliqueraient davantage la faible implication des soignants dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire. Les paroles des soignants en attestent d'ailleurs : « je sais que ça doit faire partie de la toilette, mais c'est tout » ; « je n'ai pas été formée depuis l'école d'AS ». Une formatrice en IFAS<sup>38</sup>, avec laquelle j'ai eu l'occasion d'en discuter, m'a confirmé que le cursus inclut un cours d'une demi-journée délivré par un dentiste. Cependant, elle explique que des travers sont relevés dès les évaluations des élèves sur leurs terrains de stage, lors de leur mise en situation professionnelle (ou MSP) : « On constate que les soins bucco-dentaires sont oubliés parce que les élèves copient les pratiques des professionnels de leurs lieux de stage qui ne les font pas ». Il est peu probable qu'un élève qui délaisse l'hygiène bucco-dentaire dès ses stages de formation, la réintègre spontanément dans ses pratiques une fois professionnel.

Le manque de temps et les carences en formation-sensibilisation ne sont pas les seules contraintes à prendre en compte. Malgré une bonne connaissance des enjeux pour la santé et la qualité de vie, les soignants perçoivent l'hygiène bucco-dentaire comme un soin de confort qui, dans leur échelle des priorités, figure parmi les tâches de seconde importance. Il apparaît qu'ils s'intéressent davantage à la sphère orale lorsqu'il y a une complication (voir 2.2.4.). A l'inverse de la toilette intime, l'hygiène buccale n'est donc pas considérée comme faisant partie des « indispensables ». La cadre de santé précise que « les soins d'hygiène bucco-dentaire sont oubliés, parce qu'ils ne sont pas intégrés comme faisant partie du B.A.-BA. On lave les fesses mais pas la bouche ». « La bouche est oubliée parce qu'on ne la voit pas. On rase un homme mais on ne lui brosse pas les dents », dit une aide-soignante. Selon une autre collègue, « même si c'est un soin que l'on a toutes appris à l'école, c'est sorti de nos habitudes, ce n'est pas dans nos mœurs ».

---

<sup>38</sup> Institut de formation des aides-soignants.

Les soignants pensent aussi qu'il s'agit de soins « compliqués » et systématiquement « chronophages », cette perception des choses étant intimement liée à l'absence de formation et d'une organisation clairement établie. Ils évoquent par exemple des difficultés à installer correctement le patient, ou encore à faire « rincer la bouche et recracher ». Lorsqu'ils les caractérisent comme « compliqués », c'est aussi parce qu'ils savent que les résidents sont parfois réfractaires à ces soins considérés comme intrusifs et peuvent avoir des réactions agressives qu'ils ne savent pas gérer. La négligence de l'hygiène bucco-dentaire par les résidents eux-mêmes a également un caractère décourageant vis-à-vis des soignants.

Enfin, les actes d'hygiène orale suscitent a priori une certaine sensation de dégoût auprès des professionnels. Pour procéder à ces soins, ils doivent surmonter leur crainte d'être confrontés à des odeurs et visions qui peuvent être répugnantes. « Bouches dégradées et sales », « chiques et chicots », « résidus alimentaires », « crachats », et autres « sécrétions », sont autant de termes employés avec une connotation plutôt négative par les interviewés.

### **2.3.3 Freins et contraintes relevant de l'institution**

A l'échelle de l'établissement, le plus gros obstacle au déploiement d'une prise en charge adaptée de l'hygiène bucco-dentaire est tout simplement l'absence de dynamique en ce sens. Comme cela transparait dans les éléments de diagnostic précédents, une telle démarche ne peut être efficacement mise en place sans être insufflée au niveau institutionnel, c'est à dire portée avec engagement par la direction. Il appartient au directeur, en collaboration avec le médecin coordonnateur et la cadre de santé, de structurer une réponse de qualité. C'est un travail qui nécessite beaucoup de communication, ainsi que des moyens humains et organisationnels.

Cependant, les outils de mesure de la dépendance et des besoins en soins des résidents, AGGIR et PATHOS, ne tiennent pas compte de l'hygiène et des soins bucco-dentaires. Le calcul des forfaits globaux de financement des EHPAD pour les sections « soins » et « dépendance » s'appuient sur les scores GMP et PMP déterminés au moyen de ces outils. Il en découle que la prise en charge des besoins de la sphère orale au sein des maisons de retraite n'est à ce jour pas valorisée par des recettes (produits de la tarification). Pour développer l'accompagnement à l'hygiène orale, il faut donc parvenir à mobiliser les aides-soignants sans moyens supplémentaires ni moyens dédiés. Or, le fonctionnement de l'établissement est déjà très contraint. Les scores GMP et PATHOS ont fortement augmenté depuis la signature de la convention tripartite et les moyens alloués ne seront pas réévalués avant l'entrée en vigueur du CPOM au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Les équipes font aujourd'hui face à une charge de travail conséquente et affirment manquer de temps pour s'occuper de l'hygiène bucco-dentaire. Quelques aides à la

toilette doivent d'ailleurs être confiées aux ASH. De plus, un fort taux d'absentéisme est enregistré.

Toutefois, l'absence d'une prise en charge adaptée de l'hygiène dentaire pourrait contribuer à dégrader encore les conditions de fonctionnement. En effet, si la santé orale des résidents n'est pas préservée, il faut s'attendre à des répercussions sur leur santé générale et leur état psychologique, lesquelles conduiront inévitablement à alourdir la charge en soins et le besoin en accompagnement de la dépendance. Le surcroit de travail engendré risque de favoriser l'épuisement professionnel et d'affecter le climat social. Le directeur doit donc voir ici un intérêt de plus à développer une prise en charge de l'hygiène orale.

## **2.4 Facteurs clés de succès**

Le dernier thème de mon guide d'entretien m'a permis d'identifier un certain nombre de leviers au service de la mise en place de l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD. Les suggestions viennent uniquement des professionnels et sont, une fois de plus, en accord avec les retours d'expériences dont j'ai pris connaissance dans mes lectures. En définitive, un projet d'accompagnement réussi s'appuiera sur les incontournables suivants :

- L'engagement de l'établissement porté par le trio directeur/médecin coordonnateur/cadre de santé ;
- L'organisation de la prise en charge par la création d'outils et de documentation interne, de manière à donner des repères et homogénéiser les pratiques à appliquer ;
- La formation régulière des professionnels pour faire tomber certaines de leurs idées reçues et autres perceptions négatives de l'hygiène orale, et pour instaurer une véritable culture de la santé bucco-dentaire ;
- La sensibilisation des usagers pour palier à leur méconnaissance, leur découragement ou leur négligence au regard de l'hygiène bucco-dentaire.

Le plan d'action que je propose en 3<sup>ème</sup> partie ne manque pas de reprendre ces éléments. Sans avoir la prétention de lever l'ensemble des freins et contraintes identifiés lors du diagnostic, il tente de réunir le maximum de conditions favorables à la mise en place d'une prise en charge adaptée et pérenne.

### **3 PARTIE III : Préconisations pour un projet d'accompagnement adapté et pérenne**

#### **3.1 Un engagement fort de la direction qui doit porter le projet**

Le directeur est le garant du respect des droits des usagers et est responsable de la définition de la politique institutionnelle dans toutes ses dimensions. Le déploiement d'une démarche d'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire est un projet qui doit justement être porté au plus haut niveau au sein de l'établissement. Comme mon diagnostic l'a fait ressortir, sa réussite nécessite l'adhésion de tous les acteurs concernés, à savoir les professionnels, les résidents et leurs familles. Cette mobilisation ne peut se faire sans le leadership de la direction qui doit initier, soutenir, promouvoir la démarche. Il revient au directeur d'affirmer la volonté de l'établissement à faire de l'hygiène bucco-dentaire une composante systématique et maîtrisée de la prise en charge des résidents. Le directeur montrera qu'il en relève du respect des droits des résidents et des obligations de la structure. M'appuyant sur les deux autres acteurs du management de l'EHPAD que sont le médecin coordonnateur et la cadre de santé, je m'attacherai donc à :

- Déterminer la finalité et les objectifs de cette prise en charge spécifique au regard des besoins des résidents et en fonction des possibilités de l'établissement

Le projet de soin, second volet du projet d'établissement, est à mon sens le support prévu à cet effet. Je demanderai donc au médecin coordonnateur d'en proposer une révision dans laquelle la politique de prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire sera clairement intégrée. La signature du CPOM n'étant prévue que pour 2019, elle est trop tardive pour que je puisse utiliser le contrat comme vecteur de la politique institutionnelle au niveau de la prise en charge bucco-dentaire. Il n'empêche que le sujet y sera intégré en temps voulu et en tenant compte du niveau d'avancement atteint.

- Définir l'organisation à mettre en œuvre

Il s'agira de concevoir tout le contenu organisationnel nécessaire à l'exécution d'un accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire adapté aux besoins de nos résidents. Par contenu organisationnel, j'entends tout d'abord la définition des responsabilités de chacun des intervenants dans le processus de prise en charge. L'actualisation des fiches de postes y contribuera. De plus je veillerai à la mise en place de l'ensemble des procédures et protocoles décrivant les pratiques appropriées en fonction des différents besoins des résidents. Enfin je m'assurerai que les outils de prise en charge intègrent comme il se doit un volet relatif au suivi de l'hygiène orale : plan de soin, plan d'accompagnement personnalisé.

- Assurer la disponibilité des ressources nécessaires à l'atteinte de ces objectifs

Je pense en premier lieu nommer un référent en santé orale qui sera l'émissaire de l'accompagnement à l'hygiène dentaire au sein de l'établissement. Je constituerai aussi une équipe projet qui sera chargée de déployer le projet au niveau opérationnel. Bien évidemment, en tant que directeur, je participerai aux réunions décisives du groupe de travail. Sur la base de l'organisation qui aura été définie je demanderai à la cadre de santé d'évaluer la charge en soins correspondante. Nous déterminerons ensemble, et avec la contribution des équipes, la manière d'intégrer cette prise en charge dans leur temps travail. Autant que faire se peut, je rechercherai des financements ou d'autres contributions permettant de soutenir le déploiement du projet.

- Garantir l'application de l'organisation définie et favoriser le maintien de la dynamique dans le temps

La formation régulière des différents acteurs constitue la mesure majeure que j'envisage en faveur du respect des bonnes pratiques et de la pérennité de la démarche. Par ailleurs, un contrôle régulier de la bonne exécution des actes d'hygiène et des mesures d'accompagnement par l'équipe soignante devra être assuré par le cadre de santé.

- Mesurer les résultats de la démarche

Je définirai les indicateurs permettant de constater le niveau d'atteinte des objectifs pour pouvoir ajuster les actions en conséquence. Je responsabiliserai les différents acteurs sur leur suivi.

C'est sur la base de ces grands principes que je compte affirmer l'implication de la direction, et donc de l'institution toute entière, sur le projet. Les actions qui en découlent sont déclinées dans les sous-chapitres qui suivent.

### **3.2 Un état des lieux comme point de départ**

Le diagnostic que j'ai établi pour construire le présent plan d'action est le fruit d'un travail autonome. Or je pense que pour faciliter une prise de conscience collective au sein de l'établissement, il est pertinent de faire participer les professionnels dès ce stade, c'est-à-dire de les associer à la mesure des écarts à rattraper. Je propose donc de débiter la démarche par la conduite d'un « quick-audit » que je confierai à l'équipe projet. Il sera mené auprès de l'ensemble des agents. Ce mini audit permettra à tous les professionnels concernés de constater le degré de maturité de la politique d'accompagnement à l'hygiène bucco-dento-prothétique de l'établissement. Il pourra s'appuyer sur un outil d'auto-évaluation développé par SOHDEV en partenariat avec l'Equipe Sectorielle de Prévention du Risque Infectieux des Hospices Civils de Lyon<sup>39</sup>. Cette grille d'analyse tient compte du degré de dépendance des résidents, et porte sur une série de critères répartis

---

<sup>39</sup> <http://www.sohdev.org/manuel-autoevaluation>

en 5 catégories : politique d'hygiène bucco-dentaire, organisation avant l'entrée du résident et en cours de séjour, matériel mis à disposition, actions de formation, protocoles. Le manuel d'auto-évaluation est mis à disposition des professionnels de santé accompagnant les personnes âgées sur simple demande en ligne sur le site internet de l'auteur. Les résultats de cet audit feront l'objet d'une communication à tout le personnel.

