



Le rôle de l'IDEC dans la prise en charge des soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes...

en **SSIAD**

et en

Accueil de jour

pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés

...pour garder le sourire !

Clotilde DEVILLON – HUIN

Véronique GARNAUD

Pauline GODEFROY

Monique REIGNOUX

Directrice de mémoire : Madame Céline LEDOUX

Géronto-psychologue

Enseignante et formatrice.

Superviseur AFTCC

Promotion 2019

Diplôme Universitaire d'Infirmier Coordinateur ou Référent en EHPAD ou en SSIAD

Université Paris Descartes



Table des matières

REMERCIEMENTS	
LEXIQUE et ABRÉVIATIONS	
CADRE RÉGLEMENTAIRE	
INTRODUCTION	1
SITUATIONS ET QUESTIONNEMENTS	3
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	6
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	7
CADRE DE RÉFÉRENCE.....	8
Un peu d'histoire	8
<i>Évolution de l'hygiène bucco-dentaire au fil de siècles et des civilisations</i>	8
<i>Histoire de la protection sociale en France et de l'accès aux soins</i>	10
La personne âgée – la dépendance	11
Facteurs aggravant l'état BD	12
Conséquences d'un mauvais état BD – Impact sur la santé et la qualité de vie de la Personne âgée	13
Les freins aux soins	14
Prévention, traitements et prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire	15
Rôle de l'IDEC	15
MÉTHODOLOGIE	17
Notre outil : les QUESTIONNAIRES.....	17
Description des questionnaires	17
Population ciblée.....	19
Mode de distribution.....	20
Nos grilles de recueil	21
Nos difficultés – Nos forces.....	22
ANALYSE.....	23
Présentation du profil des personnes interrogées et type de structures	23
Sensibilité des soignants à l'HBD	24
Évaluation de l'état bucco-dentaire	24
PROTOCOLE DE SOINS.....	25

PRATIQUE DU SOIN	26
LES REPRÉSENTATIONS DES SOINS BUCCO-DENTAIRES	29
FORMATION - CONNAISSANCES	31
LES CONSÉQUENCES D'UNE MAUVAISE HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE	34
DISCUSSION :	35
Les limites de l'étude	35
Réticences aux soins d'hygiène bucco-dentaire	35
Outils d'évaluation.....	36
Protocoles.....	37
La nécessité de formation	38
CONCLUSION.....	41
RÉSUMÉ	42
ABSTRACT.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	44
▪ Annexe 1 : Questionnaire IDEC	
▪ Annexe 2 : Questionnaire Soignant	
▪ Annexe 3 : Grille de recueil soignant	
▪ Annexe 4 : Grille de recueil IDEC	
▪ Annexe 5 : Graphique résultats questionnaire IDEC	
▪ Annexe 6 : Graphique résultats questionnaire Soignants	
▪ Annexe 7 : Grille OAG	
▪ Annexe 8 : « La CHICOT'BOX »	
↳ Formation aux SBD :	
✓ Vidéo de 3,08 mn sur l'importance des soins d'hygiène bucco-	
dentaire chez les personnes âgées dépendantes en SSIAD et en ADJ.	
✓ Jeu et réponses sur la santé bucco-dentaire.	
✓ Formation aux soignants :	
✓ Support Word pour l'IDEC	
✓ Support power point de présentation	
✓ Évaluation de la formation	
✓ Protocole (livret)	

↳ Outils :

- ✓ Trousseau pour la réalisation des soins bucco-dentaires,
- ✓ Fiche d'évaluation bucco-dentaire du patient,
- ✓ Fiche de liaison dentaire.

REMERCIEMENTS

Arrivant au terme de cette année de formation consacrée au Diplôme Universitaire d'Infirmier(ère) Coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD, nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont accompagnées et conseillées dans la réalisation de ce mémoire.

Nos remerciements s'adressent tout d'abord à l'équipe pédagogique dont Monsieur De Oliveira Lopes qui nous a guidés dans l'élaboration de notre questionnaire.

Nous souhaitons par ailleurs remercier chacun de nos maîtres de stage pour le temps qu'ils nous ont accordé et leurs précieux conseils qui nous serviront ensuite dans l'exercice de notre profession.

Merci également aux IDEC et aux soignants pour leur collaboration et le temps qu'ils nous ont accordé à répondre à notre questionnaire.

Notre gratitude va également à nos collègues qui ont assuré la continuité de service lors de nos cours et de nos stages, ainsi que vers nos familles qui nous ont soutenues durant cette année de formation.

Le « groupe des chicottes » remercie chaleureusement Monsieur Adrian Pérou et Madame Elise Reignoux pour la réalisation du clip vidéo et la voix « Off » de la Chicot'Box ainsi que Stéphane et Morgan pour la traduction du résumé.

Nous tenons enfin à adresser nos sincères remerciements à Madame Céline Ledoux, notre directrice de mémoire, pour ses conseils avisés, sa bienveillance et la justesse de ses remarques qui ont enrichi ce mémoire.

LEXIQUE et ABRÉVIATIONS

● **Lexique :**

Agnosie : Perte de la reconnaissance des objets ou des personnes.

Akinésie : Difficulté à initier un mouvement.

Aphasie : Trouble du langage.

Apraxie : Difficultés à effectuer certains gestes.

Asialie : Absence de salive

Dysphagie : Troubles de la déglutition.

Halitose : Mauvaise haleine

Hyposialie : Faible production de salive.

Parodonte : Ensemble des tissus qui entoure la dent et constitue son système d'attache.

Sialorrhée : Salivation excessive

Stomatodynie : Sensation de brûlure de la muqueuse buccale.

Xérostomie : Sécheresse buccale.

● **Abréviations**

AES : Accompagnant Éducatif et Social

AFTCC : Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive

ADJ : Accueil de jour pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés

AMP : Aide Médico-Psychologique

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AS : Aide-Soignante

ASG : Aide-Soignante spécialisée en Gériatrie

BD : Bucco-dentaire

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : Diplôme Universitaire

ÉHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR : Groupe Iso Ressource. Il permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée en France grâce à la grille d'évaluation AGGIR (Autonomie-Gérontologie-Groupe Iso Ressources).

HAS : Haute Autorité de Santé

HBD : Hygiène bucco-dentaire

IDEC : Infirmière coordinatrice

IDEL : Infirmière libérale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

PA : Personne âgée

REGIES95 : Réseau Gérontologique Inter-Établissements et Services du Val d'Oise

SBD : Soins bucco-dentaires

SHBD : Soins d'Hygiène Bucco-Dentaire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile.

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

OAG : Oral Assessment Guide

CADRE RÉGLEMENTAIRE

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner.
- Règles des bonnes pratiques professionnelles (HAS).
- Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.
- Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019.
- Circulaire N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ».
- Lois régissant les professions :
 - Article R .4311-3 du Code de la Santé Publique du 29 juillet 2004 (Rôle propre de l'IDE).
 - Circulaire du 19 janvier 1996 (AS).
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement des EHPAD.
- Code de la Santé Publique → Articles L. 4311-1 et suivants : Le rôle de l'IDE dans les actions de prévention et d'hygiène de la personne.
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement
- Soutien à la prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée (conférence des financeurs à la prévention de la perte d'autonomie).

INTRODUCTION

L'espérance de vie et le développement des maladies chroniques ont fait évoluer les besoins de la population dans notre pays. En effet, leur prise en charge sanitaire et médico-sociale est plus longue, plus complexe et nécessite souvent l'intervention de plusieurs professionnels. Face à ces évolutions, l'État a choisi de réformer et de moderniser le système de santé actuel par la loi du 26 janvier 2016¹.

Nous sommes quatre infirmières à s'être interrogées sur l'hygiène bucco-dentaire chez cette population vieillissante. Ce soin apparaît dans notre décret de compétences : du 29 juillet 2004, du Code de la Santé Publique, art. R.4311-5², et relève de notre rôle propre. Il peut s'effectuer en collaboration avec l'aide-soignant.

Cependant, par notre expérience professionnelle, nous avons remarqué que ce soin d'hygiène est souvent délaissé et avons donc décidé de connaître les raisons de la non-exécution de ce soin. C'est pourquoi nous avons réalisé une enquête sur ce sujet en ciblant spécifiquement les SSIAD et les ADJ. Par ce travail nous essayerons de réfléchir sur le rôle de l'IDEC dans l'organisation et le suivi des soins et dans son rôle de *manager* auprès des équipes pour la bonne exécution de ces mêmes soins.

Présentation du groupe « mémoire »

Nous sommes quatre infirmières, « 4 drôles de dames » réunies pendant notre année de DU d'IDEC, venues des 4 coins de la France et travaillant auprès des personnes âgées dans des institutions différentes.

- **Clotilde**, 47 ans, est IDEC depuis 4 ans dans un SSIAD de 130 patients à Sarcelles. Elle est aussi la référente du SSIAD renforcé de sa structure. Depuis sa prise de poste,

¹ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé -JORF n°0022 du 27 janvier 2016

² Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la Santé Publique : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ; »

elle a demandé à être formée au rôle d'IDEC au travers de ce DU afin d'améliorer sa posture de *manager* qui était nouveau pour elle, et d'approfondir ses connaissances médico-sociales autour de la personne âgée.

- **Monique**, 50 ans, travaille comme IDEC en accueil de jour près d'Orléans dans le Loiret. C'est elle qui a proposé le sujet du mémoire. Son souhait d'intégrer une formation et plus particulièrement ce DU d'IDEC résulte d'un besoin de légitimer son rôle de coordinatrice en accueil de jour auprès des médecins traitants mais également des gériatres et neurologues du Centre Hospitalier Régional d'Orléans. D'autre part, l'évolution du cadre réglementaire et des demandes des instances tutélaires lui imposait d'améliorer ses connaissances dans le domaine législatif.

- **Véronique**, 50 ans, est IDEC depuis 2 ans dans un SSIAD public géré par un Centre Hospitalier des Yvelines ayant une capacité autorisée de 70 bénéficiaires (dont 65 places pour personnes âgées de 60 ans et plus, ainsi que 5 places pour personnes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes de maladies chroniques). Elle a souhaité s'inscrire au Diplôme Universitaire « Infirmière Référente et Coordinatrice en EHPAD et en SSIAD » afin de développer des compétences managériales, d'acquérir des méthodes de travail, d'améliorer la coordination et l'organisation pour ainsi valider des compétences spécifiques à cette fonction et conforter sa position d'IDEC.

- **Pauline** est une infirmière diplômée depuis 2012, et occupe un poste d'IDEL remplaçante dans l'Aisne depuis 5 ans. Elle fait des vacations dans différents services par le biais d'une agence d'intérim. Elle a donc pu découvrir le statut d'IDEC au travers de ses différentes missions en EHPAD et ainsi percevoir la complexité de sa fonction. Curieuse d'en apprendre davantage sur le rôle de l'IDEC au sein de telles structures, elle a décidé de suivre ce DU à titre personnel.

Pour faciliter nos échanges, nous avons constitué un groupe sur *WhatsApp* et sur *Skype* que nous avons appelé, avec humour, « les chicottes » ! C'est ainsi que nous nous sommes baptisées !

SITUATIONS ET QUESTIONNEMENTS

Travaillant toutes les quatre auprès de personnes âgées, que ce soit au domicile ou en ADJ, nous avons souhaité trouver un sujet qui puisse réunir à la fois nos expériences et nos approches respectives auprès de la personne âgée dépendante.

Nous avons fait le constat que les soins de bouche étaient peu réalisés sur l'ensemble de nos patients.

Aussi, nous avons jugé intéressant d'approfondir par cette présente recherche nos observations vécues cliniquement.

Monique, témoigne du fait que les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et accueillies en ADJ arrivent majoritairement avec une bouche sale, pleine de dépôts alimentaires montrant qu'aucun soin bucco-dentaire n'a été effectué à domicile.

Lors de la prise en soin des personnes âgées en ADJ, certains soignants refusent d'effectuer les soins bucco-dentaires sous prétexte qu'ils auraient dû être réalisés au domicile ou que ce soin ne fait pas partie de leur travail.

Questionnement :

- Pourquoi les soins bucco-dentaires sont-ils peu faits alors que les patients arrivent du domicile où ils ont déjà reçu des soins d'hygiène par un AS du SSIAD ?
- Pourquoi les soignants travaillant en ADJ disent ne pas se sentir concernés par l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées accueillies ?

Véronique exerce en SSIAD. Dans son service, les soins d'hygiène bucco-dentaires sont intégrés au plan de soins et sont majoritairement réalisés, par les aides-soignants lors de leurs interventions.

En revanche, elle constate une absence d'évaluation de l'état bucco-dentaire, de plan de soin personnalisé et de connaissances des habitudes de vie de la personne prise en charge.

Questionnement :

- L'hygiène bucco-dentaire fait-elle partie intégrante de la prise en soins réalisée par les soignants ?
- Quelles en sont les limites et les difficultés ?
- Véritable problème de santé publique, les structures d'hébergement en ont pris la mesure mais qu'en est-il du domicile ?