### **3.3 Rechercher les partenariats et financements**

Ne pouvant aspirer à l'octroi de moyens supplémentaires sur les dotations forfaitaires « dépendance » et « soins » de l'établissement, j'assurerai une veille des opportunités de financement ponctuelles. Ainsi, je consulterai régulièrement les appels à projet publiés sur le site de l'ARS Grand Est et par la CNSA. Je formulerai des demandes de Crédits Non Reconductibles pour financer la formation du personnel. Les deux dernières campagnes de CNR de l'ARS Grand Est faisaient justement figurer « les soins bucco-dentaires » parmi les objectifs de formation continue éligibles. Je rechercherai, dans le Projet Régional de Santé 2018-2027 à paraître, les orientations relatives à la thématique et évaluerai comment inscrire notre action en réponse à ces objectifs. L'idée est de se montrer force de proposition. Afin de positionner favorablement l'établissement par rapport à toute possibilité de financement ponctuelle je valoriserai les initiatives engagées par des actions de communication ou de simples remontées d'information vers les tutelles.

Je rechercherai aussi tout appui extérieur pouvant contribuer à notre démarche. Je pense notamment à faire appel aux étudiants de la faculté d'odontologie de Nancy, à l'antenne locale de l'UFSBD, et aux dentistes libéraux de la ville. Leur contribution pourra, par exemple, consister à participer à une réunion de notre groupe de travail pour apporter un appui technique, ou fournir des supports didactiques, ou encore animer une session de sensibilisation dans l'établissement. Obtenir une participation des praticiens libéraux serait de plus un premier pas vers la mise en place d'un partenariat ville-EHPAD sur la prise en charge bucco-dentaire. Ceci contribuerait à avancer sur la problématique d'accès aux soins dentaires en cabinet mise en évidence par les résidents rencontrés en entretiens.

### **3.4 Désigner un référent au sein de l'établissement**

L'IDE hygiéniste qui avait été à l'origine du projet de sensibilisation développé en 2013 (voir 2.2.1.) me semble réunir les compétences et la motivation nécessaires<sup>40</sup>. Je lui proposerai donc de devenir référent en santé orale et de consacrer une partie de son temps dédié à l'activité d'hygiéniste à cette fin. Il se trouve que depuis la fermeture du secteur sanitaire de l'établissement, son action pour la maîtrise de l'hygiène hospitalière

---

<sup>40</sup> Notamment parce qu'il manifeste une appétence particulière pour le sujet et parce qu'il a démontré sa capacité à former et à mobiliser les équipes au travers de son action en qualité d'hygiéniste.

s'est largement réduite. En qualité de référent en hygiène bucco-dentaire il sera chargé d'animer au quotidien la politique de prise en charge bucco-dentaire définie par la direction. Il s'agit d'un rôle d'ambassadeur et d'expert à la fois, je veillerai à positionner l'agent comme tel auprès de l'ensemble du personnel dès le lancement du projet. L'organigramme actuel de l'établissement fait apparaître les différentes références internes (IDE hygiéniste, IDE soins palliatifs, IDE douleur, IDE bientraitance). Une révision de cet organigramme intégrera le référent en hygiène bucco-dentaire. Par ailleurs, j'envisage de lui faire suivre la formation de formateur proposée par l'UFSBD, car c'est lui qui sera chargé de sensibiliser les nouvelles recrues et de dispenser des formations de recyclage en interne. Son action inclura également l'organisation d'opérations de sensibilisation auprès des résidents et familles. Il sera d'ailleurs l'interface entre les familles et les résidents pour les sujets relatifs à l'hygiène dentaire. Il conseillera les équipes en cas de doute sur le protocole d'hygiène personnalisé à mettre en œuvre pour un résident, mais aussi sur toute autre question sur les pratiques. Enfin, concernant les pratiques, il sera chargé de les évaluer régulièrement (EPP). A terme, cette compétence d'infirmier référent en hygiène bucco-dentaire pourra être mutualisée dans le cadre la direction commune instaurée au 1<sup>er</sup> janvier 2017 entre l'hôpital porteur de l'EHPAD, un autre (ex-)hôpital local et deux maisons de retraites.

### **3.5 Constituer une équipe projet**

Je constituerai une équipe projet qui sera chargée de produire le travail nécessaire au déploiement de la démarche au niveau opérationnel. Cette équipe sera composée :

- du médecin coordonnateur en tant que responsable médical et de la politique de prise en soin de l'établissement ;
- de la cadre de santé en tant que cheffe des équipes soignantes ;
- du référent interne en hygiène bucco-dentaire ;
- du qualitatif pour la rédaction des supports organisationnels et ses compétences en conduite de projet et évaluation des résultats ;
- de l'IDE référente « bientraitance » pour que le lien entre hygiène bucco-dentaire et bientraitance soit identifié dès le départ ;
- et deux AS sélectionnées pour leur caractère volontaire et fédérateur.

### **3.6 Former le personnel soignant**

Les retours d'expériences disponibles<sup>41</sup> identifient la formation des professionnels comme étant une pièce maîtresse de tout plan d'action en faveur d'une meilleure prise en charge

---

<sup>41</sup> *ABBE DENIZOT Anne et collectif. Santé bucco-dentaire : Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées. Retraite complémentaire AGIRC-ARRCO, Union Française pour la Santé Bucco-dentaire (UFSBD), 2017 (édition actualisée). p. 30.*

de la problématique bucco-dentaire en EHPAD. J'en fais également une action clé pour la réussite de mon projet. En effet, la formation du personnel est un levier essentiel pour :

- Aider les soignants à prendre conscience de leur rôle au regard de l'hygiène orale des résidents ;
- Aider les soignants à revenir sur certaines de leurs perceptions négatives et idées reçues (pour exemples : la contrainte « temps » peut être atténuée par une bonne maîtrise de la technique ; il existe des stratégies pour faire coopérer un résident dément ; le soin d'hygiène dentaire peut devenir un soin « bien-être » au lieu d'être perçu comme un soin intrusif ; on peut faire du soin d'hygiène dentaire un soin « motivation » comme il existe des toilettes « motivation », etc.) ;
- Avoir le niveau de connaissances et de compétences pour organiser la réponse de l'établissement en matière d'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire des résidents ;
- Avoir le niveau de connaissances et de compétences nécessaires pour une bonne exécution des soins mais aussi pour pouvoir donner une information et une éducation thérapeutique aux résidents et à leur familles ;
- Maintenir la dynamique institutionnelle autour du sujet.

Au lancement du projet, je compte planifier une première action de formation à destination des membres du groupe de travail afin de leur donner les bases pour construire le projet d'accompagnement de l'établissement. Comme indiqué plus haut, l'IDE référent suivra quant à lui un programme « formateur en hygiène bucco-dentaire ». Enfin des sessions seront organisées pour les aides-soignantes et les IDE.

En termes de coût, je prendrai pour référence le devis<sup>42</sup> relatif à la « Formation théorique et pratique à l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD » délivrée par l'UFSBD. Il faut compter 1644 € pour 12 stagiaires soit 4932 € pour former les 38 professionnels de l'EHPAD (7 IDE et 31 AS). Ce budget sera pris en charge sur le plan de formation de l'établissement. Il s'agit d'une hypothèse haute dans la mesure où des partenariats gratuits pourraient être créés avec les étudiants de la faculté dentaire et les dentistes de la ville.

Par la suite, le maintien des connaissances sera assuré par l'IDE référent qui organisera et exécutera chaque année un plan de formation interne. Au cas échéant, il lui reviendra de mesurer l'intérêt de faire intervenir à nouveau un formateur extérieur et de m'en avvertir.

### **3.7 Etablir une organisation de la prise en charge**

#### **3.7.1 Evaluer régulièrement l'état bucco-dentaire et les besoins en soins**

Il est indéniable que pour pouvoir prendre en charge l'hygiène dentaire d'une personne âgée, il faut préalablement connaître ses besoins, ceux-ci étant fonction de son statut

---

<sup>42</sup> Voir annexe 9 : Devis formation UFSBD.

dentaire et de son autonomie (voir aussi 1.1.3.). A leur admission au sein de l'établissement, les résidents bénéficieront d'une évaluation initiale réalisée par un soignant formé à cet effet. Elle portera à la fois sur :

- Leur état bucco-dentaire et prothétique

Pour évaluer l'état bucco-dentaire, je préconise l'utilisation de la grille OAG (Oral Assessment Guide), développée par Eliers et Nachnanni en 2005 et qui fait référence. Des adaptations de cet outil existent en version informatique, comme modules complémentaires des logiciels de soins. Je me rapprocherai de l'éditeur de notre plan de soins informatisé pour évaluer l'opportunité d'une telle acquisition. Pour ce qui concerne les prothèses, il suffira simplement de prévoir un relevé du degré d'édentement et du nombre et de la qualité des prothèses (haut, bas, partielle, totale, adaptée ou pas, défectueuse, blessante, etc.).

- Leurs capacités physiques pour ce qui concerne la réalisation des gestes d'hygiène et le niveau d'aide requis.

A noter que ce point est déterminant puisque l'autonomie des résidents devra être favorisée dans la démarche d'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire. Il ne s'agit pas de « faire à la place de » mais plutôt de privilégier le « faire faire » ou l'« aider à faire ».

- Leurs capacités cognitives.

Il s'agira notamment d'évaluer leur niveau de coopération et de conscience de la situation en cas de démence.

Systématiquement intégrée au bilan d'entrée, cette évaluation devra être renouvelée tous les six mois ainsi qu'en cas d'évolution de la dépendance du résident (score GIR) ou changement soudain de son statut dentaire (ex. : perte de toutes les dents, prothèse cassée et non renouvelée, etc.).

Le bilan bucco-dento-prothétique sera aussi proposé aux 110 résidents actuels de l'EHPAD. En fonction des résultats, les stratégies individuelles d'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire seront mises en œuvre par application des protocoles établis pour répondre à chaque situation.

Au cas échéant, l'équipe soignante pourra, sur la base de ce bilan, suggérer une consultation en cabinet dentaire pour recevoir des soins.

### **3.7.2 Systématiser les stratégies d'accompagnement individualisé en fonction des besoins identifiés**

Une fois l'outil d'évaluation élaboré, je demanderai à l'équipe projet de rédiger les protocoles de soins. Ces derniers devront couvrir la totalité des besoins pouvant relever de chacune des situations dans lesquelles peuvent se trouver les résidents. Le groupe de travail pourra s'inspirer des 8 protocoles élaborés par SOHDEV dans son « Référentiel de

prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes »<sup>43</sup> : « Brossage dentaire de la personne âgée autonome » ; « Brossage dentaire de la personne âgée partiellement autonome » ; « Brossage dentaire de la personne âgée dépendante » ; « Entretien des prothèses dentaires » ; « Soins des muqueuses de la bouche » ; « Soins de bouche du patient dément opposant » ; « Application médicamenteuse complémentaire » ; et « Hygiène bucco-dentaire en soins palliatifs ». Ces protocoles peuvent être utilisés seuls ou être cumulés ; c'est selon l'état bucco-dentaire du résident et son degré d'autonomie au regard des actes d'hygiène. Je chargerai ensuite le groupe de travail de proposer un diagramme d'aide à la décision qui permettra d'orienter les équipes de soins, lors de leur concertation sur l'accompagnement à mettre en œuvre pour un résident donné. En d'autres termes, cet outil aidera à définir quel(s) protocole(s) activer en fonction du profil du résident.