Pauline, en tant qu'IDEL, constate pour sa part que lors d'une intervention chez un patient pris en charge par un SSIAD où les soignants effectuent quotidiennement les soins d'hygiène intime (petite toilette, pose de change complet), les soins bucco-dentaires quant à eux ne sont réalisés qu'occasionnellement.

Questionnement :

- La cavité buccale serait-elle considérée comme une sphère encore plus intime du corps ?
- Les soignants rencontrent-ils des difficultés ou éprouvent-ils des réticences à effectuer ces soins de bouche ? Est-ce le patient qui refuse le soin ?
- Une IDEC peut-elle apporter des solutions à ces problèmes ?

Clotilde, en réfléchissant aux différentes causes possibles du manque de soins bucco-dentaires, réalise qu'il n'existe pas dans son service de grille d'évaluation permettant d'apprécier la capacité de la personne à effectuer ses propres soins, ni de document répertoriant l'état bucco-dentaire de celle-ci. De fait, elle ne pense pas toujours à programmer les soins qui en découlent par le biais du plan de soins (brossage de dents ou entretien des prothèses dentaires) et le soignant n'est donc pas incité à la réalisation de ceux-ci.

Questionnement :

- Le manque d'outils et de formation peuvent-ils influencer le manque de pratique ?
- Le rôle de l'IDEC n'est-il pas d'évaluer et de programmer ces soins, de veiller à la qualité des soins apportés aux patients ?

- Ne faudrait-il pas permettre à l'IDEC de mettre en place une formation à destination des soignants afin de les sensibiliser à l'hygiène bucco-dentaire et d'apporter suffisamment de connaissances théoriques et pratiques pour garantir leur bonne réalisation.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Fortes de ces premières analyses, nous avons choisi de poser l'hypothèse suivante :

Les IDEC en SSIAD ou en ADJ rencontrent des difficultés à évaluer et/ou à faire réaliser les soins bucco-dentaires auprès des personnes âgées dépendantes prises en charge dans leur service.

Nous déduisons de cette hypothèse les problématiques subséquentes :

- Quelles sont les principales raisons de ces difficultés ?
- Quels sont les obstacles implicites et explicites qui entravent la réalisation des soins bucco-dentaires par les soignants auprès des personnes âgées dépendantes ?

Nous aborderons les hypothèses suivantes :

- Un manque de formation des IDEC et/ou des soignants serait un frein aux soins.
- L'absence de protocole ou d'outil serait une raison de l'absence de soin.
- Les soignants ressentiraient des réticences et/ou des difficultés lors de la réalisation du soin.
- La représentation de ces soins par les soignants et/ou les IDEC serait un obstacle à leur pratique.
- La place des soins bucco-dentaires ne serait pas une priorité de soins pour les soignants et/ou les IDEC.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

- Au 1^{er} janvier 2018, en France 20,1 % de la population a plus de 65 ans.
- À partir de 75 ans, une majorité de personnes déclare être limitée durablement dans les activités que font habituellement les gens.
- L'espérance de vie à la naissance en 2018 est de 79,4 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes³.

La santé bucco-dentaire en chiffres :

- Il est constaté la présence de plaque dentaire en grande quantité sur 19,5 % des résidents et de tartre en grande quantité sur 17 % d'entre eux.
- Pour 10,6 % des personnes, les appareils sont très mal nettoyés.
- En ce qui concerne l'état parodontal, 52 % ont des problèmes de parodonte (dont 19 % sont importants) et 10 % présentent des mobilités dentaires.
- 72 % des patients s'occupent eux-mêmes de leur hygiène ; 14,5 % ont besoin d'aide. Pour 13 % d'entre eux, le brossage est entièrement pris en charge par les aidants.
- Les chiffres sont pratiquement les mêmes en ce qui concerne l'entretien des prothèses, sachant que près d'un tiers des résidents (32 %) ont une prothèse adjointe et un quart ont une prothèse totale (23,3 %)⁴.

La santé bucco-dentaire en EHPAD :

- 45 % des plus de 65 ans ont au moins une carie,
- 35 % ont des racines résiduelles,
- 27 % ont une pathologie parodontale,
- 17 % ont des saignements,
- 15 % ont une édentation totale⁵.

³ L'état de santé de la population en France - DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). DREES. Santé publique France. L'état de santé de la population en France [en ligne]. 2017. Consulté en juin 2019.

⁴ Santé bucco-dentaire : AGIRC-ARRCO. UFSBD. Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées [PDF]. 2017 (première édition : 2014) (consulté en juin 2019).

⁵ L'hygiène dentaire. Les maisons de retraite.fr [en ligne]. Alliance-Senior (consulté juin/2019). Disponible sur : <<https://www.lesmaisonsderetraite.fr/sante/hygiene-dentaire.htm>>

CADRE DE RÉFÉRENCE

UN PEU D'HISTOIRE

Évolution de l'hygiène bucco-dentaire au fil de siècles et des civilisations

À l'Âge de bronze, le premier cure-dent fait son apparition.

Sous l'Antiquité égyptienne (3000 av JC - 526 après JC), les égyptiens utilisaient des tiges de bois de lentisque, des masticatoires (pâtes à mâcher puis à recracher à base de poudre de pierre, de pulpe de dattes et de plantes) et des pans (mélange de cardamome et de plantes à essences) pour se laver la bouche. La carie est d'abord apparue chez les classes dirigeantes à cause de leur alimentation plus riche. Vers 450 avant JC, on voit apparaître des médecins spécialisés dans le soin des dents.

Vers 300 ans avant Jésus Christ, Hippocrate fait le lien entre la salive, les aliments et la carie. Il associe la présence de tartre aux maladies parodontales et recommande l'usage du dentifrice.

Des poudres dentifrices étaient préparées selon différentes compositions. Il existait par exemple une poudre à base de corne de cerf brûlée utilisée pour son effet abrasif. On pouvait également trouver des préparations à base sels d'ammoniacs, du verre broyé, de la pierre ponce pilée, des coquilles d'huîtres. On ajoutait à cela du miel, de la myrrhe ou encore du salpêtre pour leurs effets adoucissants, désinfectants et liant de la pâte.

Au XVIe siècle, le cure-dent est à la mode et se porte en bijoux.

A partir du XIXe siècle, l'utilisation du dentifrice devient plus courante et prend la forme de poudres à base de sel, de craie ou de brique.

La brosse à dents, apparue en Chine au XVe siècle, est produite en série pour la première fois en Angleterre en 1780 (elle sera produite en France à partir de 1846).

À la fin du XVIIe siècle, le Néerlandais Anton Van Leeuwenhoek découvre la présence de bactéries dans la plaque dentaire ainsi que la structure tubulaire de la dentine.

C'est au XIX^e siècle, et grâce à Pasteur, que l'hygiène dentaire est intégrée peu à peu au domaine de la médecine. On voit également apparaître à cette période le fil dentaire en caoutchouc⁶.

Les années 1960 sont marquées par la découverte de mécanisme de la carie dentaire.

La prévention bucco-dentaire se développe en France dans les années 1980. La politique de soin est d'abord curative pour ensuite évoluer vers une approche préventive. La notion de qualité de vie apparaît d'ailleurs à cette période.

L'hygiène bucco-dentaire est aujourd'hui un soin essentiel pour le bien-être l'individu et de son entourage. « Une bouche saine symbolise un équilibre à la fois fonctionnel, esthétique et psychosocial »⁷.

La mise en place de nombreux programmes de prévention est peu à peu instaurée au XXI^e siècle. On considère en effet que « L'état de santé bucco-dentaire constitue un véritable enjeu de santé publique en raison de la prévalence des pathologies bucco-dentaires et de leur impact sur l'état de santé global »⁸.

Voici deux exemples d'organismes se mobilisant pour promouvoir la prévention bucco-dentaire, améliorer la qualité de vie des personnes âgées et inciter aux pratiques professionnelles au travers de formations :

- L'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire), en partenariat avec Agirc-Arrco (Caisse de retraite complémentaire des salariés du secteur privé), a mis en place un programme complet de prévention bucco-dentaire.
- Le REGIES95 (Réseau Gérontologique Inter Etablissements et Services du Val d'Oise) a mis en place un dispositif de formation continue pour les professionnels de santé coordonné par le Docteur Baranes. Leur objectif est de rendre le participant capable de former d'autres soignants sur le soin et la prévention pour une bonne santé orale lors du vieillissement en devenant « référent formateur en santé et confort oral » ou « référent en santé et confort oral »

⁶ PASQUINI, Aude. Evolution de l'hygiène bucco-dentaire au fil des siècles et des civilisations [PDF]. Thèse de chirurgie dentaire. Nancy : Université Henri Poincaré, 2002, 307 p. (consulté en juin 2019).

⁷ LEBRIS, Sébastien. *Hygiène bucco-dentaire et qualité de vie des personnes âgées* [en ligne]. TFE de DE Infirmier. Orthez : IFSI d'Orthez, 2011, p. 1. Disponible sur : <<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-sebastien-lebris.pdf>> (Consulté en juin 2019).

⁸ *L'état de santé de la population en France - rapport 2017 – DRESS.*

Histoire de la protection sociale en France et de l'accès aux soins⁹

1945 : Création de la Sécurité Sociale (régime général de santé, régime propre aux travailleurs indépendants, commerçants, artisans et au monde agricole).

1947 : Création d'un régime de retraite et de prévoyance des cadres.

1962 : Création de retraites complémentaires pour le secteur privé en complément de la retraite de base de la sécurité sociale.

1958 : Création de l'assurance chômage et extension du régime aux étudiants, veuves de guerre, orphelins et handicapés.

1978 : Création des prestations familiales.

1988 : Création du Revenu Minimum d'Insertion

2000 : Création de la Couverture Maladie Universelle.

2004 : Création de l'HAS.

L'Assurance Maladie impose une franchise médicale. Elle met également en place le Dossier Médical Personnel et le Parcours de Soins.

2016 : Un employeur doit faire bénéficier tous ses salariés d'une couverture complémentaire santé : la mutuelle d'entreprise devient obligatoire.

Les assurances complémentaires sont classées en trois catégories. Les assurances maladies qualifiées de « faibles » représentent 39,8 % des contrats, le groupe intermédiaire en compte quant à lui 42,6 %, laissant les 7,5 % restants dans la catégorie des assurances maladies les plus fortes. (Cf. Etude IRDES).

⁹ MARCHANDOT, Léa. Santé bucco-dentaire et grande pauvreté : recueil des perceptions, représentations, constats et préconisations de personnes en situation de grande pauvreté en lien avec ATD Quart Monde [en ligne]. Thèse d'odontologie. Nancy : Université de Lorraine, 2014, 232 p [En ligne] (Consulté en juillet 2019).

LA PERSONNE ÂGÉE – LA DÉPENDANCE

La personne âgée présente, par définition, un vieillissement de ses capacités physiologiques, physiques et/ou mentales. Même si certaines d'entre elles restent très dynamiques, d'autres, plus diminuées, deviennent dépendantes et ne sont plus capables d'effectuer correctement les actes courants de la vie tels que les soins bucco-dentaires.

Il est important de considérer l'époque dans laquelle nos patients ont évolué. Dans les années 1960 l'hygiène corporelle a pris de l'importance dans sa pratique quotidienne et prophylactique. En effet, la politique de santé bucco-dentaire agissait jusqu'alors de manière curative et très peu préventive. Les normes d'hygiène étaient moins strictes, moins réglementées, et il existait peu d'informations concernant les bénéfices d'une bonne hygiène bucco-dentaire. Par conséquent, la génération de nos patients et leur mode de vie est à prendre en compte dans leur prise en charge : l'IDEC a un rôle primordial dans l'évaluation de leurs pratiques et de leurs capacités, puis dans l'organisation des soins. C'est aux soignants de les aider à préserver un bon état bucco-dentaire en les accompagnants ou en effectuant les soins à leur place.

Une bonne hygiène bucco-dentaire va agir positivement dans les domaines médicaux, sociaux et psychologiques :

- Préserver le capital dentaire.
- Améliorer les conditions d'alimentation et lutter contre la dénutrition.
- Prévenir les pathologies infectieuses et inflammatoires.
- Maintenir la dignité, l'estime de soi et l'image de soi.
- Conserver la relation aux proches et aux soignants.

Les objectifs des soins bucco-dentaires sont multiples :

- Ils permettent d'éviter les dépôts alimentaires et la plaque dentaire.
- Ils apportent un confort au patient.
- Ils permettent de repérer les problèmes bucco-dentaires et de les traiter.

« Les maladies bucco-dentaires font partie des affections chroniques les plus fréquentes au niveau mondial. Avec l'avancée en âge, ces maladies deviennent encore plus

prégnantes. Les maladies générales influencent l'état buccal et, inversement, le mauvais état buccal aggrave l'état de santé générale¹⁰ »

FACTEURS AGGRAVANT L'ÉTAT BD

Vieillesse de la cavité buccale

La cavité buccale (tissus dentaires, parodonte, muqueuses buccales, glandes salivaires) subit aussi l'effet du temps en se modifiant physiologiquement et pathologiquement :

- Hyposialie entraînant une diminution de la capacité d'auto-nettoyage de la cavité buccale.
- Vieillesse dentaire, rétraction physiologique de la gencive, modifications morphologiques et physiologiques des tissus parodontaux (perte d'élasticité, modification de l'os alvéolaire...), retard de cicatrisation, perte de dents.
- Caries coronaires et caries radiculaires (plus fréquentes chez la personne âgée).

Autres causes

D'autres facteurs peuvent intervenir et dégrader la cavité buccale :

- L'apparition de maladies comme le diabète, les infections ou les cardiopathies sont des facteurs aggravants.
- La dépendance de la personne âgée (cf. GIR de la personne), les maladies neurodégénératives, la démence, les troubles cognitifs, la dépression, les handicaps, les pathologies rhumatismales limitent l'aptitude à maintenir ou à réaliser les gestes d'hygiène bucco-dentaires.
- La prise de certains médicaments et/ou la polymédication diminue la vigilance de la personne et peuvent affaiblir la sphère buccodentaire.
- La déshydratation, la dénutrition.
- La faible fréquence des consultations chez le dentiste, la difficulté d'accès aux soins, l'absence de dépistage.

¹⁰ RADOÏ, Loredana. VEILLE-FINET, Agnès. DUPUIS, Véronique. FOLLIGUET, Marysette. « Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale » [en ligne]. In *La Revue de Gériatrie*. Tome 41. 1^{er} janvier 2016. p. 5. (Consulté en mai 2019).

CONSÉQUENCES D'UN MAUVAIS ÉTAT BD – IMPACT SUR LA SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE DE LA PERSONNE AGÉE

Un mauvais état bucco-dentaire peut entraîner de multiples conséquences sur l'état général de la personne :

- **Complications locales** : caries ; sécheresse buccale ; halitose ; perte du goût ; blessure des muqueuses ; abcès ; douleurs ; perte de dents ; mâchoire mal alignée et incomplète entraînant une difficulté de mastication ; stomatite prothétique (inflammation des tissus sous la prothèse) entraînant un risque de malnutrition voire de dénutrition ; inconfort ; tartre ; mycoses buccales.
- **Troubles fonctionnels** : mastication ; déglutition ; phonation ; fausses routes ; sarcopénie par dénutrition...
- **Confusion aiguë de la personne âgée dépendante** : mutisme ; agitation ; agressivité ; opposition aux soins.
- **Complications infectieuses à distance** : problèmes cardiaques ; affections respiratoires ; rhumatismes ; ostéoporose ; affections dermatologiques.
- **Qualité de vie** : baisse de l'estime de soi ; repli social ; perte d'autonomie ; perte du plaisir de manger ; dénutrition ; crainte de parler, sourire ou embrasser ; changement de structure du visage par la perte des dents.
- **Perte d'estime de soi** : « Une société promeut des critères normatifs, esthétiques et de représentation sociale »¹¹. Évidemment, chacun réagit différemment face à ces normes mais une dentition dégradée impacte inévitablement sur l'image corporelle et donc sur l'estime et la confiance en soi. De même, la relation à l'autre peut être modifiée par la gêne engendrée par la détérioration physique, et *de facto*, par les conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire (mauvaise haleine, perte du sourire, défaut d'élocution, perte de poids). Ainsi, les relations amicales, amoureuses et professionnelles en sont directement impactées.

Néanmoins, et *a contrario*, le discours fataliste de certaines personnes âgées fait de la perte des dents une conséquence inéluctable de la vieillesse.

¹¹ Estime de soi (d'après Léa Marchandot - 2014 – page 85).

LES FREINS AUX SOINS

D'après Caroline Desprès (Médecin en santé Publique et anthropologue), de nombreuses personnes renoncent aux soins alors qu'ils sont nécessaires. Les raisons avancées sont multiples :

- Absence de besoin ressenti.
- Désintérêt.
- Soins différés puis abandonnés.
- Aspect fonctionnel privilégié sur l'apparence.

Les inégalités de conditions sociales, d'accès aux soins et de prises en charge des soins amènent au renoncement aux soins pour des raisons financières. L'offre des soins est par ailleurs limitée si on tient compte du nombre de praticiens sur le territoire (rural ou urbain) et du statut du professionnel consulté (libéral ou salarié).

A leur tour, la « peur du dentiste » ou celle d' « avoir mal », tout comme l'absence de motivation pour la santé dentaire les amènent à se détourner de ces soins.

Un mauvais état bucco-dentaire est plus souvent constaté auprès des populations en situation de précarité. En effet, les soins bucco-dentaires sont souvent coûteux notamment lors d'une mise en place de couronne, d'un bridge ou d'une prothèse. Le reste à charge est un frein pour certaines personnes. Les soins sont alors remis à plus tard ou abandonnés. En outre l'accès aux soins auprès d'un professionnel comme un dentiste ou un prothésiste dentaire est d'autant plus compliqué que la personne âgée est dépendante ou présente des troubles cognitifs.

Il faut également souligner que la pénurie de dentistes sur certains territoires entraîne souvent un report de soins voire leur abandon. D'autre part, les coûts et l'accès aux transports viennent se surajouter à ces difficultés.

En résumé, les freins au recours aux soins dentaires observés chez la personne âgée dépendante sont :

- La complexité d'accès aux structures de soins qu'elle soit d'ordre géographique ou nécessitant un accueil spécifique.
- La difficulté de déplacement due à l'âge : diminution de la mobilité, besoin d'une tierce personne, la fatigue.

- Les faibles taux de remboursement des prothèses et de certains soins (parodontologie, fluoration).
- L'absence de besoin ressenti : 78 % des personnes âgées estiment qu'une visite est inutile surtout si on est édenté (28 %).
- La présence de troubles cognitifs : la personne ne veut, par exemple, pas ouvrir la bouche.

Du côté des soignants, on peut penser que le soin de bouche est perçu comme un fardeau peu gratifiant et qu'il demande beaucoup de temps. Il est fréquemment omis du fait des contraintes de temps, des réticences du soignant et de la peur de faire mal.

PRÉVENTION, TRAITEMENTS ET PRISE EN CHARGE DE L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

La prévention consiste, d'une part, en soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire et, d'autre part, en soins professionnels périodiques assurés par le dentiste.

- Des produits fluorés (dentifrices, gels, vernis, chewing-gum, bains de bouche).
- Une alimentation variée et équilibrée.
- L'accès aux soins dentaires pour le dépistage et le suivi bucco-dentaire ; l'installation de prothèses.

Face à la dépendance de la personne âgée, nous pensons que l'IDEC doit être attentif à l'évaluation de l'état bucco-dentaire du résident pour que l'équipe prenne activement part à l'accompagnement des personnes dans ce geste quotidien.

Pour cela, il est nécessaire de former le personnel et de lui apporter des outils qui peuvent être une référence dans la pratique du soin (établissement de fiches techniques et de protocoles de soins, mise en place de grilles d'évaluation).

RÔLE DE L'IDEC

L'IDEC est responsable de la qualité, de la continuité et de la traçabilité des soins et de la mise en œuvre du projet d'établissement et/ou de service.

Il évalue la dépendance et établit un projet de soins individualisé en planifiant les interventions des aides-soignants.

L'IDEC doit insuffler une dynamique et un état d'esprit dans la pratique des soins de son équipe. Il doit permettre aux soignants de travailler en conformité des bonnes pratiques (notion de bienveillance et qualité de travail).

Il doit être capable d'analyser les difficultés des soignants pour y remédier et peut mettre en place des formations pour harmoniser les pratiques.

L'IDEC peut proposer un tutorat ou un soignant référent « SBD » en support pour le reste de l'équipe soignante.

L'IDEC est garant du bien-être de ses patients au travers des soins effectués par son équipe.

L'IDEC est, par définition, le coordinateur de soins (au sein de son équipe mais aussi avec les autres professionnels de santé) et le *manager* de son équipe !

MÉTHODOLOGIE

NOTRE OUTIL : LES QUESTIONNAIRES

(Cf. annexes 1 et 2).

Afin de mener notre enquête sur l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes (présentant ou non des troubles cognitifs), nous avons élaboré deux questionnaires que nous avons voulu simples et rapides à remplir : un pour les soignants (AS/ASG ou AMP) et un pour les IDEC.

Le temps nécessaire pour y répondre était d'environ dix minutes (nous avons conscience du peu de temps dont les équipes disposent pour ce type de demande).

Nous avons fait le choix d'un questionnaire attractif (sous forme de livret avec des illustrations et en couleur).

Dans les deux questionnaires nous retrouvons les thèmes identiques et une similitude dans les questions tout en marquant la spécificité de la fonction et la vision du soignant ou de l'IDEC.

Description des questionnaires

Les questionnaires ont été élaborés en compilant nos expériences du terrain, nos difficultés dans ce domaine, nos questionnements et nos suppositions.

Ce travail de cohésion au sein de notre groupe de travail nous a permis de construire des ébauches de questionnaires qui furent affinées au fur et à mesure de l'avancée de notre réflexion.

Nous détaillerons ici le déroulement de notre questionnaire.

✿Évaluation de l'état bucco-dentaire.

Notre premier questionnement était à propos de l'évaluation de l'état bucco-dentaire du patient. Était-elle réalisée à l'admission du patient, par qui, existait-il un support évaluatif (grille, schéma ou autre) et était-il utilisé ?

✿Protocole de soin

Cette seconde étape du questionnement fait un état des lieux de l'existence ou non d'un protocole sur le brossage des dents et/ou le nettoyage des prothèses dentaires dans les services.

Nous leur avons demandé de nous laisser un exemplaire du protocole de la structure s'il en existait un.

Aux soignants a été demandé s'ils seraient favorables à l'existence d'un protocole alors qu'aux IDEC, si la mise en place d'un protocole favoriserait la pratique des soins bucco-dentaires.

✿Pratique du soin

Les questions posées dans cette section avaient pour but :

- D'évaluer la pratique des soins de bouche et prothétiques selon les soignants,
- D'en percevoir les difficultés et leur réticence à les effectuer,
- Et enfin, d'en connaître leurs représentations.

✿Formation / Connaissances

- Pour les soignants :

Cet *item* voulait mettre en évidence le nombre de soignants formés aux soins bucco-dentaires, l'antériorité et l'origine de cette formation.

S'ils n'ont pas reçu de formation, trouvaient-ils bénéfique d'être formés ou, au contraire, n'y voyaient-ils aucun intérêt ?

D'autre part, nous leur avons demandé de nous lister les conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire afin d'évaluer leurs connaissances sur le sujet.

- Pour les IDEC :

Les questions posées aux IDEC permettaient d'évaluer leurs connaissances quant aux conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

D'autre part, le thème de la formation a été abordé de façon à apprécier leur niveau de formation, l'intérêt à être formés et à former les soignants.

L'opportunité d'une formation auprès des soignants permettrait elle d'améliorer la pratique ?

Quel serait à leur avis le type de formation le plus pertinent pour les soignants : tutorat, soignants référents, formation interne ou externe ? Quels en seraient les bénéfices et les obstacles ?

Seraient-ils prêts à élaborer ou proposer un protocole en collaboration avec leurs équipes ?

✿Présentation du questionnaire

Nous avons souhaité placer la présentation des soignants et des IDEC interrogés en fin de questionnaire afin de ne pas être influencés leur identité.

Nous avons recherché leurs fonctions, leurs lieux d'exercice, leurs âges et leur ancienneté pour faire des liens avec les précédentes questions.

Enfin, nous avons cherché à savoir s'ils étaient préoccupés par l'hygiène bucco-dentaire.

Population ciblée

Nous avons choisi de déposer nos questionnaires en accueil de jour et en SSIAD, lieux de pratique professionnelle pour notre groupe mémoire.

Nous avons finalement recueilli 84 questionnaires.

Un seul questionnaire n'a pu être exploité (le n° 50) car le soignant avait omis d'informer sa fonction, son lieu de travail, son âge...Il ne rentre donc pas dans les statistiques.

- **Soignants SSIAD / ADJ** : 70 questionnaires analysés
 - dont 91 % d'AS et 9 % d'AMP,
 - dont 84 % travaillent en SSIAD et 16 % en ADJ.

- **IDEC SSIAD / ADJ** : 13 questionnaires analysés
 - dont 77 % travaillent en SSIAD et 23 % en ADJ.

Le faible développement des accueils de jour explique cet écart.

Concernant les accueils de jour, nous avons ciblé :

- 2 ADJ associatifs dans le Loiret.
- 1 ADJ privé à but non lucratif dans l'Aisne.

Concernant les SSIAD, nous avons ciblé :

- 1 SSIAD privé à but non lucratif dans le Val d'Oise.
- 1 SSIAD associatif dans l'Aisne.
- 3 SSIAD associatifs dans le Loiret.
- 1 SSIAD public dans les Yvelines.

Nos structures interrogées se trouvent aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural afin d'obtenir des réponses diversifiées.

Mode de distribution

Une fois nos questionnaires validés par notre directrice de mémoire, nous les avons distribués auprès des structures concernées après avoir obtenu l'accord de leur direction.

Nous nous sommes chacune rendues dans les structures sélectionnées afin de présenter nos questionnaires aux équipes et aux cadres et de répondre à leurs éventuelles questions. La démarche fut identique pour recueillir les questionnaires remplis.