### **3.7.3 Adapter la documentation qualité existante**

La qualicienne, avec le concours du reste de l'équipe projet, devra mettre à jour les modes opératoires « toilette » pour y intégrer l'hygiène bucco-dentaire en tant qu'étape systématique. Les fiches de postes des IDE et des aides-soignantes mentionneront leurs responsabilités en la matière.

### **3.7.4 Adapter les outils de la prise en soins et assurer le suivi quotidien des soins**

La cadre de santé sera chargée, toujours en concertation avec le groupe de travail, de modifier le plan de soin informatisé pour que les items nécessaires à la mise en œuvre et à la traçabilité de l'accompagnement défini y apparaissent. Le diagramme de soins (outil de prise en soin individualisé) devra lui aussi être mis à niveau en ce sens. Lors des réunions de transmissions soignantes, ces outils faciliteront le suivi quotidien de la prise en charge bucco-dentaire.

## **3.8 Sensibiliser les résidents et les familles**

J'envisage bien évidemment l'accompagnement à l'hygiène orale dans le respect des principes de libre choix, consentement et participation du résident. Il ne s'agit pas d'imposer ce soin à des personnes qui pourraient être dans l'ignorance quant à leur besoins en la matière et aux enjeux de santé correspondants. L'action de l'établissement doit davantage s'inscrire dans une logique d'éducation thérapeutique. Par la sensibilisation, il faut encourager les usagers à adopter des comportements favorables à leur santé bucco-dentaire et indirectement à leur santé globale et à leur confort de vie. Cette sensibilisation passera par des actions diverses, coordonnées par l'IDE référent. Il pourra s'agir d'ateliers ludiques élaborés avec le concours de l'équipe d'animation, de

---

<sup>43</sup> SOHDEV, *Op.cit.* p. 3, pp. 11-24.

publications informatives dans la gazette des résidents, ou encore d'une journée thématique de type « portes ouvertes », etc. Les soignants, par leur discours quotidien auprès des résidents, y contribueront également. A fortiori les infirmières, pour lesquelles l'éducation à la santé fait partie du rôle propre. Enfin, je prévois qu'une brochure de sensibilisation élaborée par l'équipe projet soit remise à chaque résident entrant et à sa famille.

### **3.9 Prévoir un dispositif d'évaluation**

L'évaluation de l'accompagnement portera sur plusieurs dimensions. Ci-dessous, celles auxquelles je pense a priori.

#### **3.9.1 Indicateurs et RAMA**

Un ensemble d'indicateurs devront être déterminés par l'équipe projet pour suivre la démarche de prise en charge de l'hygiène orale. Il pourra s'agir d'indicateurs de moyens et de résultats. A priori, je pense à mesurer : le nombre d'évaluations bucco-dentaires réalisées par an, la part de résidents bénéficiant d'une aide pour leur hygiène, le nombre de soignants ayant reçu la formation de base externalisée, le nombre de soignants ayant reçu le recyclage en formation interne, le nombre de résidents ayant bénéficié d'une action de sensibilisation, la part de résidents en régime « mixé » et son évolution, le nombre de consultations dentaires pour complication et son évolution, etc. Certains de ces indicateurs pourront être repris dans une thématique spécifique du Rapport d'Activités Médicales Annuel relevant de la responsabilité du médecin coordonnateur. Ils pourront ainsi être communiqués auprès de la commission gériatrique.

#### **3.9.2 Mesure de la satisfaction des usagers**

Je demanderai à la qualitiennne de faire évoluer le questionnaire de satisfaction de manière à ce qu'il inclue une évaluation de la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire par les résidents et leur entourage.

#### **3.9.3 Evaluation des pratiques professionnelles**

Des évaluations de pratiques professionnelles seront conduites par l'infirmier référent en hygiène orale avec la contribution de la qualitiennne.

#### **3.9.4 Rapport d'évaluation interne**

J'inclurai la thématique bucco-dentaire à la procédure d'évaluation interne. Ce dispositif constitue un cadre qui se prête lui-aussi à l'auto-évaluation des pratiques en la matière.

### **3.9.5 Remontées d'évènements indésirables**

A mesure que la sensibilisation des équipes s'installera, des fiches de signalement se rapportant à la thématique bucco-dentaire pourront être produites. Leur analyse servira elle-aussi l'évaluation de l'accompagnement déployé.



## Conclusion

La santé orale des résidents d'EHPAD est alarmante. L'hygiène bucco-dentaire, mesure préventive de premier ordre, n'est pour autant pas optimale au sein des établissements. Cela tient à la dépendance physique et aux troubles cognitifs qui compromettent la réalisation des gestes, aussi bien par les résidents eux-mêmes que par les professionnels. Les habitudes de vie des personnes hébergées et leur éducation sont également en cause. Quant aux soignants, ils manquent généralement de formation, et certains ont des préjugés voire une perception négative des soins d'hygiène bucco-dentoprothétique. La charge de travail des équipes, la contrainte « temps », l'absence de moyens dédiés et le manque de sensibilité des directions au regard du sujet sont également identifiés parmi les freins.

Le développement d'un accompagnement de qualité en matière d'hygiène orale en EHPAD doit donc s'appuyer, en premier lieu, sur une politique portée par le directeur. Il travaillera en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur, puisque c'est à ce dernier que reviennent l'élaboration du projet de soin et l'encadrement médical de l'équipe soignante. Le chef d'établissement, en tant qu'interlocuteur des acteurs locaux et des organismes financeurs, devra rechercher les partenariats et mobiliser les ressources qui épauleront le projet. Il devra également veiller à ce qu'une organisation structurée soit déployée. Il s'agit de donner des repères aux professionnels qui souvent manquent de méthode, et de définir des procédures d'hygiène bucco-dentaire répondant aux besoins diversifiés des bénéficiaires. Autres déterminants d'une telle démarche, la sensibilisation régulière des usagers et de leurs familles ainsi que la formation périodique des professionnels doivent impérativement figurer dans le plan d'action du directeur.

En créant les conditions nécessaires à l'effectivité d'un accompagnement à l'hygiène orale personnalisé, le chef d'établissement agit en faveur de la préservation de la santé et de la qualité de vie des résidents. Il contribue ainsi, à son niveau, à répondre à une véritable problématique de santé publique. Cependant, une plus grande implication des EHPAD ne pourra se faire sans une politique plus engagée à l'échelle nationale, et surtout comportant des mesures ciblées à destination des personnes âgées institutionnalisées avec des moyens à l'appui.

Néanmoins, les directeurs d'EHPAD ont tout intérêt, de leur propre initiative, à prendre en considération l'hygiène bucco-dentaire dès à présent. Car s'il s'agit d'un besoin ignoré ou tout du moins sous-estimé par les résidents actuels, il faut s'attendre au fait que les prochaines générations d'hébergés y soient beaucoup plus attentives. Aujourd'hui, bon nombre de résidents (sinon leurs familles) formuleraient une réclamation à l'encontre de l'établissement qui viendrait à manquer de leur donner leur toilette ou leur douche. Réclamation au travers de laquelle le terme de « maltraitance » pourrait rapidement venir

en écho. Etant donné l'éducation à la santé qu'ils ont reçue et les habitudes de vie qu'ils ont observées avant leur institutionnalisation, il y a fort à parier que les futurs résidents d'EHPAD adoptent un niveau d'exigence au moins similaire pour leur hygiène dentaire. Au-delà de l'observance d'une bonne hygiène, pour parfaire la prise en charge de la santé oro-dentaire en institution, il faudrait aussi progresser sur l'accès des résidents aux soins dentaires. Les modalités de remboursements – très défavorables – ainsi que l'organisation des transports sont jusqu'alors bloquants. Parmi les solutions à étudier, la télémédecine, encouragée par le programme national ETAPES<sup>44</sup>, est une alternative qui s'avère appropriée pour ce qui concerne les diagnostics odontologiques. L'expérience « bucco-bus », que le gouvernement entend développer avec le déploiement de 100 unités mobiles d'ici 2020 et deux dispositifs par région dès 2018, constitue également une réponse à la problématique du déplacement en cabinet. Ces solutions, du fait de leur coût et de leur envergure, ne peuvent s'envisager qu'au travers de projets de mutualisation. Le contexte des Groupements Hospitaliers de Territoires et leur approche de la filière gériatrique au sein des projets médicaux partagés, la création de GCS-MS, ou encore la participation à des réseaux bucco-dentaires sont autant de cadres qui pourraient se prêter à leur mise en œuvre.

---

<sup>44</sup> *Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé.*

---

## Bibliographie

---

### Rapports, plans, études, recommandations, référentiels

- **ABBE DENIZOT Anne et collectif.** Santé bucco-dentaire : Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées. Retraite complémentaire AGIRC-ARRCO, Union Française pour la Santé Bucco-dentaire (UFSBD), 2017 (édition actualisée).
- **Anonyme, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux.** Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». Anesm, juin 2008.
- **Anonyme, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux.** Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Qualité de vie en Ehpad : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident ». Anesm, septembre 2012.
- **Anonyme, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux.** Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées ». Anesm, février 2016.
- **Anonyme, Agence Régionale de Santé de Lorraine.** Projet Régional de Santé 2012/2017. ARS Lorraine, juillet 2012.
- **Anonyme, Centre National de Gestion.** Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social.
- **Anonyme, Direction Générale de la Santé, bureau de la santé des populations « MC1 ».** Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2010. Ministère de la Santé, 2005.
- **Anonyme, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie.** Les bonnes pratiques de soins en EHPAD. DGS – DGAS – SF2G, octobre 2007.
- **Anonyme, Haute Autorité de Santé.** Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations. HAS, avril 2007.
- **Anonyme, Haute Autorité de Santé.** Recommandations en santé publique : Stratégies de prévention de la carie dentaire. HAS, mars 2010.

- **Anonyme, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.** Plan de Solidarité - Grand Age, juin 2006.
- **Anonyme, Société Française de Gériatrie et Gérontologie** avec le soutien de la **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.** Nutrition/Dénutrition de la personne âgée en EHPAD et établissements de santé : Promotion de l'amélioration des pratiques professionnelles dans le cadre du programme MobiQual. SF2G – CNSA, 2013.
- **Anonyme, Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H).** Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, consensus formalisé d'experts, Juin 2009. Hygiènes, Volume XVIII, N°1 février 2010.
- **Dr AQUINO Jean Pierre et collectif.** Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, septembre 2015.
- **Dr AQUINO Jean Pierre et collectif.** Plan national « Bien vieillir » 2007-2009. Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, et Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2007.
- **Collectif, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.** 728 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 : Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. Etudes & Résultats n°1015, Drees, juillet 2017.
- **Collectif, Module interprofessionnel de santé publique.** Accès aux soins bucco-dentaires pour les résidents en EHPAD : un enjeu de santé publique ? EHESP, 2009.
- **FOLLIGUET Marysette.** Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées. Direction Générale de la Santé SD2B, mai 2006.
- **PETERSEN Erik et collectif, Organisation Mondiale de la Santé.** Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. OMS, 2003.

## Articles de périodiques

- **BERT Edmée., BODINEAU-MOBARAK Agnès.** Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. Gériatrie et société, N°134 septembre 2010, pp. 73-86.
- **BERTRAND Marie-France, MACQUERON Nicolas, BALARD Philippe.** Hiérarchiser les facteurs de risque de dégradation de la santé orale des personnes

âgées dépendantes en EHPAD. La Revue de gériatrie, Tome 40, N°5 mai 2015, pp.261-27.