Au fil de notre travail nous avons également créé un questionnaire en ligne (*Google forms*) envoyé via *Facebook* aux accueils de jour en lien avec l'ADJ du Loiret (Cléry Saint André).

- Questionnaire des soignants :

https://docs.google.com/forms/d/1IZpQt2yDVQ83f_ZyVKPQ44dyjko8rH0ASvzQO6Nh-1A/edit

- Questionnaire IDEC :

<https://docs.google.com/forms/d/1vHEcnIOv4sAdOmCtq9VdXYrY5aFJ6kQRyeWn7e9FCzU/edit>

Nos grilles de recueil

(Cf. annexes 3 et 4).

Pour le dépouillement de nos questionnaires, nous avons créé deux grilles de recueil : une pour les IDEC, l'autre pour les soignants.

Nous avons numéroté nos questionnaires afin d'identifier chacune des réponses et ainsi affiner nos analyses.

Nous avons respecté l'ordre des *items* pour remplir ces grilles :

- **Présentation** (en fond violet),
- **L'évaluation de l'état bucco-dentaire** (en fond orange),
- **Protocole de soins** (en fond jaune),
- **Pratique du soin** (en fond bleu),
- **Formation et les connaissances** (en fond vert).

Nous avons également différencié les structures avec des codes couleurs :

- **Les SSIAD** en fond vert,
- **Les Accueils de jour** en fond orange.

Une fois les questionnaires récupérés auprès des structures, nous avons chacune notre tour rempli nos grilles afin de simplifier l'analyse statistique.

Nous avons numéroté nos questionnaires afin d'approfondir nos analyses.

Pour les IDEC :

- Clotilde : Questionnaires n° 1 et 2.
- Pauline : Questionnaires n° 3 et 4.
- Monique : Questionnaires n° 5 à 9 et 13.
- Véronique : Questionnaires n° 10 à 12.

Pour les soignants :

- Clotilde : Questionnaires n° 1 à 14.
- Pauline : Questionnaires n° 15 à 23.
- Monique : Questionnaires n° 24 à 56, 70, 71.
- Véronique : Questionnaires n° 57 à 69.

A la fin de ces grilles, nous avons regroupé les incohérences et nos analyses personnelles dans un *item* intitulé « notes ».

Nos difficultés – Nos forces

En ce qui concerne le questionnaire en ligne, nous n'avons obtenu aucun retour. Ce mode de communication n'a semble-t-il pas séduit le corps soignant « connecté ».

Du fait du nombre important de réponses à nos questionnaires, il nous a fallu plusieurs semaines pour dépouiller puis analyser toutes les informations.

L'enquête a été d'autant plus longue du fait des nombreuses sollicitations pour récupérer les questionnaires répartis sur des zones géographiques étendues.

Les structures dont nous sommes partenaires ont été en revanche plus promptes à nous répondre.

Il nous a finalement fallu environ un mois et demi pour récupérer tous les questionnaires.

Le groupe des « Chicottes » malgré l'hétérogénéité professionnelle a su travailler dans un consensus dynamique.

ANALYSE

Nous avons ensuite réalisé des graphiques à partir des grilles de recueil que nous avons élaborées afin d'obtenir une synthèse visuelle aisément compréhensible de nos résultats (annexe 5).

PRÉSENTATION DU PROFIL DES PERSONNES INTERROGÉES ET TYPE DE STRUCTURES

(Cf. annexes 5. GRAPHIQUES IDEC n° 19, 20, 21, 22 / soignants n°13, 14, 15, 16).

- **Soignants SSIAD / ADJ** : 70 questionnaires analysés
 - dont 91 % d'AS et 9 % d'AMP,
 - dont 84 % travaillent en SSIAD et 16 % en ADJ.

- **IDEC SSIAD / ADJ** : 13 questionnaires analysés
 - dont 77 % travaillent en SSIAD et 23 % en ADJ.

La majorité des réponses aux questionnaires sont issues du groupe aides-soignants, assistants en soins gériatriques et IDEC en SSIAD. L'échantillon des ADJ est peu représenté soit 16 % pour les soignants et 23 % pour les IDEC.

Nous pouvons expliquer ces résultats par le faible développement des accueils de jour et à contrario, des SSIAD en plus grand nombre avec des effectifs plus conséquents ainsi qu'un personnel essentiellement constitué d'AS et d'ASG.

Âge et ancienneté des soignants :

- Les 30 à 50 ans sont les plus représentés en SSIAD et en ADJ.
- La moyenne d'âge est de 43 ans pour les SSIAD et 40 ans pour les ADJ.
- L'ancienneté professionnelle est respectivement de 16 ans en SSIAD et 13 ans en ADJ.

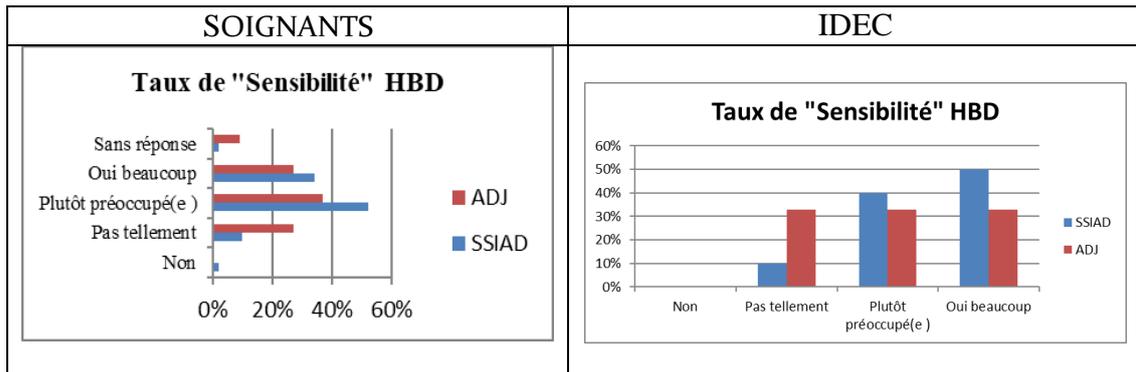
Âge et ancienneté des IDEC :

- Les 30/40 ans sont les plus représentés en SSIAD.
- Les 20/29 ans sont plus représentés en ADJ qu'en SSIAD. Probablement que le faible échantillonnage en accueil de jour peut expliquer ce résultat.

- Les IDEC de SSIAD ont travaillé un peu plus longtemps comme IDE (21 ans) avant de prendre un poste d'IDEC par rapport aux IDEC d'ADJ (18 ans). Les infirmières coordinatrices exercent, réciproquement, en moyenne depuis 4 à 4,5 ans.

SENSIBILITÉ DES SOIGNANTS À L'HBD

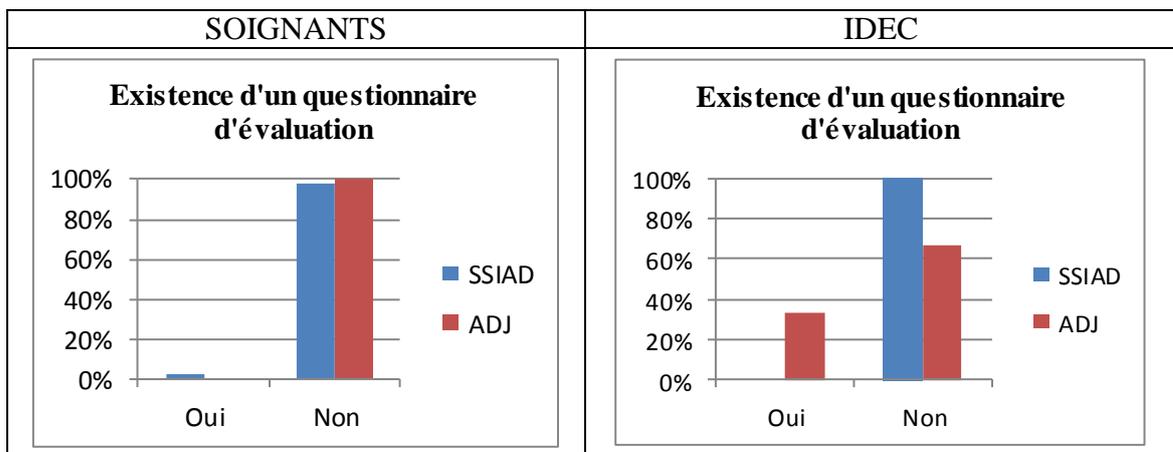
(Cf. annexes 5. Graphiques IDEC n° 17 / soignants n° 17).



La majorité des soignants et IDEC, structures confondues, se disent « beaucoup » à « plutôt préoccupés » par l'hygiène bucco-dentaire. Serait-ce de la désirabilité sociale, une volonté de donner une bonne image sociale de soi ? Nous constatons, une plus forte sensibilisation aux SBD, en SSIAD qu'en ADJ.

ÉVALUATION DE L'ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

(Cf. annexe 5. Graphiques IDEC n° 2 / soignants n° 2).



La plupart des personnes interrogées indiquent qu'il n'y a pas d'évaluation bucco-dentaire réalisée. Quand elle l'est, elle est conduite par l'IDEC en accueil de jour et conjointement par les soignants, les IDE et les IDEC en SSIAD.

Dans un SSIAD, il a été constaté une mauvaise compréhension de la question, par 6 soignants sur 13. En effet, il y a, semble-t-il, eu confusion entre l'évaluation globale lors de la visite d'admission et l'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire. Dans notre question, nous n'avions pas précisé que l'évaluation concernait l'HBD pensant que cela allait dans le sens de l'intitulé du questionnaire. En est-il de même pour les autres services ?

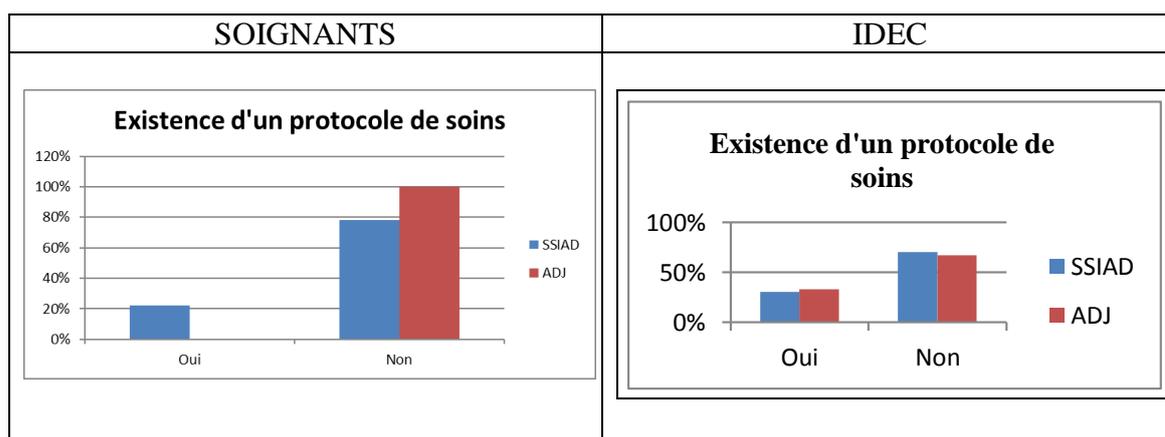
Nous pouvons nous interroger sur l'existence d'une évaluation de l'HBD et de la représentation que s'en font les soignants. Il est probable que pour certains, obtenir des informations telles que la présence d'une prothèse dentaire, la capacité à se brosser les dents seul ou avec aide ... peuvent suffire à l'évaluation.

En SSIAD, 100 % des IDEC n'ont pas de questionnaire d'évaluation alors qu'en ADJ 33 % en possèdent.

Aucun IDEC d'ADJ ne nous a remis sa grille d'évaluation.

PROTOCOLE DE SOINS

(Cf. annexes 5. Graphiques IDEC n° 3, 4 / soignants n° 3, 4).



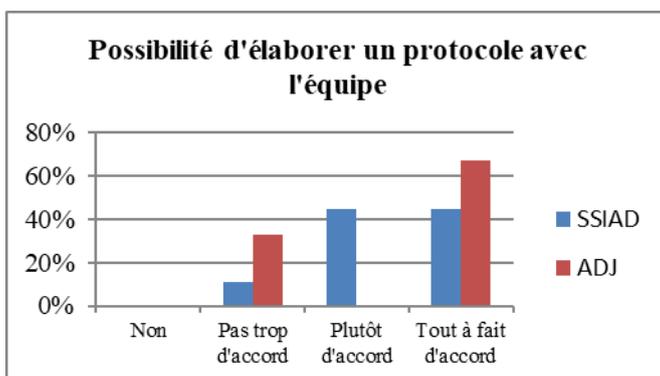
Soignants et IDEC :

Les résultats obtenus auprès des soignants et des IDEC montrent qu'il existe peu de protocoles de soins aussi bien en ADJ qu'en SSIAD. Toutefois, selon notre questionnaire, la majorité des soignants (soignants et IDEC) seraient favorables à la mise

en place d'un protocole de soins. Cet intérêt est un peu moins marqué concernant les IDEC en accueil de jour (100 % des IDEC en SSIAD contre 66 % en ADJ).