- **BOISSONNAT-PELSY** Huguette, **TIEBOT** Isabelle. Estime de soi et santé bucco-dentaire. La santé de l'homme, N°417 janvier-février 2012, pp. 29-31.
- **CHAMI** Kathleen et collectif. Réticences des soignants à réaliser les soins bucco-dentaires chez les patients âgés institutionnalisés : la théorie des trois engrenages (Etude Idas 2). Hygiènes, Volume XX, N°2 2012, pp. 25-36.
- **CHRISTOLHOMME** Michel. Un sujet négligé : la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Gérontologie sans frontière, N°138, 2006, pp. 2-25.
- **COHEN** Catherine et collectif. Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution ? La Presse Médicale; Tome 35, N°11 novembre 2006, pp. 1639-48.
- **FAROZI** A.M., **HESCOT** P., **LAUPIE** J. Santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en institution à Paris. La Revue de gériatrie, Tome 33, N°4 avril 2008, pp. 285-92.
- **FOLLIGUET** Marysette, **ELAMRANI** Nadia, **SCHVALLINGER** Florence. La santé bucco-dentaire de la personne âgée. La santé de l'homme, N°417 janvier-février 2012, pp. 34-35.
- **FOLLIGUET** Marysette. Promotion de la santé bucco-dentaire en Ehpad - Assurance maladie de Paris. La santé de l'homme, N°417 janvier-février 2012, p. 36.
- **HERVY** Marie-Pierre. Des recommandations de l'Anesm sur la qualité de vie en Ehpad : pourquoi ce thème ? Empan, N°92 décembre 2013.
- **MAILLE** Gérald et collectif. Les freins à la prise en charge du patient âgé dépendant en pratique odontologique : le point de vue du praticien. La Revue de Gériatrie, Tome 41, N°5 mai 2016, pp. 261-269.
- **MICHELET** Anne et collectif. Etat bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes. La Revue de Gériatrie, Tome 38, N°1 janvier 2013, pp. 31-39.
- **PETERSEN Erik et collectif, Organisation Mondiale de la Santé.** Improving the oral health of older people : the approach of the WHO Global Oral Health Program. Community Dent Oral Epidemiol., Tome 33, N°2 avril 2005, pp. 81-92.
- **PEYE** Anne. Refus de soins d'hygiène et responsabilité soignante. La revue de l'infirmière, N°189 mars 2013, pp. 32-34.
- **POUYSSÉGUR** Valérie, **PRECHEUR** Isabelle, **SABOT** Jean-Guy. Maladies buccodentaires : Cofacteurs de morbidité des personnes âgées. La Revue de Gériatrie, Tome 41, N°1 janvier 2016, pp.17-31.

- **RADOÏ** Loredana et collectif. Impact de l'état bucco-dentaire sur la La Revue de Gériatrie, Tome 41, N°1 janvier 2016, pp. 5-16.santé générale : actualisation des connaissances.
- **SOHDEV** (Santé Orale, Handicap, Dépendance Et Vulnérabilité). Prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. La Revue de Gériatrie, Tome 38, N°1 janvier 2013, pp. 11-24.
- **TAMISIER J., BENEDETTI N., DESCAMPS C., et al.** État de santé bucco-dentaire des résidents en établissements pour personne âgée en Bretagne. La Revue de gériatrie, Tome 32, 2007, pp.743-751.
- **VERGNES** Jean-Noël, **NABET** Cathy. Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ? La santé de l'homme, N°417 janvier-février 2012, pp. 7-8.
- **VERNET** Alain et collectif. Respecter la dignité de la personne humaine : Précisions sémantiques et conceptuelles. Gestions hospitalières, N°548 août/septembre 2015, pp.407-411.

## Ouvrages

- **AMYOT** Jean-Jacques, **VILLEZ** Alain. Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées. Dunod, 2015, 450 p.
- **ANCET** Pierre. Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée. Dunod, 2010, 231 p.
- **BRAMI** Gérard. Contre la maltraitance en EHPAD. Propositions concrètes pour sécuriser le fonctionnement des EHPAD. LEH Édition, 2010.
- **BRAMI** Gérard. Les droits des personnes âgées hébergées. Berger-Levrault, 2007, 224 p.
- **FIAT** Eric. Grandeurs et misères des hommes, petit traité de dignité. Larousse, 2010, 224 p.
- **GRANGE** Marie-Pierre. Prévenir les maltraitances envers les personnes âgées vulnérables. Territorial, 2015, 231 p.
- **LHULLIER** Jean-Marc, **TIREL** Bernard. DESSMS 2009-2010 - Droit des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Notes juridiques. Presses de l'EHESP, 2009, 400 p.
- **PERSONNE** Michel, **VERCAUTEREN** Richard. Accompagner les personnes âgées fragiles. Erès, 2009, 152 p.
- **SAUVEUR** Yannick, **LARDELLIER** Pascal. La maltraitance des personnes âgées : l'envers du décor. L'Harmattan, 2015, 182 p.
- **VERCAUTEREN** Richard. Directeur d'établissement pour personnes âgées : Rôles et exercice. Doc Editions, 2009, 143 p.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : La note d'observation**

**Annexe 2 : Grille d'observation**

**Annexe 3 : Tableau de synthèse de données chiffrées relatives à l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD**

**Annexe 4 : Guides d'entretiens**

**Annexe 5 : Grilles d'analyse des entretiens vierges**

**Annexe 6 : Profils des enquêtés**

**Annexe 7 : Poster de sensibilisation 2013**

**Annexe 8 : Livret « Importance de l'hygiène bucco-dentaire » 2013**

**Annexe 9 : Devis formation UFSBD 2017**



---

# Annexe 1 : La note d'observation

---

## Aspects méthodologiques et organisationnels

L'expérience de l'observation directe était une première pour moi. Je l'ai envisagée comme une démarche exploratoire visant à préciser ma réflexion dans le processus d'élaboration de mon mémoire. Je l'ai donc articulée autour du questionnement principal suivant : **comment prend-t-on en charge l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD ?**

Je m'étais fixé pour objectif d'observer toutes les situations se rapportant à ce thème avec un regard d'usager, avec une prise de distance par rapport à mon approche habituelle de professionnel. J'ai voulu être attentif à la place que tient le résident (et au respect de ses droits et besoins) dans ses interactions avec les professionnels, avec les autres résidents, et enfin au sein des interactions de professionnel à professionnel. Au cas échéant, j'avais prévu de ne pas écarter l'observation des échanges avec les familles. Au-delà des relations entre les personnes, je souhaitais également relever dans quelle mesure l'environnement, les moyens matériels et l'organisation pouvaient eux-aussi avoir un impact.

J'ai réalisé ma journée d'observation au sein d'un EHPAD de près de 90 lits qui emploie une soixantaine d'agents, à quelques kilomètres de mon établissement. Mon choix s'est porté sur cet établissement pour deux raisons. Premièrement parce qu'il m'était facile d'y accéder puisque ma directrice en est à la tête. Deuxièmement parce que je n'étais pas connu physiquement des professionnels de la structure, ce qui constituait un impératif au regard de ma stratégie de posture. J'ai en effet décidé de procéder à une observation dite « incognito », de manière à influencer le moins possible sur les comportements des sujets et ainsi recueillir des constats au plus proche de la réalité ordinaire. J'ai adopté la posture d'une personne en situation de reconversion professionnelle qui devait effectuer une journée d'immersion visant à découvrir les métiers au service de la personne âgée dépendante. Le statut choisi avait pour avantage d'être cohérent avec la nécessité de prise de notes, et avec le fait que je ne pouvais participer à aucune tâche au côté des professionnels. Il me permettait par ailleurs d'assister, en accompagnant les soignants, à tous les temps forts de la journée d'un résident ayant un lien avec mon questionnement principal (voir également la grille d'observation en annexe 2). Dans ce rôle, je suis resté très en retrait (niveau de participation faible) et, pour ne pas perturber les résidents, je m'étais habillé en soignant. Mon entrée sur le terrain avait été annoncée aux équipes par

la cadre de santé, la veille de mon arrivée. C'est elle qui a en quelque sorte installé ma « couverture ». Il était prévu que j'accompagne les soignants de l'équipe du matin pendant toute la durée de leur service, soit de 6h00 à 14h00.

## **Relevé d'observation, apports au regard de la question de départ**

Le vendredi 24 mars 2017, j'ai pris le service à 5h50. L'infirmière m'a présenté aux 14 professionnels en poste lors de la réunion de transmission, et m'a proposé d'intégrer le service du 1<sup>er</sup> étage qui compte une vingtaine de résidents. Tout au long de la journée, je suis parvenu à respecter de manière relativement fidèle ma grille d'observation. Après avoir participé aux transmissions de l'équipe de nuit, j'ai assisté au réveil de 5 personnes, à 5 toilettes, à 4 petits déjeuners, à 2 soins infirmiers, aux occupations des résidents pendant leur matinée, au renseignement du dossier de soins par les soignants, au déjeuner des résidents en salle à manger, à leurs occupations de début d'après-midi, au « recoucher » de l'un d'entre eux, pour finir avec les transmissions soignantes de la mi-journée. Parmi toutes les situations dont j'ai pu être témoin au cours de ce déroulement, j'ai été interpellé par les points suivants.

### **Au réveil**

Lorsqu'ils procèdent au réveil d'un résident, tous les soignants demandent systématiquement si « tout va bien » et se tiennent réellement disponibles pour écouter la réponse. Me mettant à la place de l'utilisateur, j'estime que cette attention est l'occasion de signaler aux professionnels toute gêne, toute douleur, qu'elle concerne la sphère orodentaire ou pas. J'ai pu constater qu'une personne avait sa prothèse dans la bouche au réveil, qu'elle avait dormi avec. D'autres résidents édentés, n'en avaient pas. Les soignants ne font aucune allusion à ce point au moment du lever, les résidents non plus.

### **Au petit-déjeuner**

Le petit déjeuner est servi en chambre. Suivant leurs habitudes, certains résidents le reçoivent avant la toilette, d'autre après. J'ai pu voir l'installation au petit déjeuner de quatre résidents. Avant qu'ils mangent, je m'attendais à être témoin de la mise en place de prothèses dentaires pour les personnes édentées qui venaient de se lever. Il n'en fut rien. Aussi, je pensais que ceux pour lesquels la toilette était faite, avaient leur appareil en bouche. Ce n'était pas le cas. J'ignore pour quelle raison. Est-ce parce que personne n'y pense, ni soignant, ni résident ? Est-ce parce que les gens concernés n'ont pas ou plus de prothèse adaptée ? Toujours est-il qu'au petit déjeuner, les gens qui ont de bonnes dents mangent du pain frais avec de la confiture. Ceux qui sont édentés et qui n'ont pas de prothèse mangent des biscuits détrempés dans la boisson de leur choix. Ce qui est, de mon point de vue (d'utilisateur), nettement moins appétissant...

### **Lors de la toilette**

La toilette se termine par une mise en beauté : coiffage pour les dames (les plus coquettes se verront mettre leurs boucles d'oreilles), coiffage et rasage pour les hommes. Cependant, les dents ne sont pas brossées. Aucune attention n'est portée à l'hygiène bucco-dentaire par le soignant, il en est de même pour les prothèses et leur mise en place. Les résidents ne demandent rien par rapport à cela. Est-ce parce qu'ils sont autonomes quant à leur hygiène orale et que l'équipe soignante le sait ? Dans la salle de bains de certains, il y a une brosse à dents et du dentifrice. J'ai également vu des boîtes à prothèses.

### **Lors des transmissions écrites**

Lors des transmissions écrites, je constate qu'un soignant que j'ai accompagné lors des toilettes coche mécaniquement la case « réalisation du soin de bouche » que comporte le plan de soin informatisé. Je n'ai pourtant pas vu ce soin exécuté.

### **Lors des occupations de la matinée**

Une résidente qui recevait la visite de son fils était d'une humeur très triste. L'homme prit un moment en aparté avec l'infirmière pour échanger sur le moral de sa maman. L'infirmière lui dit qu'elle sortait peu de sa chambre. Le fils lui répondit qu'elle refusait de surcroît toute sortie à l'extérieur. Elle avait en effet annulé sa participation à une réunion de famille le week-end précédent ainsi qu'un rendez-vous chez le dentiste l'avant-veille. Lorsque l'infirmière lui demanda pourquoi, il répondit : « Elle ne voulait plus y aller, elle dit que c'est trop compliqué. Pourtant ça faisait longtemps qu'elle avait son rendez-vous ». Sans savoir ce qui motive précisément le choix de la résidente, on voit ici le caractère contraignant que peut revêtir l'accès aux soins en cabinet.

### **Au déjeuner**

Au moment du déjeuner en salle à manger, je constate que les résidents édentés qui n'ont pas de prothèse mangent des plats mixés. Au petit déjeuner, je notais qu'ils avaient droit aux biscuits mous détrempés. Mais à midi, la situation m'apparaît encore plus dure. En effet, ils ne sont plus dans leur chambre. Ils sont à table, à côté des résidents qui ont la chance de pouvoir manger de belles assiettes avec de la viande en morceaux. Je constate par ailleurs qu'à la fin du repas, il y a beaucoup plus de restes dans les assiettes des gens qui ont des problèmes de dents. J'ai vu une dame ne pas toucher à sa viande en se plaignant qu'elle était trop dure. Une autre résidente a carrément mis sur le bord de son assiette des morceaux qu'elle avait ressorti de sa bouche. Je mesure ici la réalité de l'impact d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur la nutrition et le plaisir de manger. Autre constat intéressant concernant le repas de midi, les résidents qui n'ont plus de dents ont beaucoup de difficultés à se faire comprendre, l'état de la bouche influant sur la phonation. J'ai vu un homme demander plusieurs fois à sa voisine de répéter un mot qu'elle peinait à prononcer. Cette dernière, ayant toute sa tête, finit par s'agacer de la

situation. J'ai aussi remarqué par comparaison, à quel point il est plus compliqué de manger proprement lorsque la santé des dents n'est pas bonne. Ces deux observations posent la question de l'impact de la santé bucco-dentaire sur le bien-être psychosocial.

### **Après manger**

Pour les résidents qui ont regagné leur chambre après le repas, j'ai tenté d'observer si certains d'entre eux passent à la salle de bain pour se brosser les dents ou même rincer leur prothèse. Je n'ai pas assisté à de telles situations.

### **« Recoucher » d'un résident pour la sieste**

J'ai accompagné une aide-soignante qui devait recoucher un résident de 63 ans atteint d'une sclérose en plaques. Une fois le résident installé, l'aide-soignante lui a demandé ce dont il avait besoin. Compte-tenu de son âge, je m'attendais à ce qu'il demande à se faire brosser les dents, pensant qu'il pourrait être plus en demande par rapport à cela que les autres résidents. Ce ne fut pas le cas.

### **Transmissions de la mi-journée**

Durant près d'une demie heure, l'infirmière, relit le plan de soin de chacun des résidents et en expose les éléments importants à l'équipe. Les soignants ajoutent alors des informations ou posent des questions. Je suis étonné du niveau de détail avec lequel ces transmissions sont réalisées. Paradoxalement à aucun moment on ne traitera d'une problématique se rapportant à la sphère bucco-dentaire, et encore moins à l'hygiène orale.

## **Conclusion**

Avec un regard d'utilisateur, je qualifierai la prise en charge au sein de cet établissement de globalement « bientraitante ». En attestent : la délicatesse des soignants au réveil des résidents, l'organisation qui respecte autant que faire se peut le rythme de chacun, la qualité des soins d'hygiène corporelle et la place accordée au « relationnel », le respect de l'intimité, l'annonce systématique des soins pour recueil du consentement et pour ne pas surprendre, la lutte contre les escarres sous forme de soin « bien-être », la préservation de l'autonomie pendant les toilettes (on laisse le résident faire ce qu'il peut faire), etc.

Je suis donc d'autant plus étonné de ne rien avoir vu d'organisé autour de l'hygiène dentaire dans cet établissement. En définitive, je n'ai vu aucun des professionnels s'intéresser à la bouche d'un résident. Je n'ai pas constaté de demande de la part d'un résident non plus. En revanche, j'ai pu observer dans quelle mesure la santé dentaire pouvait avoir des conséquences sur la qualité de vie, notamment pour ce qui concerne le plaisir de manger et la communication.

# Annexe 2 : Grille d'observation

## GRILLE D'OBSERVATION

QUESTIONNEMENT PRINCIPAL : Comment prend-t-on en charge l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD ?

Plage horaire	Déroulé de la journée résidents	Espaces	Professionnels accompagnés	Points d'attention a priori
6h00	Transmissions soignantes	Salle de soins	Ensemble de l'équipe soignante	<p>Quels sont les échanges relatifs à la santé bucco-dentaire lors des transmissions ?</p> <p>Des besoins exprimés par les résidents ou inexprimés sont-ils pris en compte ?</p> <p>Organisation de rdv chez le dentiste ?</p> <p>Traite-t-on de cas précis de santé bucco-dentaire altérée ?</p> <p>Sensibilisation générale de l'équipe par l'infirmière ?</p> <p>Traitement de demandes des familles ?</p>
	Réveil et lever	Chambres	AS	<p>Disponibilité d'écoute du soignant et capacité à apporter les réponses souhaitées ?</p> <p>Faire attention à toute requête du résident concernant sa bouche. Au cas échéant, quelle réponse le soignant apporte-t-il quant au besoin exprimé ?</p> <p>A quel moment et comment intervient la mise en place de la prothèse dentaire ?</p> <p>Observer si des difficultés en lien avec l'état de santé bucco-dentaire se présentent lors des prises alimentaires.</p> <p>Comment le résident vit-il ces difficultés ?</p> <p>Attention à la réponse des soignants (Mesures curatives ? Préventives ?)</p>
	Petit-déjeuner et traitement médicamenteux	Chambres	AS	<p>De quelle manière la toilette est-elle amenée ?</p> <p>Est-ce que les conditions de la toilette correspondent aux attentes et besoins du résident (respect de sa dignité et de sa pudeur vis-à-vis des autres résidents notamment) ?</p> <p>Quelle place pour le maintien de l'autonomie et la participation du résident à sa toilette ?</p> <p>Disponibilité d'écoute du soignant et capacité à apporter les réponses souhaitées ?</p>
6h15-12h00	Toilette	Chambres	AS	<p>Le résident demande-t-il des soins de bouche ou qu'on lui lave les dents ou sa prothèse ?</p> <p>Y-a-t-il du matériel d'HBD dans les chambres et SDB (brosses à dents, dentifrice, matériel d'entretien des prothèses ?)</p> <p>Comment l'accompagnement aux soins d'hygiène B-D est-il proposé en fonction du niveau de dépendance du résident ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment le consentement est-il pris pour ce soin qui est souvent perçu comme intrusif et agressif ?</li> <li>- Est-il bien tenu compte des capacités du résident à observer lui-même tout ou partie des S-B-D ?</li> <li>- Demande-t-on ou rappelle-t-on au résident valide de procéder au lavage des dents et à l'entretien des prothèses ?</li> <li>- Propose-t-on d'aider le résident un peu plus dépendant ou encore, si besoin, d'assurer l'innégralité des soins d'H-B-D ?</li> </ul> <p>Les soins d'H-B-D sont-ils l'occasion d'un contrôle préventif pouvant mener à conseiller un rdv chez le dentiste ?</p> <p>Y-a-t-il un minimum de contrôle à leur observance lorsqu'ils sont assurés par le résident ?</p> <p>Comment ces soins d'HBD sont-ils perçus par le résident, comment les reçoit-il (moment agréable, désagréable) ? Moment, technique, position ?</p>
	Soins/Pansements	Chambres	IDE	<p>Attention à toute requête du résident se rapportant à sa bouche (douleur, inconfort BD, etc.)</p> <p>L'infirmière rappelle-t-elle des principes d'hygiène BD ? Questionne-t-elle le patient quant à d'éventuelles douleurs, gênes, anomalies ? Procède-t-elle à un contrôle à l'oeil nu ?</p>
	Matinée	Chambres et divers espaces collectifs	AS - animatrices bénévoles - Psy - et autres pros	<p>Observer si l'état de santé bucco-dentaire a des répercussions sur la vie sociale des résidents. Inconfort, gêne, etc.</p> <p>Comment le résident vit-il ces difficultés (stratégies d'adaptation éventuelles) ?</p> <p>Attention à la réponse des soignants (Mesures curatives ? Préventives ?)</p>
12h00-12h30	Déjeuner et traitement médicamenteux	Salle à manger / chambres	Personnel de service en salle	<p>Observer si des difficultés en lien avec l'état de santé bucco-dentaire se présentent lors des prises alimentaires.</p> <p>Les relations, les échanges entre résidents à table en sont-ils impactés ?</p> <p>Comment le résident vit-il ces difficultés ?</p> <p>Attention à la réponse des soignants (Mesures curatives ? Préventives ?)</p>
12h30-13h30	Après repas / retour en chambre	Chambres	AS	<p>L'hygiène bucco-dentaire est-elle observée au sortir du repas ?</p>
14h00	Transmissions soignantes	Salle de soins	Ensemble de l'équipe soignante	<p>Quels échanges relatifs à la santé bucco-dentaire des résidents ont-ils lieu lors des transmissions ?</p> <p>Des besoins exprimés par les résidents ou inexprimés sont-ils pris en compte ?</p> <p>Organisation de rdv chez le dentiste ?</p> <p>Traite-t-on de cas précis de santé bucco-dentaire altérée ?</p> <p>Sensibilisation générale de l'équipe par l'infirmière ?</p> <p>Traitement de demandes des familles ?</p>



## Annexe 3 : Tableau de synthèse de données chiffrées relatives à l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD

Source	Etude CPAM paris, 2001 : 300 résidents de 3 EHPAD de l'Est Parisien, âge moyen : 87 ans pour les femmes et 77 ans pour les hommes. <sup>45</sup>	Etude « Etat bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes », 2009 : 431 résidents, âge moyen 83,8 ans, 76,6 % de femmes. <sup>46</sup>	Etude « Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution ? », 2004 : 756 résidents (563 femmes et 193 hommes, âge moyen : 85,2 ans) répartis dans 152 établissements de Poitou Charentes et Limousin. <sup>47</sup>	UFSBD : Chiffres clés sur les personnes âgées dépendantes institutionnalisées
Présence de plaque dentaire		S'appuyant sur l'indice OHI-S de Greene et Vermillon qui apprécie l'étendue la plaque et du tartre sur la surface des dents, l'hygiène orale a été évaluée bonne chez 35,4%, passable chez 32,3% et mauvaise chez 32,3% des résidents.	Présence sur plus de la moitié des dents résiduelles de 55,2 % des résidents dentés.	43 à 57% présentent de la plaque dentaire.
Présence de tartre	Les 2/3 des résidents présentent du tartre sur leurs dents.		Présence sur plus de la moitié des dents résiduelles de 55 % des résidents dentés.	50 % ont du tartre et 28 à 40 % souffrent de gingivites.
Présence de dépôts alimentaires	Près de 3/4 des résidents présentent des dépôts sur leurs prothèses.		Présence sur muqueuses, dents résiduelles ou prothèses chez 37,3 % des résidents.	
Pratiques d'hygiène identifiées		En matière d'autonomie pour l'hygiène orale, 112 résidents (26%) pouvaient se prendre totalement en charge. Parmi eux, 69 résidents pratiquaient le brossage des dents et/ou des prothèses au moins une fois par jour et 43 résidents jamais. Les 319 autres résidents étaient partiellement ou totalement dépendants pour le moindre geste d'hygiène orale ; chez 29,8% d'entre eux on observait une fréquence inférieure à un brossage quotidien.	Absence totale de protocole écrit d'hygiène bucco-dentaire dans 75 % des établissements.  Brossage des dents : - Quotidien pour 64,2 % des résidents, - Hebdomadaire pour 13,8 %, - Inexistant pour 22 %.  Entretien des prothèses : - Quotidien pour 90,3 % des résidents, - Hebdomadaire pour 4,3 %, - Absent pour 1,6 %.	60 à 70 % des résidents sont incapables de réaliser seuls leur hygiène bucco-dentaire.