✿Élaboration d'un protocole en équipe du point de vue des IDEC

(Cf. annexes 5. Graphiques IDEC n° 18).



Globalement, les IDEC de SSIAD et d'ADJ s'accordent à dire que l'élaboration consensuelle d'un protocole de SHBD en équipe est réalisable. On note malgré tout 33 % d'IDEC en ADJ peu enclin à l'exercice.

PRATIQUE DU SOIN

(Cf. annexes 5).

✿Réalisation des SBD et prothèses dentaires

☞ Soins bucco-dentaires

(Cf. annexe 5. Graphiques IDEC n°5 / graphiques soignants n° 5).

Soignants :

En SSIAD, 33 % sont réalisés « systématiquement », 64 % « souvent » et 0 % « jamais ».

En ADJ, 18 % sont réalisés « systématiquement », 0 % « souvent » et 55 % « jamais ».

IDEC :

En SSIAD, les IDEC pensent que, la plupart du temps, les SBD sont « souvent » réalisés par les soignants. Pour 10 %, ils sont effectués « systématiquement » et pour 30 % « rarement ».

En ADJ, la majorité des IDEC mentionne que les SBD sont « rarement » (33 %) voir « jamais » (33 %) effectués par les soignants. Seulement 33 % seraient réalisés « systématiquement ».

Nous notons qu'en SSIAD ce soin est souvent réalisé contrairement aux ADJ

☞ Nettoyage des prothèses dentaires

(Cf. annexe 5. Graphique IDEC n° 6 / graphique soignants n° 6).

Soignants :

En SSIAD, 34 % est réalisé « systématiquement », 56 % « souvent » et 0 % « jamais ».

En ADJ, 18 % est réalisés « systématiquement », 0 % « souvent » et 55 % « jamais ».

Là encore, le nettoyage des prothèses est souvent effectué en SSIAD et rarement en ADJ.

IDEC :

En SSIAD, les IDEC pensent que le nettoyage des prothèses est « souvent » réalisé par les soignants à 70 % contre 33 % en **ADJ**.

Nous pouvons convenir de l'irrégularité et la disparité dans la prise en soin.

✳ Réticences à effectuer les soins

(Cf. annexe 5. Graphique IDEC n° 8 / graphique soignants n° 8).

Soignants :

La grande majorité des soignants exprime ne pas avoir de réticences à la réalisation des SBD. Cependant 9 % évoquent l'intrusion et 7 % ont peur de réactions agressives.

IDEC :

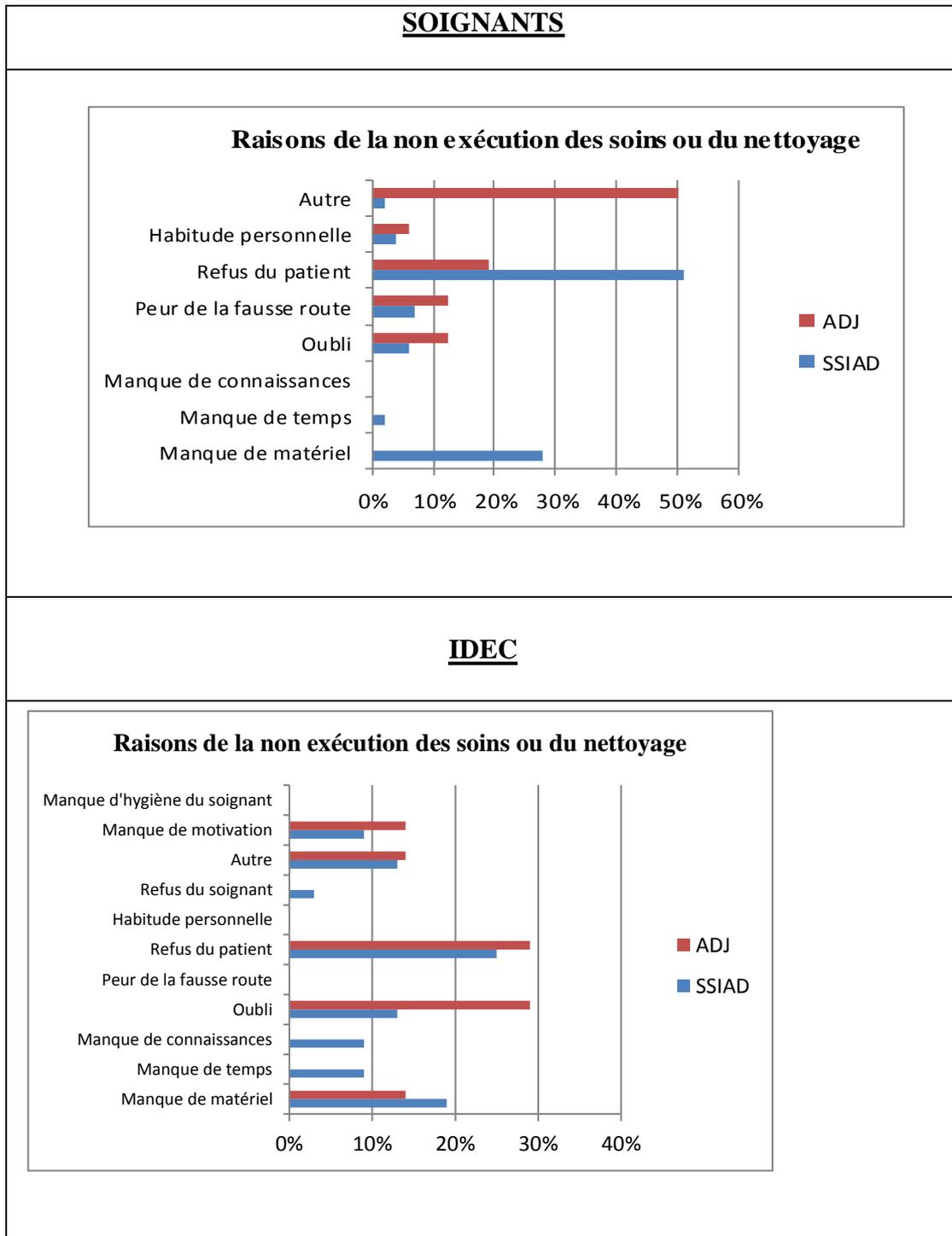
D'après les IDEC, les principales réticences que ressentiraient les soignants dans les deux structures seraient la « peur de réactions agressives » et le « dégoût ».

La notion de « sentiment d'intrusion » ressort de manière significative en ADJ mais est inexistante en SSIAD.

Le constat de cette analyse révèle qu'il y a une peur des réactions agressives alors que ce soin n'est pas décrit comme un soin difficile.

✿ Raisons de la non-exécution des SHBD

(Cf. annexe 5. Graphique IDEC n° 7 / graphique soignants n° 7).



Les soignants en SSIAD déclarent ne pas réaliser les soins bucco-dentaires, mettant notamment en cause, le refus du patient et/ou le manque de matériel.

En ADJ, la majorité des soignants a invoqué la non-réalisation pour des raisons « autres ». Ils précisent que les soins doivent être effectués au domicile avant l'arrivée en accueil de jour (par les familles ou les SSIAD). D'autre part, ils justifient l'absence de soins par l'absence de protocoles.

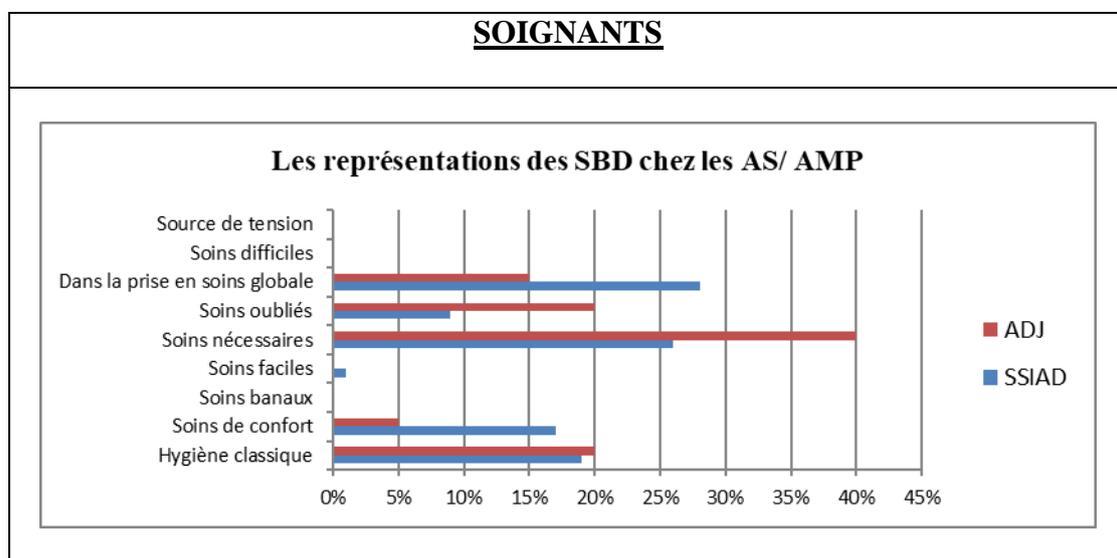
Aucun soignant n'a évoqué le « manque de connaissances » comme justification de la non-réalisation des soins.

IDEC :

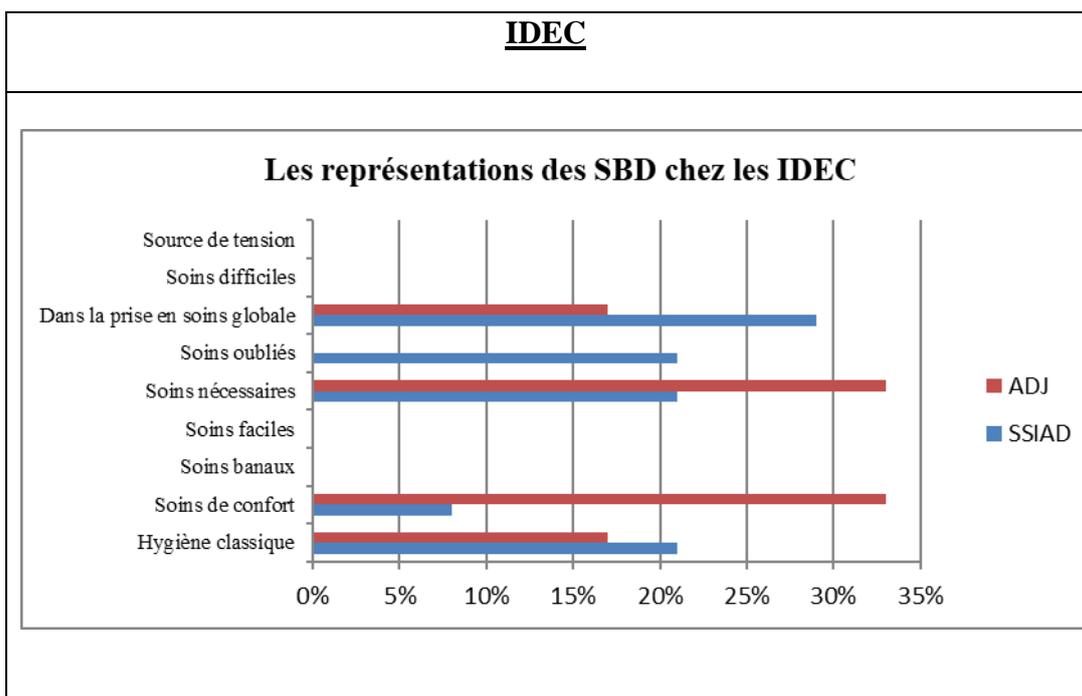
Les IDEC de **SSIAD** et d'**ADJ** s'entendent pour dire que les raisons principales à la non-exécution des soins sont d'abord « le manque de matériel » puis « l'oubli des soignants ». Notons qu'en SSIAD, le manque de connaissances est abordé.

LES REPRÉSENTATIONS DES SOINS BUCCO-DENTAIRES

(Cf. annexes 5. Graphiques IDEC n° 9 / soignants n° 9).



IDEC



Soignants et IDEC :

Les soignants d'ADJ et de SSIAD s'accordent pour dire que les SBD font partie de la « prise en soins globale », qu'ils sont « nécessaires » et concernent « l'hygiène classique ».

A contrario, en ADJ, il ressort que ces soins sont « oubliés ». Il est frappant de constater qu'aucun soignant ne pense que c'est un soin « difficile » et/ou une « source de tension ».

IDEC :

Dans les ADJ, les IDEC pensent que ces soins sont « nécessaires » mais qu'ils sont avant tout des « soins de confort ».

Pour les SSIAD, ce sont des « soins nécessaires » dans la prise en charge de personnes âgées dépendantes. Ils rentrent dans les soins de « nursing classique ».

Les IDEC de SSIAD évoquent « l'oubli des soignants » à 22 % alors que les soignants l'estiment à seulement 9 %.

Du côté des ADJ, là où les IDEC considèrent que ce sont des « soins de confort » (33 %), les soignants ne les cotent qu'à 5 %.