<sup>45</sup> Un sujet négligé : la santé bucco-dentaire des personnes âgées. M. CHRISTOLHOMME. *Gérontologie sans frontière*, 2006, pp. 2-3.

<sup>46</sup> BORY E-N, KOIVOGUI A, MICHELET A, NDIAYE G, MODOIANU L, BARRO SA et al. *Etat bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes. La Revue de Gériatrie*, Tome 38, N°1 Janvier 2013 : 31-39.

<sup>47</sup> COHEN C, TABARLY P, HOURCADE S, KIRCNER-BIANCHI, HENNEQUIN M. *Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution ? Presse med.* 2006 ; tome 35 : 1639-48, Elsevier Masson SAS.



---

## Annexe 4 : Guides d'entretiens

---

### Guide d'entretien « Cadre de santé / Médecin Co / Directeur »

Quels sont les atouts et limites de l'accompagnement aux soins  
d'hygiène bucco-dentaire en EHPAD ?

Nom :
Prénom :
Age :
Fonction :
Ancienneté dans l'Ets et dans la fonction :
Date et heure de l'entretien :

#### PROPOS D'INTRODUCTION

Dans le cadre d'une formation de directeur d'EHPAD, je réalise une étude sur l'hygiène et la santé bucco-dentaire des personnes âgées vivant en institution. Pour construire ma réflexion et étayer mon propos, j'ai besoin d'informations reflétant la réalité de terrain. Je conduis donc une série d'entretiens auprès de résidents et de professionnels. C'est la raison de notre rencontre de ce jour.

La conversation sera enregistrée uniquement de manière à faciliter le traitement des données. Je tiens par ailleurs à vous garantir le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies.

Si cela vous convient et si vous n'avez pas de question, je vous propose de commencer dès maintenant.

#### OUVERTURE DE L'ENTRETIEN

Qu'est-ce que vous mettez sous le terme HBD ? Pourriez-vous me dire ce que représente pour vous l'hygiène bucco-dentaire des résidents, ce que cela vous évoque d'une manière générale ?

#### PAROLE À L'INTERVIEWÉ

*Laisser parler l'interviewé, utiliser les techniques d'écoute active pour entretenir la dynamique de l'entretien.*

*Lorsque l'interviewé semble avoir dit tout ce qu'il souhaite, proposer une reformulation. Au cas échéant, laisser l'interviewé « rebondir » sur la synthèse. Si l'interviewé valide la reformulation et n'a rien à ajouter, introduire les thèmes qui n'ont pas été traités.*

#### THÈMES À ABORDER

##### Thème A : Les besoins et attentes du résident en matière d'HBD

*Relances possibles :*

Quels sont les enjeux de l'hygiène bucco-dentaire pour la personne âgée vivant en institution ?

Selon-vous, quelles seraient les conséquences d'une mauvaise hygiène et d'une mauvaise surveillance bucco-dentaire ?

Quels sont les besoins que vous constatez ? Les résidents sont-ils en demande par rapport à l'H B-D ? Y-a-t-il des demandes particulières ?

### **Thème B : Ce qui est fait pour y satisfaire**

*Relances possibles :*

Pourriez-vous me présenter la réponse proposée au sein de l'établissement en matière d'accompagnement autour de l'hygiène bucco-dentaire ?

Comment cette démarche est-elle insufflée au niveau institutionnel ? (communication, moyens organisationnels, matériels, formation, etc.)

Quels sont les documents de référence sur lesquels est appuyée la démarche au sein de l'établissement (Projet établissement, projet personnalisé, bilan d'entrée, protocoles, fiches de postes, etc.)

Un suivi, une évaluation sont-ils organisés : rapport d'activité médicale ?

En pratique, comment répond l'établissement à cette problématique des usagers ? (actes et accompagnement)

Selon vous, quelle est la responsabilité de l'établissement au regard des soins d'H B-D ?

### **Thème C : Niveau de satisfaction, le rapport entre besoin et réponse**

*Relances possibles :*

L'accompagnement proposé par l'établissement est-il selon vous adapté ?

### **Thème D : Explication des écarts**

*Relances possibles :*

A votre avis, qu'est-ce qui explique que l'on n'apporte pas la réponse adaptée ? (freins, contraintes)

### **Thème E : Ce qu'il faudrait faire pour progresser**

*Relances possibles :*

A votre avis, que devrait mettre en œuvre l'établissement pour mieux répondre aux attentes des résidents ?

Est-ce que j'aurais oublié des choses que vous souhaiteriez aborder ?

## **CONCLUSION DE L'ENTRETIEN**

Remerciements et information quant à l'exploitation qui sera faite des données recueillies.

## Guide d'entretien « IDE-AS »

Quels sont les atouts et limites de l'accompagnement aux soins d'hygiène bucco-dentaire en EHPAD ?

Nom :  
Prénom :  
Age :  
Fonction :  
Ancienneté dans l'Ets et dans la fonction :  
Date et heure de l'entretien :

### PROPOS D'INTRODUCTION

Dans le cadre d'une formation de directeur d'EHPAD, je réalise une étude sur l'hygiène et la santé bucco-dentaire des personnes âgées vivant en institution. Pour construire ma réflexion et étayer mon propos, j'ai besoin d'informations reflétant la réalité de terrain. Je conduis donc une série d'entretiens auprès de résidents et de professionnels. C'est la raison de notre rencontre de ce jour.

La conversation sera enregistrée uniquement de manière à faciliter le traitement des données. Je tiens par ailleurs à vous garantir le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies.

Si cela vous convient et si vous n'avez pas de question, je vous propose de commencer dès maintenant.

### OUVERTURE DE L'ENTRETIEN

Qu'est-ce que vous mettez sous le terme HBD ? Pourriez-vous me dire ce que représente pour vous l'hygiène bucco-dentaire des résidents, ce que cela vous évoque d'une manière générale ?

### PAROLE À L'INTERVIEWÉ

*Laisser parler l'interviewé, utiliser les techniques d'écoute active pour entretenir la dynamique de l'entretien.*

*Lorsque l'interviewé semble avoir dit tout ce qu'il souhaite, proposer une reformulation. Au cas échéant, laisser l'interviewé « rebondir » sur la synthèse. Si l'interviewé valide la reformulation et n'a rien à ajouter, introduire les thèmes qui n'ont pas été traités.*

### THÈMES À ABORDER

#### Thème A : Les besoins et attentes du résident en matière d'HBD

*Relances possibles :*

Quels sont les enjeux de l'hygiène bucco-dentaire pour la personne âgée vivant en institution ?

Selon-vous, quelles seraient les conséquences d'une mauvaise hygiène et d'une mauvaise surveillance bucco-dentaire ?

Quels sont les besoins que vous constatez ? Les résidents sont-ils en demande par rapport à l'H B-D ? Y-a-t-il des demandes particulières ?

## **Thème B : Ce qui est fait pour y satisfaire**

### *Relances possibles :*

Connaissez-vous la réponse proposée au sein de l'établissement en matière d'accompagnement autour de l'hygiène bucco-dentaire ?

Quels sont les documents de référence, les consignes en vigueur, sur lesquels vous pouvez vous appuyer pour pratiquer les soins d'H B-D ?

De quels moyens matériels disposez-vous ?

Comment avez-vous été formé à la pratique de ces soins ?

Connaissez-vous vos responsabilités au regard des soins d'H B-D, ce qui relève de votre rôle propre, ou encore ce qui est attendu de vous par l'établissement ?

Comment répondez-vous au quotidien à cette problématique des usagers ? (actes et accompagnement)

Avez-vous déjà eu à répondre à des besoins spécifiques ? Que s'est-il passé (difficultés rencontrées, solutions apportées, comment l'utilisateur a-t-il accueilli cette réponse...) ?

## **Thème C : Niveau de satisfaction, le rapport entre besoin et réponse**

### *Relances possibles :*

L'accompagnement proposé par l'établissement est-il selon vous adapté ? Qu'est-ce qui est perfectible ?

## **Thème D : Explication des écarts (au cas échéant)**

### *Relances possibles :*

A votre avis, qu'est-ce qui explique que l'on n'apporte pas la réponse adaptée ? (freins, contraintes)

## **Thème E : Ce qu'il faudrait faire pour progresser**

### *Relances possibles :*

A votre avis, que devrait mettre en œuvre l'établissement pour mieux répondre aux attentes des résidents ?

Est-ce que j'aurais oublié des choses que vous souhaiteriez aborder ?

## **CONCLUSION DE L'ENTRETIEN**

Remerciements et information quant à l'exploitation qui sera faite des données recueillies.

## Guide d'entretien « résidents »

Quels sont les atouts et limites de l'accompagnement aux soins d'hygiène bucco-dentaire en EHPAD ?

Nom :  
Prénom :  
Sexe :  
Age :  
GIR d'appartenance :  
Statut dentaire :  
Date et heure de l'entretien :

### PROPOS D'INTRODUCTION

Dans le cadre d'une formation de directeur d'EHPAD, je réalise une étude sur l'hygiène des dents des personnes âgées vivant en maison de retraite. Pour construire ma réflexion et étayer mon propos, j'ai besoin d'informations reflétant la réalité de terrain. Je conduis donc une série d'entretiens auprès de résidents et de professionnels. C'est la raison de notre rencontre de ce jour.

La conversation sera enregistrée uniquement de manière à faciliter le traitement des données. Je tiens par ailleurs à vous garantir le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies.

Si cela vous convient et si vous n'avez pas de question, je vous propose de commencer dès maintenant.

### OUVERTURE DE L'ENTRETIEN

Pourriez-vous me dire ce que représente pour vous l'hygiène de vos dents et de votre bouche, ce que cela vous évoque ?

### PAROLE À L'INTERVIEWÉ

*Laisser parler l'interviewé, utiliser les techniques d'écoute active pour entretenir la dynamique de l'entretien.*

*Lorsque l'interviewé semble avoir dit tout ce qu'il souhaite, proposer une reformulation. Au cas échéant, laisser l'interviewé « rebondir » sur la synthèse. Si l'interviewé valide la reformulation et n'a rien à ajouter, introduire les thèmes qui n'ont pas été traités.*

### THÈMES À ABORDER

#### Thème A : Les besoins et attentes du résident en matière d'HBD

*Relances possibles :*

Quels sont vos besoins en matière de soins d'hygiène pour ce qui concerne votre bouche, vos dents ?

En quoi est-ce important pour vous ? Importance pour la santé bucco-dentaire et générale, le confort de vie, l'image, la dignité et la vie sociale ?

### **Thème B : Ce qui est fait pour y satisfaire**

*Relances possibles :*

Qui s'occupe de votre bouche, quand, comment ?

En parler vous ? A qui ? (famille, équipe soignante ?) Place de la famille ?

Le suivi est-il différent par rapport à l'époque où vous viviez à domicile ?

A quand remonte votre dernier rendez-vous chez le dentiste ? Quel en était le motif ?

L'équipe soignante vous a-t-elle déjà orienté vers un soin suite à l'identification d'un problème relevé par elle-même ?

### **Thème C : Niveau de satisfaction, le rapport entre besoin et réponse**

*Relances possibles :*

Est-ce que les soins d'hygiène bucco-dentaire vous semblent adaptés ? Sinon pourquoi ?

L'accompagnement proposé par l'établissement est-il selon vous adapté ? Sinon pourquoi ?

### **Thème D : Explication des écarts**

*Relances possibles :*

A votre avis, qu'est-ce qui explique que l'on ne vous apporte pas la réponse attendue ? (freins, contraintes)

### **Thème E : Ce qu'il faudrait faire pour progresser**

*Relances possibles :*

A votre avis, que devrait mettre en œuvre l'établissement pour mieux répondre à vos attentes ?

Est-ce que j'aurais oublié des choses que vous souhaiteriez aborder ?

### **CONCLUSION DE L'ENTRETIEN**

Remerciements et information quant à l'exploitation qui sera faite des données recueillies.