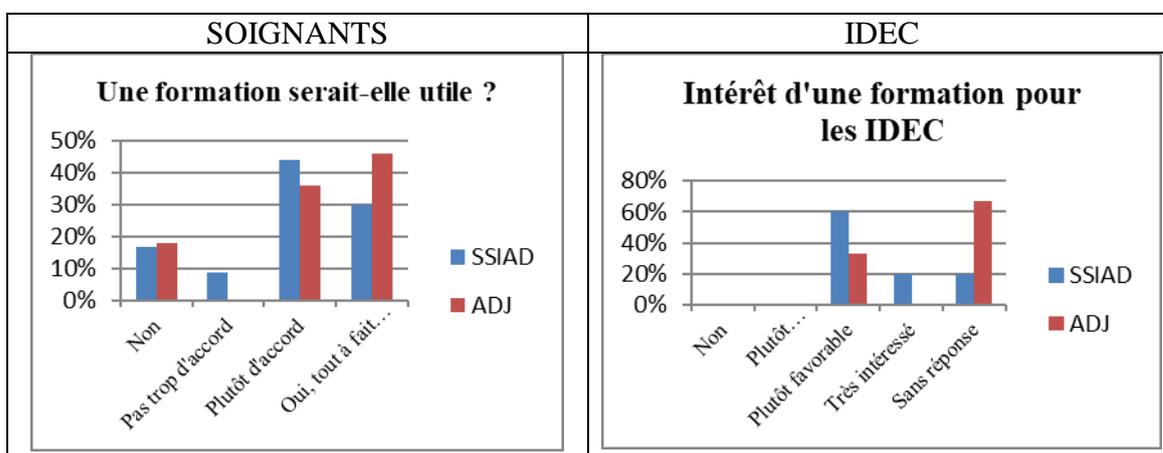
La représentation du « soin oublié » par les soignants du côté des IDEC n'est pas mentionnée alors qu'il est coté à 20 % dans les retours des soignants.

FORMATION - CONNAISSANCES

(Cf. annexes 5.).

✳ Utilité et intérêt d'une formation pour les soignants et les IDEC

(Cf. annexe 5. Graphique IDEC n° 12 / graphique soignants n° 11).



Soignants :

Que ce soit en SSIAD ou en ADJ, la majorité des soignants serait « favorable » à une formation. Cependant 17 % à 18 % d'entre eux pensent qu'une formation ne leur serait d'aucune utilité.

IDEC :

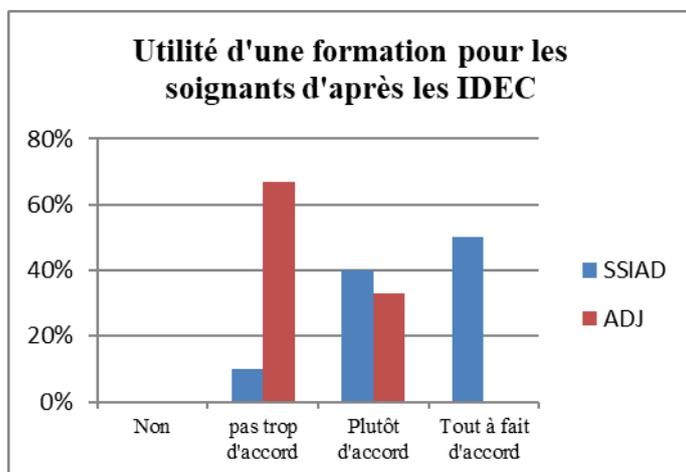
En SSIAD, 80 % y seraient « plutôt favorables » et « très intéressés » contre 33 % « plutôt favorables » en ADJ.

67 % en ADJ n'ont pas souhaité donner de réponse.

Nous nous questionnons sur les raisons de cette réponse : pensent-ils ne pas être concernés ou suffisamment formés ?

❖ Utilité d'une formation pour les soignants d'après les IDEC

(Cf. annexe 5. Graphique IDEC n° 13).



En SSIAD, les IDEC sont « plutôt » voire « tout à fait d'accord » pour que les soignants soient formés aux SHBD.

A contrario, en ADJ, 67 % ne sont « pas trop d'accord » de l'utilité d'une formation pour leurs soignants. Seulement 33 % d'entre eux sont « plutôt d'accord ».

On peut se demander pourquoi les IDEC en ADJ sont réticents à la formation de leur personnel.

❖ Soignants formés et type de formation

(Cf. annexe 5. Graphiques IDEC n° 11, 14, 15 / graphique soignants n° 10).

Soignants :

Il semblerait que la formation soit plus instituée en SSIAD par des organismes de formation externes qu'en ADJ où la formation est plutôt faite en interne.

Pour certains, cette formation leur a été enseignée lors de leur cursus d'aide-soignant ou d'AMP.

Seulement 26 % de soignants en SSIAD et 18 % en ADJ ont été formés.

Ce taux de formation reste faible.

IDEC :

40 % des IDEC sont formés en SSIAD contre 67 % en ADJ.

Ils ont été majoritairement formés en SBHD durant leur formation initiale d'infirmier. Il apparaît que seulement deux personnes ont eu une formation spécifique à l'hygiène bucco-dentaire.

❖ Réalisation d'une formation au sein du service

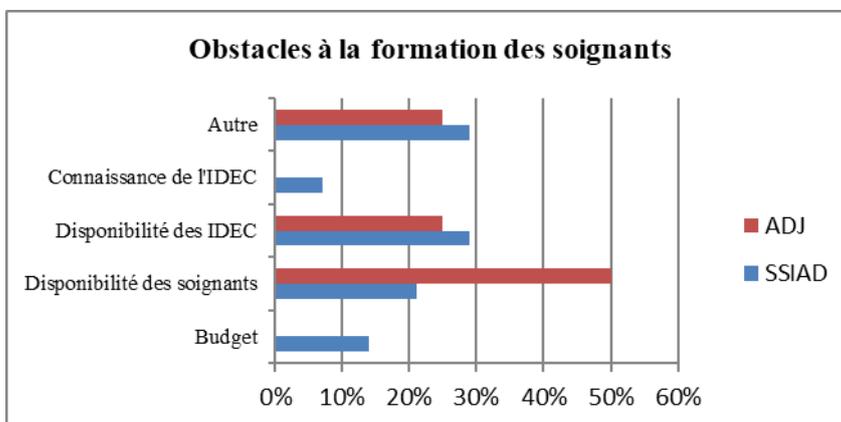
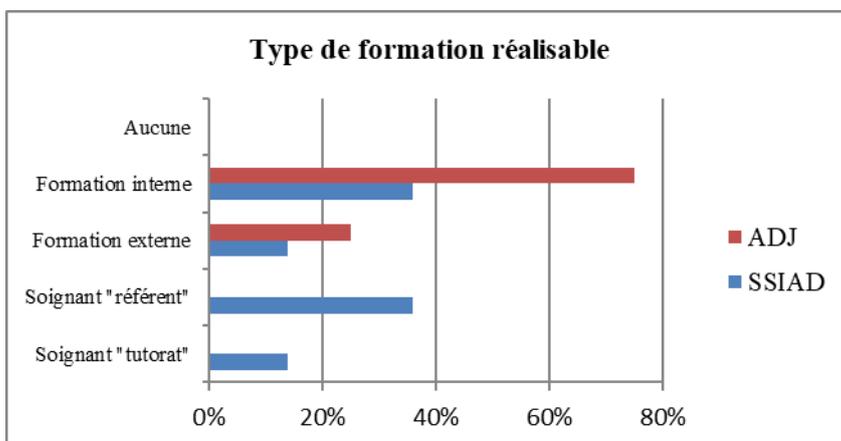
(Cf. annexe 5. Graphiques IDEC n° 12, 14).

Les IDEC en SSIAD sont « plutôt favorables » voire « très intéressés » pour suivre une formation sur ce thème. Ils pensent également que former le personnel soignant serait profitable. Cependant à 90 %, ils n'ont jamais animé, organisé de formation pour le personnel. Ce qui pourrait représenter un obstacle à la conduite d'une formation par l'IDEC. En ADJ, 50 % des IDEC ont animé et organisé des formations sur ce thème et 50 % ne l'ont jamais fait.

On remarque une plus forte implication sur ce thème en SSIAD.

❖ Types de formation et les obstacles à la formation des soignants

(Cf. annexe 5. Graphiques IDEC n° 15, 16).



IDEC :

Si la formation au sein du service semble être majoritairement plébiscitée par les IDEC d'ADJ, les choix des IDEC de SSIAD se tournent plutôt vers la formation externe d'un soignant qui serait « référent », ou « tutorat ». Ils envisagent tout de même à 38 % et également la formation interne.

Les obstacles à la formation des soignants en ADJ sont la disponibilité des soignants mais aussi des IDEC. D'autre part, comme nous l'avons vu précédemment pour les IDEC et les soignants, ils estiment que ce soin n'est pas légitime en accueil de jour.

En SSIAD, les IDEC avancent des arguments tels que le coût des formations, la disponibilité des soignants et des IDEC mais aussi un manque de support de formation et le manque de proposition de formation sur ce thème.

LES CONSÉQUENCES D'UNE MAUVAISE HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

(Cf. annexes 3 et 4 : grilles de recueil et statistiques)

Les conséquences médicales (pathologies, infections...) sont les plus citées dans les deux structures et pour toutes les catégories professionnelles. En deuxième position, les soignants nomment les conséquences psycho-sociales (mauvaise haleine pour 17 % des soignants d'ADJ et 14 % pour les soignants de SSIAD).

Les soignants de SSIAD et les IDEC de SSIAD et d'ADJ décrivent les conséquences en lien avec la dénutrition.

Cette question a eu un très bon taux de réponses. En effet, nous avons, tous questionnaires confondus, une moyenne de 4,5 réponses par soignants interrogés.

Au vu des résultats, nous pouvons nous questionner sur la sensibilisation des soignants à la prévention. Leur implication serait plutôt ciblée sur l'intervention ponctuelle lors d'une problématique médicale que sur les actions préventives.

DISCUSSION :

Les limites de l'étude

L'équipe des « Chicottes » a fait le choix de traiter ce sujet dans le cadre du domicile, lieu de leur exercice professionnel, en excluant l'étude de ces soins en EHPAD déjà abordée dans la littérature.

Les recherches ont mis en évidence l'existence de protocoles en institution contrairement aux services de soins à domicile.

D'autre part, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait un décalage entre les réponses des questionnaires et la réalité du terrain. De fait, il est difficile d'élaborer une expertise fiable et interprétable. Ce constat est sûrement en lien avec la désirabilité sociale. C'est toutefois un inpondérable dans un questionnaire à destination des équipes. Une observation objective pourrait affiner les réponses.

Lors de l'analyse des questionnaires nous avons fait les hypothèses suivantes que nous allons approfondir :

- L'absence d'évaluation de l'état bucco-dentaire à l'admission,
- L'absence de protocole de soin,
- La place de ces soins, et les réticences à les effectuer,
- Et enfin, le manque de formation.

Réticences aux soins d'hygiène bucco-dentaire

Concernant les réticences, nous nous demandons, si les soignants ont répondu au questionnaire plutôt en fonction de ce qu'on attendait d'eux, c'est-à-dire en tant que professionnels de santé, ou plutôt de leur pratique sur le terrain ? En effet, chacune de nous a eu des témoignages de familles ou de bénéficiaires affirmant que les SBD n'étaient pas systématiquement effectués, contrairement à ce qui nous a été répondu dans les questionnaires.

Les soignants seraient-ils mal à l'aise avec un possible jugement des soignés, des familles, de leurs collègues, de leur hiérarchie ou tout simplement de leur pratique sur le terrain ?

Lors de l'élaboration de notre questionnaire d'enquête, nous nous attendions à avoir des réponses ciblées sur les réticences à la réalisation de ces soins. L'analyse ne l'a pas

démontrée, ce qui nous incite à considérer que les soignants ne remettent pas en question le peu de réalisation de ces soins. En revanche, ils décrivent un manque de matériel et une opposition aux soins de la part des patients.

Il est étonnant de constater également le « dédouanement » des soignants et des IDEC en ADJ vis-à-vis des SHBD sous prétexte que ce service n'accueille les patients qu'après la prise en soins des collègues de SSIAD. Les soignants d'ADJ ne se sentent peut-être pas concernés par les soins techniques, privilégiant les soins relationnels.

Le rôle de l'IDEC dans ce contexte est d'intégrer dans le plan de soins, de façon systématique, l'hygiène bucco-dentaire, afin d'en faire un soin coutumier et ordinaire. Cette composante du soin doit être évaluée afin d'optimiser la prise en charge des patients suivi en SSIAD mais aussi en ADJ.

Son rôle d'encadrement des équipes de soin doit l'inciter également à évaluer les compétences des équipes dans le cadre de sa responsabilité de la qualité et du suivi des soins. Pour inciter ceux-ci, il doit mettre en place une gestion logistique des besoins des soignants en matériel spécifiques aux soins bucco-dentaires et éventuellement nommer un soignant référent. Il doit mettre également en place un suivi de formation.