## Guide d'entretien « famille »

### Quels sont les atouts et limites de l'accompagnement aux soins d'hygiène bucco-dentaire en EHPAD ?

Madame, Monsieur :  
Nom du résident et lien parenté :  
Prénom :  
Sexe :  
Age :  
GIR d'appartenance :  
Statut dentaire :  
Date et heure de l'entretien :

#### PROPOS D'INTRODUCTION

Dans le cadre d'une formation de directeur d'EHPAD, je réalise une étude sur l'hygiène des dents des personnes âgées vivant en maison de retraite. Pour construire ma réflexion et étayer mon propos, j'ai besoin d'informations reflétant la réalité de terrain. Je conduis donc une série d'entretiens auprès d'usagers et de professionnels. C'est la raison de notre rencontre de ce jour.

La conversation sera enregistrée uniquement de manière à faciliter le traitement des données. Je tiens par ailleurs à vous garantir le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies.

Si cela vous convient et si vous n'avez pas de question, je vous propose de commencer dès maintenant.

#### OUVERTURE DE L'ENTRETIEN

Qu'est-ce que vous mettez sous le terme HBD ? Pourriez-vous me dire ce que représente pour vous l'hygiène bucco-dentaire des résidents, ce que cela vous évoque d'une manière générale ?

#### PAROLE À L'INTERVIEWÉ

*Laisser parler l'interviewé, utiliser les techniques d'écoute active pour entretenir la dynamique de l'entretien.*

*Lorsque l'interviewé semble avoir dit tout ce qu'il souhaite, proposer une reformulation. Au cas échéant, laisser l'interviewé « rebondir » sur la synthèse. Si l'interviewé valide la reformulation et n'a rien à ajouter, introduire les thèmes qui n'ont pas été traités.*

#### THÈMES À ABORDER

##### Thème A : Les besoins et attentes du résident en matière d'HBD

*Relances possibles :*

Quels sont les enjeux de l'hygiène bucco-dentaire pour la personne âgée vivant en institution ?

Selon-vous, quelles seraient les conséquences d'une mauvaise hygiène et d'une mauvaise surveillance bucco-dentaire ?

Quels sont les besoins que vous constatez pour votre proche hébergé ? En quoi est-ce important selon vous ? Importance pour la santé bucco-dentaire et générale, le confort de vie, l'image, la dignité et la vie sociale ?

Est-il en demande par rapport à l'H B-D ? Y-a-t-il des demandes particulières que lui ou vous-mêmes souhaiteriez voir satisfaites ?

### **Thème B : Ce qui est fait pour y satisfaire**

*Relances possibles :*

Sauriez-vous me dire ce que fait l'établissement pour s'occuper de l'hygiène bucco-dentaire des résidents ? Qui, Comment, Quand ?

Vous sentez-vous impliqué dans l'accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire de votre proche ? Si oui dans quelle mesure ? (matériel, soins d'hygiène, interlocuteur avec l'établissement ?)

Avez-vous déjà eu des échanges avec l'établissement pour ce qui concerne l'HBD de votre proche ?

Selon vous, quelle est la responsabilité de l'établissement au regard des soins d'H B-D ?

### **Thème C : Niveau de satisfaction, le rapport entre besoin et réponse**

*Relances possibles :*

Est-ce que les soins d'hygiène bucco-dentaire vous semblent adaptés ? Sinon pourquoi ?

L'accompagnement proposé par l'établissement est-il selon vous adapté ? Sinon pourquoi ?

### **Thème D : Explication des écarts**

*Relances possibles :*

A votre avis, qu'est-ce qui explique que l'on n'apporte pas la réponse attendue ? (freins, contraintes)

### **Thème E : Ce qu'il faudrait faire pour progresser**

*Relances possibles :*

A votre avis, que devrait mettre en œuvre l'établissement pour mieux répondre aux attentes des résidents ?

Est-ce que j'aurais oublié des choses que vous souhaiteriez aborder ?

## **CONCLUSION DE L'ENTRETIEN**

Remerciements et information quant à l'exploitation qui sera faite des données recueillies.

## Annexe 5 : Grilles d'analyse des entretiens vierges

THEMES	IDE 1	IDE 2 « Hygiéniste »	AS 1	AS 2	CDS	DIR	MED CO	Synthèses analyse horizontale
Thème A : Les besoins et attentes du résident en matière d'HBD								
Thème B : Ce qui est fait pour y satisfaire								
Thème C : Niveau de satisfaction, le rapport entre besoin et réponse								
Thème D : Explication des écarts (au cas échéant)								
Thème E : Ce qu'il faudrait faire pour progresser								
<b>Synthèses analyse verticale</b>								

THEMES	RES 1	RES 2	RES 3	RES 4	FAMILLE Membre CVS	Synthèses analyse horizontale
Thème A : Les besoins et attentes du résident en matière d'HBD						
Thème B : Ce qui est fait pour y satisfaire						
Thème C : Niveau de satisfaction, le rapport entre besoin et réponse						
Thème D : Explication des écarts (au cas échéant)						
Thème E : Ce qu'il faudrait faire pour progresser						
<b>Synthèses analyses verticales</b>						

THEMES	Synthèses analyse horizontale PRO	Synthèses analyse horizontale USAGERS	Confrontation aux autres éléments d'analyse		
			Données issues de la recherche biblio	Données issues de l'observation directe	Données issues de l'analyse documentaire
Thème A : Les besoins et attentes du résident en matière d'HBD					
Thème B : Ce qui est fait pour y satisfaire					
Thème C : Niveau de satisfaction, le rapport entre besoin et réponse					
Thème D : Explication des écarts (au cas échéant)					
Thème E : Ce qu'il faudrait faire pour progresser					

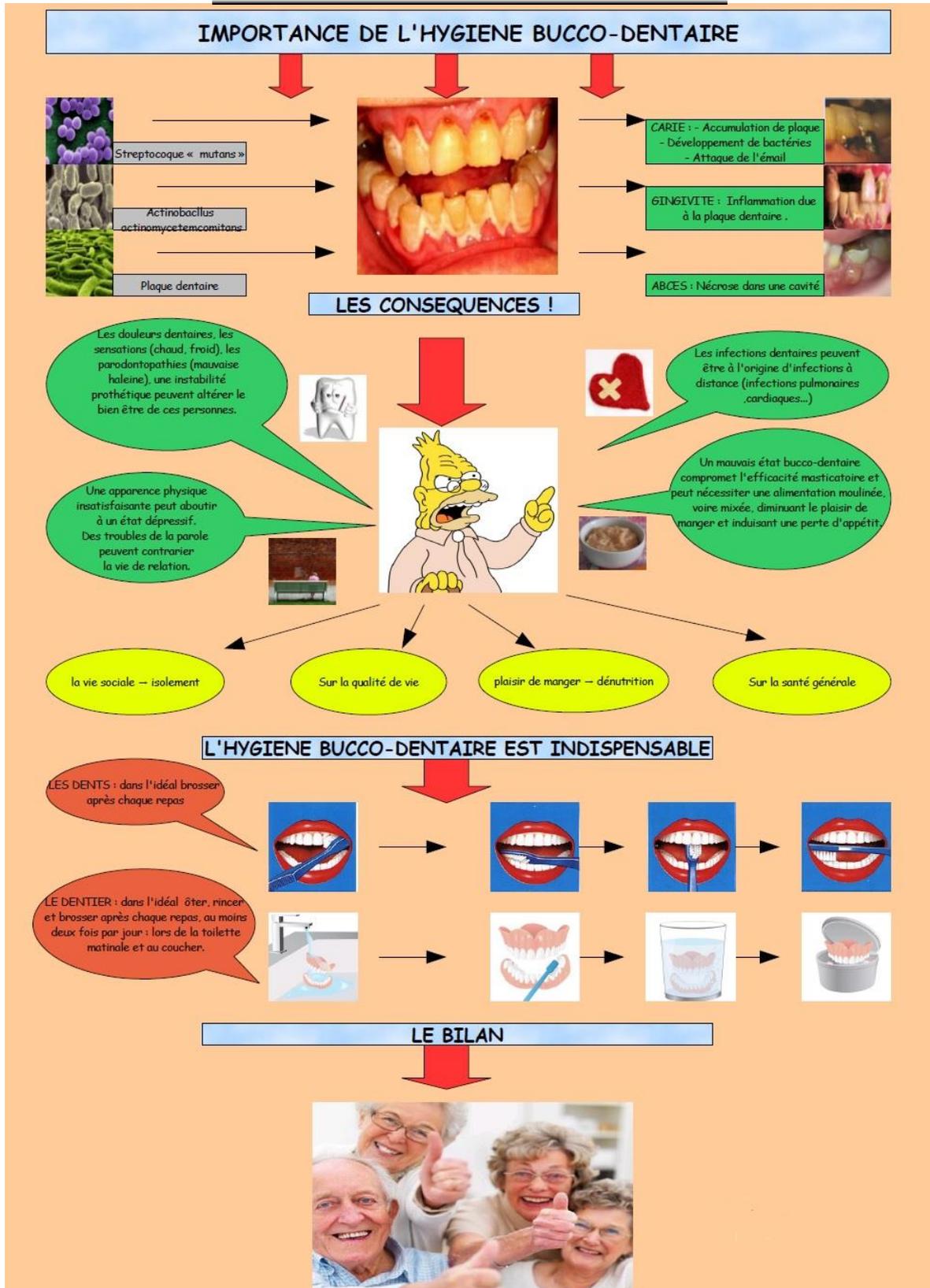


## Annexe 6 : Profils des enquêtés

USAGERS							
	Enquêté 1 Résident	Enquêté 2 Résident	Enquêté 3 Résident	Enquêté 4 Résident	Enquêté 5 Famille		
<b>Age</b>	95	84	83	79	<b>Données relatives à l'enquêté</b>	<b>Age</b>	70
<b>Sexe</b>	F	M	F	F		<b>Sexe</b>	F
<b>Entrée dans l'Ets.</b>	03/10/16	10/10/16	12/03/15	26/12/16		<b>Lien de parenté avec un résident</b>	Epouse
<b>GIR</b>	2	6	3	2		<b>Autres informations diverses</b>	Membre suppléant du CVS
<b>Statut dento-prothétique (apparent et selon propos interviewé)</b>	Edentement total. N'a plus de prothèses depuis plus de 6 ans. Ne les a pas fait refaire lorsqu'elles sont devenues inadaptées.	Edentement partiel. Dit avoir des dents résiduelles très endommagées en raison d'effets d'origine médicamenteuse. Fut équipée de deux prothèses: l'une a été perdue, l'autre est cassée.	Personne partiellement édentée, équipée de 2 prothèses.	Edentement partiel. Est équipée d'une prothèse qu'elle porte mais qui ne lui est plus adaptée (problèmes d'adhérence). Dit avoir toujours eu une santé BD fragile.		<b>Date et heure de l'entretien + durée</b>	21 mai 2017 à 13h30. D = 0h25.
<b>Degré d'autonomie au regard des gestes d'hygiène B-D (selon propos interviewé)</b>	Dépendance physique, difficultés à se mobiliser (fauteuil roulant avec assistance soignant), absence de troubles cognitifs. Réalise son hygiène orale seule.	Valide. Absence de troubles cognitifs. Totalement autonome quant à son hygiène bucco-dentaire.	Absence de troubles cognitifs. Mobile en fauteuil roulant. Réalise seule son hygiène bucco-dento-prothétique.	Troubles cognitifs, maladie de Parkinson. Mobile : se déplace avec une béquille dans sa chambre, et en fauteuil dans les couloirs. Réalise seule son hygiène bucco-dento-prothétique.	<b>Données relatives au résident parent.</b>	<b>Age</b>	81
<b>Date et heure de l'entretien + durée</b>	9 mai 2017 à 13h30. D = 0h30.	9 mai 2017 à 16h00. D = 0h45.	10 mai 2017 à 10h30. D = 0h35.	10 mai 2017 à 14h00. D = 0h50.		<b>Sexe</b>	H
						<b>Entrée dans l'Ets.</b>	20/09/2016
						<b>GIR</b>	1
					<b>Statut dento-prothétique (apparent et selon propos interviewé)</b>	Dents naturelles nombreuses mais abîmées. Absence de prothèse.	
					<b>Degré d'autonomie au regard des gestes d'hygiène B-D (selon propos interviewé)</b>	Résident incapable de réaliser son hygiène seul. Hygiène dans un premier temps suivie par l'épouse. Passage de relais à l'équipe lorsque des saignements sont survenus sous l'effet du brossage.	