Dans leur rôle de coordination, les IDEC de SSIAD et d'ADJ devraient pouvoir faire du lien avec les médecins traitants et les dentistes des patients pris en charge dans leur service. Ce travail en collaboration et cette démarche pluridisciplinaire permettrait d'améliorer la prévention dans ce domaine.

Outils d'évaluation

Lors de nos recherches, nous avons découvert l'existence d'une grille appelée OAG : Oral Assessment Guide (annexe 6), qui permet d'identifier les facteurs de risque des pathologies BD chez la personne âgée et d'en suivre l'évolution.

Elle comporte dix indicateurs (la voix, les lèvres, les dents, la langue...) pondérés de 0 à 2 en fonction de la gravité constatée. Cette grille permet d'évaluer précisément l'état buccal dans sa globalité.

Grâce à notre enquête, nous avons fait le constat que l'évaluation non seulement n'était pas réalisée systématiquement lors de l'admission du patient mais de surcroît qu'il n'existait pas d'outil pour s'en saisir. Cette grille, ou une autre pourrait être un support pour aider les soignants dans cette démarche.

La construction d'un document d'évaluation BD dans les services de SSIAD et d'ADJ est de la responsabilité de l'IDEC. Son élaboration pourrait être l'occasion de monter un groupe de travail composé d'IDE et d'AS qui travailleraient ensemble sur ce sujet. Une fois abouti, ce formulaire s'intégrerait au dossier de soin du patient.

D'autre part, L'IDEC devrait, dans le cadre du suivi des soins, inciter son équipe à établir de façon systématisée des transmissions précises sur leur réalisation. Le manquement à la retranscription d'un soin implique la non-réalisation de celui-ci ou tout au moins qu'il n'est pas considéré comme indispensable. Des transmissions ciblées participent à la continuité des soins, à l'implication des soignants et à la mise en place d'actions correctives. Ces transmissions s'inscrivent également dans la construction du Projet de Vie Personnalisé du patient.

Protocoles

Au même titre qu'il n'y a pas d'évaluation, force est de constater qu'il n'y a pas plus de protocole en place ou en tout cas très peu. Ce manque est probablement une barrière supplémentaire à l'exécution des SHBD à domicile. Lors de notre analyse, nous avons mis en lumière le manque de protocole pour ce soin, mais également que certains IDEC d'ADJ ne semblent pas favorables à l'élaboration consensuelle avec l'équipe soignante de celui-ci. Nous pensons que la raison de ce positionnement est qu'ils ne trouvent pas légitime ce soin en ADJ.

Afin de promouvoir et de valoriser ces soins auprès des soignants, la mise en place de fiches de procédure et de protocoles paraît évidente. En outre, l'instauration de protocoles spécifiques adaptés en cas de survenue de lésions, de bouche sèche ou encore douloureuse, peuvent être établis, dans l'idéal, avec un dentiste ou un médecin traitant.

Les protocoles et procédures instaurés lors de la prise en soin du patient devront bien évidemment être réévalués en fonction du contexte d'évolution de l'état de santé, de la survenue ou de l'aggravation des troubles cognitifs du patient.

Face aux difficultés des soignants liées au manque de matériel, l'IDEC peut inscrire une demande de « trousseau Soins Hygiène Bucco-Dentaire » aux familles via le contrat et les conditions de fonctionnement du service.

La nécessité de formation

Il apparaît clairement dans les réponses que nous avons eues, que la formation est la pierre angulaire à la réalisation des soins d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes.

Pour certains soignants, l'ancienneté des pratiques demande une réévaluation des connaissances. Pour d'autres, c'est l'initiation aux soins bucco-dentaires qui doit être envisagée. Par ailleurs, le « *turn over* » important rencontré dans le domaine du soin à la personne oblige l'actualisation permanente des connaissances du personnel soignant.

En ce qui concerne les personnes atteintes de pathologies neuro-évolutives de type Alzheimer, l'atteinte des fonctions exécutives, l'agnosie, ainsi que les difficultés liées à la mémoire de travail, à la mémoire procédurale et à l'apraxie sont autant de freins aux SBD.

Les comportements d'opposition sont souvent plus importants le matin au moment des soins (incompréhension de la nécessité de ces soins, sensation d'intrusion...). Les soins de bouche sont donc parfois difficiles et le soignant est confronté à l'incapacité de décoder ce message. Il y a souvent un sentiment de frustration et d'impuissance. C'est pourquoi, la formation est d'autant plus indispensable. Elle évitera d'une part la mise à mal du patient ne comprenant pas notre intervention et d'autre part le sentiment d'échec du soignant face à un soin non réalisé.

Le risque d'un manque de formation peut amener à un désinvestissement des équipes et à un désintérêt du soin.

A l'inverse, les formations offrent l'opportunité aux soignants de se questionner, lever d'éventuelles réticences et d'améliorer leurs représentations des SBD. C'est un atout majeur.

Plus les professionnels seront investis dans leurs pratiques quotidiennes, plus ils seront désireux d'accroître leurs compétences et s'ensuit un cercle vertueux si précieux dans nos métiers.

S'il apparaît difficile voire impossible en SSIAD de reporter à un autre moment de la journée un soin bucco-dentaire, ce n'est pas le cas des ADJ doté d'une équipe soignante pluridisciplinaire.

Comme nous venons de le souligner, la formation est indispensable, essentielle et obligatoire. Afin d'améliorer et de favoriser les pratiques professionnelles concernant ces soins, les soignants peuvent intégrer une formation sur ce thème dans le cadre du

Développement Personnel Continu (DPC). Ce dispositif a été initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST), en 2009 et adapté par la loi de modernisation du système de santé en 2016. Il s'adresse aux professionnels de santé et a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2013.¹²

La formation ne peut être dissociée de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles. D'après le décret du 14 avril 2005 : « *L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. « Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. « L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue »*¹³.

L'IDEC dans son rôle de *manager* doit organiser, planifier, et motiver le personnel soignant à se former. Il doit identifier les besoins et les carences des connaissances de son équipe afin de mettre en place la formation adéquate.

On admet par principe que la formation induit la prévention. Des professionnels de la santé dentaire et des géiatres s'associent pour développer des réseaux de soins bucco-dentaires. L'objectif est de mener des actions de prévention, de sensibilisation auprès des patients, des familles et des soignants mais également de dépistage auprès des personnes âgées.¹⁴ La Journée Mondiale de la Santé Bucco-Dentaire (le 19 mai), la Journée Internationale Bucco-Dentaire (le 20 mars) et enfin la Journée Européenne Bucco-Dentaire (le 12 septembre) en sont des exemples.

¹² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche15-3.pdf> (consulté le 22 septembre 2019)

¹³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810646&categorieLien=id> (Consulté le 5 septembre 2019)

¹⁴ Marie-Fleur Bernard, *Soins bucco-dentaire aux personnes âgées et dépendantes*, éditions Lamarre, 2016, p130 (Consulté le 4 septembre 2019)

Une démarche éducative menée par les soignants auprès des patients permettrait une qualité en conseil, éducation et réalisation des soins BD et si besoin l'orientation vers un dentiste.

Si nous revenons à notre analyse, les arguments avancés par les IDEC de SSIAD et d'ADJ sur les obstacles à la formation (coût, manque de temps et panel limité de formation), nous pouvons nous interroger sur la pertinence d'aider nos collègues dans leur désir de former leurs équipes.

De tous ces constats, nous avons souhaité proposer aux IDEC un outil de formation qui se veut ludique, pratique et rapide à mettre en place. De cette ambition est née la

« *CHICOT'BOX* ».

(Cf. annexe 7)

↳ Formation aux SBD :

- ✓ Vidéo de 3,08 mn sur l'importance des soins d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes en SSIAD et en ADJ (tous droits réservés).
- ✓ Jeu et réponses sur la santé bucco-dentaire.
- ✓ Formation aux soignants :
 - ✓ Support Word pour l'IDEC
 - ✓ Support power point de présentation
 - ✓ Évaluation de la formation
- ✓ Protocole (livret)

↳ Outils :

- ✓ Trousseau pour la réalisation des soins bucco-dentaires,
- ✓ Fiche d'évaluation bucco-dentaire du patient,
- ✓ Fiche de liaison dentaire.

CONCLUSION

Les soins bucco-dentaires sont essentiels à la bonne santé et au bien-être des personnes âgées. Malheureusement, comme nous avons pu le constater lors de notre étude, ils sont souvent délaissés par les soignants des ADJ mais aussi parfois des SSIAD.

Nous avons pu authentifier, dans les services dans lesquels nous exerçons, les difficultés que peuvent rencontrer les soignants lors de ces soins.

Les hypothèses que nous avons soulevées en début d'étude concernent :

- L'absence d'évaluation de l'état bucco-dentaire à l'admission,
- L'absence de protocole de soin,
- La place de ces soins et leurs représentations,
- Et enfin, le manque de formation.

Ils se sont affirmés lors de notre analyse.

Pour remédier à ces carences, une politique de soin est à mener auprès des équipes et des services qui prennent en charge ces patients. Il incombe à l'infirmier coordonnateur d'impulser cette dynamique dans les pratiques professionnelles en la dotant d'outils facilitant la démarche auprès de ses équipes.

Grace à ce mémoire, chacune de nous a pu évaluer les manques dans son service et prendre conscience de la nécessité à se remettre en question par rapport à ses pratiques d'HBD pour les faire évoluer. Cette introspection nous a motivées à mettre en place une évaluation lors de l'admission du patient, ainsi que des protocoles de soin.

Aux vues du manque de temps et de supports dans les services, nous avons mis en place la « Chicot' Box », prête à l'emploi, contenant des supports théoriques et pratiques que l'IDEC pourra utiliser en fonction de ses besoins.

Pour assurer une parfaite continuité des SBD, il sera important de solliciter, accompagner et former les aidants et / ou les bénéficiaires et ainsi poursuivre ces soins en dehors du passage des soignants.

Le but de cette démarche est de permettre aux soignants et aux patients ... de garder le sourire !

RÉSUMÉ

Notre exercice professionnel nous a amené à nous interroger sur le soin essentiel qu'est l'hygiène bucco-dentaire de la personne âgée dépendante prise en soin en SSIAD et en ADJ. Nous nous sommes aperçues que ce soin n'était pas toujours évalué ni réalisé, conformément aux règles de bonnes pratiques professionnelles. De ce constat a germé l'ambition de réaliser ce mémoire pour en comprendre les raisons et tenter d'y apporter des réponses.

De notre expérience professionnelle nous nous sommes posé deux questions principales :

Quelles sont les principales raisons des difficultés rencontrées par les soignants lors de ce soin ?

Quels sont les obstacles implicites et explicites qui entravent la réalisation des soins bucco-dentaires par les soignants auprès des personnes âgées dépendantes ?

Après une enquête dans les services via la distribution de questionnaires, nous avons observé qu'il existe peu d'outils sur les SBD : pas de grille d'évaluation ni de protocoles. Pourtant, les professionnels interrogés, qui se sentent préoccupés par l'HBD de leurs patients, disent être favorables à l'inclusion de ces outils qui engloberaient systématiquement les SBD à la prise en charge globale.

Les soignants semblent désireux de suivre une formation afin d'améliorer leurs pratiques et accroître leurs connaissances.

Ainsi pour soutenir les IDEC dans leur rôle de formateur, de *manager*, de garant de la qualité et du suivi des soins, nous avons créé une « Chicot'Box ». Celle-ci est composée de documents essentiels et attractifs à l'évaluation, à la réalisation et au suivi des soins buccodentaires, et surtout à la mise en place de formation au sein du service.

ABSTRACT

Our professional exercise makes us think about the essential care which is dental hygiene of the dependent elderly people treated through nursing home service or day care center. We noticed that this care is neither evaluated or realised according to the rules of good professional practices. From this observation borned the ambition to make a research essay to find the reasons and to bring responses.

Starting from our professional experience, we ask ourselves two main questions :

- What are the main issues the caregivers have to face with during this care ?
- What are the implicit and explicit obstacles which hamper the carry out of care to the dependent elderly people ?

After have investigated among caregivers through a survey, we noticed not much tools exist about *bucco dental cares* no evaluation grid, no protocol.

Yet, the professionals interviewed, worried about the oral hygiene of their patients, declared to be favorable with the inclusion of this tools, encompassing systematically bucco dental cares to the overall cares.

They seem to be eager to receive training to improve their practices and increase their knowledge.

Thus, in order to support state-certified nurses in their role of trainers, managers, responsible for the quality and the follow up of cares, we have created a "*Chicot Box*". It is made of essentials and attractives documents to evaluate, to realise and to follow up bucco dental cares and, above all, to set a training

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- 1 – BUCA Constantin-Marius. L'importance des soins bucco-dentaires chez les personnes âgées en EHPAD. Mémoire DIU Médecin Coordonnateur en EHPAD, année universitaire 2017-2018. 14 p.
- 2 – BERNARD Marie-Fleur. Soins d'hygiène bucco-dentaire aux personnes âgées et dépendantes. Editions Lamarre, 2016. 164 p.
- 3 - Mangeney K, Barthélémy H, Vogel T, Rappin B, Sokolakis S, Lang PO. La santé buccodentaire en Ehpads : état des lieux et suivi des recommandations de soins. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 2017/04/01/ 2017 ; 17(98):93-99
- 4 - Pailley D. Santé bucco-dentaire en EHPAD. 2016.
- 5 - Documents fournis par le Dr Dominique DEMORTAIN, médecin coordonnateur en EHPAD « Les Patios d'Angennes » du Centre Hospitalier de Rambouillet (le 01/05/2019) :
 - Protocole de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes.
 - La revue de gériatrie, tome 38, N°1 janvier 2013 : Référentiels de prise en charge de la santé bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes.
 - SOHDEV, Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité : vidéos (brossage dentaire, entretien des prothèses amovibles, importance de la santé orale, plaque dentaire et soins de bouche).