	PROFESSIONNELS						
	Enquêté 6	Enquêté 7	Enquêté 8	Enquêté 9	Enquêté 10	Enquêté 11	Enquêté 12
<b>Fonction</b>	Directeur (DH)	Médecin coordonnateur	Aide-soignant	Aide-soignant	Infirmier	Infirmier	Cadre de santé-faisant fonction
<b>Age</b>	64 ans	72 ans	30 ans	42 ans	43 ans	56 ans	38 ans
<b>Sexe</b>	F	M	F	F	F	F	F
<b>Ancienneté dans l'établissement</b>	2,5 ans	2,5 ans	11 ans	16 ans	24 ans	33 ans	4 mois
<b>Ancienneté dans la fonction</b>	30 ans	2,5 ans	6 ans	4,5 ans	9 ans	32 ans	4 mois
<b>Autres informations diverses</b>	Directeur en charge de la chefferie de 4 établissements et administrateur d'un GCS.	/	/	AS issue du secteur sanitaire de l'établissement et récemment affectée en EHPAD.	Infirmière hygiéniste de l'établissement. Avait été impliquée dans plusieurs actions en faveur du développement de l'hygiène bucco-dentaire en interne en 2013.	Infirmière d'expérience jouant un rôle d'accompagnement des professionnels sur le terrain en l'absence de la cadre.	Infirmière remplaçant la cadre en maladie depuis janvier 2017.
<b>Date et heure de l'entretien + durée</b>	19 avril 2017 à 15h00. D = 1h10.	18 avril 2017 à 10h30. D = 1h00.	3 mai 2017 à 14h00. D = 1h00.	26 avril 2017 à 14h00. D = 0h50.	12 avril 2017 à 14h00. D = 1h10.	2 mai 2017 à 14h00. D = 0h45.	5 mai 2017 à 10h30. D = 0h50.

# Annexe 7 : Poster de sensibilisation 2013





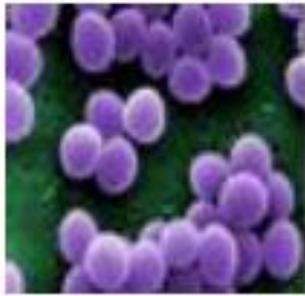
---

**Annexe 8 : Livret  
« Importance de l'hygiène  
bucco-dentaire » 2013**

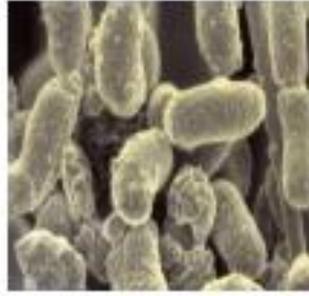
---

**IMPORTANCE DE L'HYGIENE  
BUCCO-DENTAIRE**





Streptocoque « mutans »



Actinobacllus actinomycetemcomitans



Plaque dentaire



**CARIE :**  
- accumulation de plaque  
- développement de bactéries  
- attaque de l'émail



**GINGIVITE :**  
Inflammation due à la plaque dentaire



**ABCES :**  
Nécrose dans une cavité



## LES CONSEQUENCES I

Les douleurs dentaires, les sensations (chaud, froid), les parodontopathies (responsables de la mauvaise haleine), une instabilité prothétique peuvent altérer le bien être de ces personnes.

Les infections dentaires peuvent être à l'origine d'infections à distance (infections pulmonaires, cardiaques,...)



Une apparence physique insatisfaisante peut aboutir à un état dépressif. Des troubles de la parole peuvent contrarier la vie de relation.

Un mauvais état bucco-dentaire compromet l'efficacité masticatoire et peut nécessiter une alimentation moulinée, voire mixée, diminuant le plaisir de manger et induisant une perte d'appétit.

# LES CONSEQUENCES !



Sur le plaisir de manger → dénutrition

Sur la santé générale



Sur la qualité de vie

Sur la vie sociale → isolement



## L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE EST INDISPENSABLE

LES DENTS : dans l'idéal brosser après chaque repas



LE DENTIER : dans l'idéal ôter, rincer et brosser après chaque repas, au moins deux fois par jour : lors de la toilette matinale et au coucher



## LE BILAN



---

# Annexe 9 : Devis formation

## UFSBD 2017

---



 CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS  
pour le développement de nouveaux concepts  
d'éducation et de Pratiques Bucco-Dentaires

7 rue Mariotte  
75017 PARIS  
n° SIRET : 78471924700057  
n° d'organisme de formation :  
11752372075

### DEVIS 2017

**Formation théorique et pratique à l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD  
7 heures pour un même groupe (soit deux demi-journées)  
Intra-établissement**

Organisme  
de DPC

**Publics :** Personnel soignant et encadrant

**Objectifs de la formation :**

- Développer les connaissances et le savoir-faire du personnel soignant et encadrant,
- Accompagner le personnel soignant dans le maintien de l'hygiène bucco-dentaire des résidents,
- Améliorer l'hygiène bucco-dentaire des résidents,
- Etablir des protocoles d'hygiène pour chaque résident.

**Déroulé de la formation :**

- Une partie théorique sur la problématique de la santé bucco-dentaire de la personne âgée et du rôle du soignant,
- Une partie pratique par simulation et jeu de rôles,
- Une partie pratique en chambre sous forme d'accompagnement du personnel pour guider les gestes de soins et améliorer les pratiques professionnelles.
- Prévoir pour l'établissement la mise à disposition d'une salle équipée d'un vidéoprojecteur.

**Le coût de la formation comprend :**

- La prestation de formation par le chirurgien-dentiste (déplacement, matériel).
- Un outil sous forme de livret de cours détaillé pour chaque stagiaire intégrant :
  - Les différents protocoles de l'hygiène buccale et prothétique chez la personne âgée
  - Les points clés à retenir pour chaque stagiaire
- Des brosses à dents jetables fournies pour le jeu de rôles.
- Une attestation de formation continue pour chaque stagiaire.

**Possibilité de prise en charge par un OPCA, programme admissible au DPC.**

**Cout pédagogique de la formation : 1 370 € net à payer (pour un groupe de 8 à 12 stagiaires)**

Devis valable pour des formations réalisées avant décembre 2017

**Données de l'établissement**

Nom de l'établissement :  
Nom du Directeur :  
Adresse :  
Code postal et Ville :  
Téléphone :  
Adresse email :

Bon pour accord,  
Qualité et nom du stagiaire

Date :

**Santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes  
Formation de 7 heures des personnels soignants**

Organisme  
de DPC

**Objectifs :**

- Développer les connaissances du personnel soignant et encadrant en EHPAD
- Intégrer la problématique bucco-dentaire dans le projet médical de l'établissement
- Améliorer la prise en charge bucco-dentaire en établissement grâce à des outils adaptés

**Modalités d'action :**

**Partie théorique - module 1 (2h30) : apports théoriques**

- Présentation de la formation et de ses objectifs
- Identification des représentations des stagiaires (la sphère orale, la bouche, les dents, l'hygiène) et de leurs attentes : brainstorming
- Plusieurs thèmes généraux sont ensuite développés autour de la santé bucco-dentaire :
  - Introduction et problématique de la santé bucco-dentaire de la personne âgée
  - Conséquence du vieillissement sur la santé bucco-dentaire
  - Impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie
  - Connaître la cavité buccale, origine des pathologies bucco-dentaires
  - Alimentation et santé bucco-dentaire
  - Les secrets de la prévention
  - Rôle du soignant, conduites à tenir face à certaines pathologies

Les quinze dernières minutes du module sont consacrées aux questions des stagiaires. Elles portent principalement sur des points pratiques en rapport avec leur activité professionnelle et leurs difficultés à réaliser le soin de bouche.

**Partie pratique par simulation - module 2 (1h) : Entretien de la bouche (sous forme de jeux de rôle)**

- Présentation du support du livret détaillé qui sera remis à chaque stagiaire. Il sert de référence pour être consulté par la suite par le personnel. Il est composé de 3 parties :
  - o l'importance de la santé bucco-dentaire chez la personne âgée sur sa qualité de vie et les répercussions sur la santé globale
  - o l'aide à la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire et l'entretien de prothèse dentaire
  - o le repérage précoce de pathologies bucco-dentaires par un simple examen visuel
- Présentation du protocole de brossage des dents et de l'entretien des prothèses, du matériel et produits nécessaires. Un jeu de rôle permet alors aux stagiaires de se mettre en situation pour la mise en œuvre des soins d'hygiène, dans un climat de confiance et de bienveillance.

**Partie pratique auprès des résidents (3h30) : visite en chambres auprès des résidents**

Cette deuxième partie pratique est essentielle. Les visites en chambres permettent d'accompagner et d'expérimenter avec les stagiaires, les outils et méthodes adaptés à leurs pratiques professionnelles. De même cette visite en groupe permet de partager les expériences et d'améliorer l'abord particulier que nécessite ce public. Les stagiaires seront invités à expérimenter de nouvelles techniques d'approche face à des patients en opposition de soins, de nouvelles pratiques faciles à intégrer dans le protocole de soins, des méthodes d'hygiène efficaces mais non anxiogènes pour les personnes.

Une part importante de cette formation consiste à apprendre aux stagiaires à réfléchir en équipe pour établir un protocole d'hygiène bucco-dentaire individualisé. Dans cette formation, il sera établi pour chaque résident visité, et les stagiaires seront encouragés à continuer ce travail avec l'ensemble des résidents.

L'évaluation de la formation se fait à deux niveaux : satisfaction et acquisition des connaissances.

UFSBD – 7 rue Mariotte – 75017 PARIS – contact : Annabel Miton [annabelmiton@ufsbd.fr](mailto:annabelmiton@ufsbd.fr)

ANDROUËT	Vincent	1 <sup>er</sup> décembre 2017
<b>Diplôme d'Établissement</b> <b>« Direction d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »</b>		
<b>Accompagner l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD pour préserver la santé générale et la qualité de vie des résidents : le champ d'action du directeur</b>		
Promotion 2016-2017		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Préserver une bonne santé bucco-dentaire est déterminant pour la personne âgée institutionnalisée, tant les enjeux pour sa santé physique et les répercussions sur son bien-être psycho-social sont conséquents.</p> <p>Pourtant, la santé orale des résidents d'EHPAD est très dégradée. Aussi, la prise en charge de l'hygiène bucco-dento-prothétique, bien que constituant la première mesure de prévention, est encore peu développée au sein des établissements.</p> <p>Le présent mémoire propose une mise en lumière des tenants et aboutissants de cette situation, et montre dans quelle mesure il appartient au directeur de se saisir de la problématique, en tant que garant du respect des droits des usagers et de leur qualité de vie.</p> <p>Les freins pouvant entraver le déploiement d'un accompagnement à l'hygiène orale en EHPAD sont multiples. Certains relèvent des usagers, d'autres des soignants, d'autres de l'institution elle-même. S'appuyant notamment sur le médecin coordonnateur, le directeur devra définir et insuffler la politique qui permettra de surmonter ces contraintes. C'est à lui de garantir que l'établissement apporte une réponse adaptée à ce besoin d'hygiène orale souvent inexprimé et ignoré des bénéficiaires.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Hygiène bucco-dentaire, prévention, sensibilisation, santé bucco-dentaire et générale, qualité de vie, droit à la santé, non-discrimination, âgisme, accompagnement adapté, droit à la protection, respect de la dignité et de l'intimité, estime de soi, lien social, libre choix, participation, engagement de la direction, leadership, politique institutionnelle.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		