Sites internet :

- 1 - <https://humanis.com> > mutuelle-santé : Santé des séniors et problèmes bucco-dentaires – Humanis (consulté en 02/ 2019).
- 2 - <https://reseaux-sante-ca.org> : Manuel d'utilisation de la Grille Evaluation de l'Etat Buccodentaire et d'identification des Facteurs de Risques – Réseaux de Santé de Champagne-Ardenne (consulté en 03/ 2019).
- 3 - <https://www.maintienadomicile-conseils.com> : L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées-le maintien à domicile (consulté en 03/ 2019).
- 4 - <https://solidarites-sante.gouv.fr> : Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées - Ministère des solidarités et de la santé - Direction Générale de la santé SD2B – Marysette FOLLIGUET – mai 2006 (consulté en 03/ 2019).
- 5 - <https://www.usfsbd.fr> : La santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes - Dr Benoît PERRIER (consulté en 04/2018).

- 6 - www.sante-limousin.fr/travail/reseaux-de-santé : L'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées au quotidien (consulté le 22/04/ 2019 à 11H45).
- 7 - www.dentiste-a-domicile.fr : La charte de la santé bucco-dentaire pour les personnes âgées - Dentiste à domicile (consulté en 04/ 2019).
- 8 - <https://www.lesmaisonsderetraite.fr/sante/hygiene-dentaire.htm> : L'hygiène dentaire. Les maisons de retraite.fr. Alliance-Senior (consulté en 06//2019).
- 9 - <https://www.myfeedback.com>blog> : 5 conseils pour analyser les résultats d'un questionnaire client (consulté le 25/06/2019).
- 10 - <https://www.sfm.uo.edu>pdf> : comment présenter une enquête - SFMU (consulté le 25/06/2019).
- 11 - <https://www-scribbr.fr>mémoire> : traiter les résultats de recherche dans votre mémoire - Scribbr (consulté le 25/06/2019).
- 12 - <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-sebastien-lebris.pdf> : LEBRIS, Sébastien. Hygiène bucco-dentaire et qualité de vie des personnes âgées [en ligne]. TFE de DE Infirmier. Orthez : IFSI d'Orthez, 2011, p. 1. (Consulté en 06/2019).
- 13 - www.cedip.developpementdurable.gouv.fr>...PDF : les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information – cedip (consulté le 05/10/2019).
- 14 - <https://www.afm-marketing.org>35...> : Vers une mesure de la désirabilité sociale dans les réponses aux questionnaires (consulté le 05/10/2019).
- 15 - <https://www.universalis>désirabilité> (consulté le 05/10/2019).
- 16 - <https://www.revmed.ch/RMS/2002//RMS-2414/22553>
- 17 - https://www.revuedegeiatrie.fr/lespdf/2016_41_5-16.pdf
- 18 - <http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/bibliothèque/Memoires/meme2009-2010/Hygiene%20Bucco-dentaire%20par%20sophie%20Perez%20Christophory.pdf>
- 19 - https://www.cpias.aquitaine.fr/wp.content/upload/2015/12/ARCA_2016_BOISSEA_U.pdf
- 20 - https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/sans_titre-3.pdf
- 21 - http://www.cpias-auvergnerhonealpe.fr/ZoneNord/2015/avril/2_soins_buccodentaires
- 22 - <http://gerontoprevention.free.fr/articles/buccodentaire.pdf>

Articles en ligne :

- 1 - Dr Héléna DEHAR VENQT- Chirurgien-dentiste – parution le 29/03/2019 : Personnes âgées, organisation des soins bucco-dentaires (consulté le 22/04/2019 à 12H22).
- 2 - Les soins d'hygiène bucco-dentaire chez la personne dépendante : année-gerontologique.com/.../2017/07/Fascicule-bucco-dentaire.pdf. (Consulté en juin 2019).
- 3 - Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées - 2014 - www-agirarrco-actionssociale.fr_santé_bucco_dentaire.pdf (consulté en juin).
- 4 - Importance de l'Etat Bucco-Dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. Auteurs : Edmée BERT et Agnès BODINEAU-MOBARAK dans gérontologie et société 2010/3 (Vol 33 n°134), pages 73 à 86 (consulté le 22/04/2019 à 14H54).
- 5 - Evaluation de la formation du personnel soignant des EHPAD en Picardie par l'UFSBD pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. Auteur, E. BLANGEAIS. Brochure, Observatoire Régional de Santé et du Social de Picardie – 2010. Recherche sur BDSPP (Banque de Données en Santé Publique) (consulté le 22/04/2019 à 16H07).
- 6 - Hygiène bucco-dentaire : du protocole à l'évaluation-pdf-docplayer.fr/2054/345-hygiène-bucco-dentaire-duprotocol... (consulté le 22/04/2019 à 16H59).
- 7 - Accès aux soins bucco-dentaires pour les résidents en EHPAD - Un enjeu de Santé Publique ? Module interprofessionnel de Santé publique.2009. Ecoles des hautes études en Santé Publique (EHESP) (consulté le 22/04/2019 à 17H30).
- 8 - Programme CORALIEN (Formation du personnel soignant) par UFSBD (consulté en juin 2019).
- 9 – RADOÏ Loredana, VEILLE-FINET Agnès, DUPUIS Véronique, FOLLIGUET Marysette. « Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale » [en ligne]. La Revue de Gériatrie. Tome 41. 1er janvier 2016. p.5 (Consulté en 9 mai 2019).
- 10 - Folliguet M. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées : Direction Générale de la Santé ; 2006 (consulté le 22/04/19 à 11H12).
- 11 - Kohli R, Nelson S, Ulrich S, Finch T, Hall K, Schwarz E. Dental care practices and oral health training for professional caregivers in long-term care facilities: An interdisciplinary approach to address oral health disparities. Geriatric Nursing. 2017/07/01/ 2017 ; 38(4) :296-301.
- 12 - Ehpads, Restos du Coeur, chirurgiens-dentistes nomades. CLINIC. 2018.
- 13 - Deharvengt H. Vieillesse de la cavité buccale et pathologies bucco-dentaires. 2018.

- 14 - Camoin A, Tardieu C, Le Coz P. Problèmes éthiques soulevés par les soins dentaires chez la personne en situation de handicap. *Éthique & Santé*. 2016/06/01. 13(2):91
- 15 - Bonnot J, Pillon F. Revue des prescriptions odontologiques à l'officine. *Actualités Pharmaceutiques*. 2013/05/01/ 2013 ; 52(526) :45-48.
- 16 - Pillon F. L'hygiène bucco-dentaire, de l'importance de la prévention. *Actualités Pharmaceutiques*. 2010/04/01/ 2010 ; 49(495) :22-24.
- 17 - Bonnot J, Pillon F. Une bonne hygiène bucco-dentaire pour prévenir les caries. *Actualités Pharmaceutiques*. 2013/03/01/ 2013 ; 52(524) :39-44.
- 18 - Lacoste-Ferre M-H, Rolland Y, Vellas B. Les soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en EHPAD : Du protocole à l'évaluation. 2013.
- 19 - Lacoste-Ferre M-H, Saffon N, Cousty S, Berthaud J, Cestac P, Perrier C. Les soins de bouche : de l'hygiène de base aux soins spécifiques. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 2011/04/01/ 2011 ; 10(2) :82-88.
- 20 - Darteville P. Nettoyage et adhésion des prothèses amovibles : des moyens de prévention contre la candidose sous-prothétique. *Clinic*. 2018.
- 21 - Boittin A, Postaire M. Hygiène des prothèses amovibles
- 22 - Rappels et fiche patient. *CLINIC*. 2012.
- 23 - Pillon F. L'entretien des prothèses dentaires. *Actualités Pharmaceutiques*. 2010/04/01/ 2010 ; 49(495) :29.
- 24 - Decup F, Muller-Bolla M, Chouvin M, et al. Dentifrices et vernis fluorés : bilan des connaissances pour une bonne pratique clinique. *CLINIC*. 2018 ; 39 :329-336.
- 25 - Séguier S, Nebot D, Folliguet M, Postaire M, Radoï L, Veille-Finet A. Prise en charge buccodentaire de la personne âgée. *EMC*. 2016.
- 26 - Agbo-Godeau S. chirurgien-dentiste : quel rôle dans la détection des cancers de la cavité buccale 2018.
- 27 - QUÉNEL L, HUGUET G, SEIGNEUR M, LEMOINE S, LESCLOUS P, KIMAKHE S. Une lésion blanche à ne pas manquer. *CLINIC*. 2018.
- 28 - Ben Slama L. Carcinomes des lèvres. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale*. 2009 2009 ;110(5) :278-283.
- 29 - Radoï L. Épidémiologie des cancers de la cavité buccale. *Information Dentaire*. 2016.
- 30 - Campana F. Les lésions potentiellement malignes de la muqueuse buccale. *Information Dentaire*. 2016.

- 31 - Dakpé S, Neiva C, Testelin S, Ganry O, Devauchelle B, Lapôtre-Ledoux B. Faisabilité d'une stratégie de dépistage des lésions malignes de la cavité buccale chez les fumeurs. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*. 2015/04/01/ 2015 ;116(2) :65-71.
- 32 - Baujat B, Périé S, Bardet É, Lacau St Guily J. Cancers de la cavité orale. Mise au point Sous l'égide de l'Intergroupe ORL. *Bulletin du Cancer*. 2014 ; 101(5) :424-428.
- 33 - Brion M, Marel A, Lagrue G. Maladies parodontales plus sévères chez les fumeurs. *Le Concours Médical*. 2007.
- 34 - Pesci-Bardon C, Prêcheur I. Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites.
- 35 - Impacts sur la santé buccodentaire. EMC. 2011.
- 36 - Le Reste M. Les pathologies bucco-dentaires. *Actualités Pharmaceutiques*. 2010/04/01/ 2010 ; 49(495) :15-19.
- 37 - OSéguier S, Bodineau A, Giacobbi A, Tavernier J, Folliguet M. Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : répercussions sur la nutrition et la qualité de vie : Commission de santé publique Rapport 2009.
- 38 - Séguier S, Bodineau A, Folliguet M. Vieillesse des muqueuses buccales : aspects fondamentaux et cliniques. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2010/12/01/ 2010 ; 10(60) :237-242.
- 39 - Chopin E, Negri C, Chan Yong E, et al. Prendre en charge les personnes âgées. *CLINIC*. 2014.
- 40 - Une mesure spéciale en faveur du bucco-dentaire en Ehpad. *CLINIC*. 2018 ; 39 : 312-316 :315.
- 41 - Bodineau A, Boutelier C, Viala P, et al. Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2007/08/01/ 2007 ; 7(40):7-14.
- 42 - Savard G, Baranès J-J, Nabet C, Lorenz F, Boissel C. Former les soignants en EHPAD à la santé orale. *CLINIC*. 2012.
- 43 - Giraudeau N, Valcarcel J, Tassery H, et al. Télémedecine bucco-dentaire : projet e-DENT. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémedecine*. 2014/03/01/ 2014 ; 3(1) :43-44.
- 44 - Giraudeau N, Valcarcel J, Tassery H, et al. Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémedecine*. 2014/06/01/ 2014 ; 3(2) :51-56.
- 45 - De Divonne AC. Le programme Oralien La santé bucco-dentaire des résidents désormais suivie par un smartphone. *CLINIC*. 2018.0

- 46 - L'état de santé de la population en France - DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). DREES. Santé publique France. L'état de santé de la population en France [en ligne]. 2017. (Consulté en 06/2019).
- 47 - Santé bucco-dentaire : AGIRC-ARRCO. UFSBD. Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées [PDF]. 2017 (première édition : 2014) (consulté en 06/2019).
- 48 - PASQUINI, Aude. Evolution de l'hygiène bucco-dentaire au fil des siècles et des civilisations [PDF]. Thèse de chirurgie dentaire. Nancy : Université Henri Poincaré, 2002, 307 p. (consulté en 06/2019).
- 49 - Santé bucco-dentaire : AGIRC-ARRCO. UFSBD. Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées [PDF]. 2017 (première édition : 2014) (consulté en 06/2019).
- 50 - L'état de santé de la population en France – rap666port 2017 – DRESS (consulté en juin)
- 51 - MARCHANDOT, Léa. Santé bucco-dentaire et grande pauvreté : recueil des perceptions, représentations, constats et préconisations de personnes en situation de grande pauvreté en lien avec ATD Quart Monde [en ligne]. Thèse d'odontologie. Nancy : Université de Lorraine, 2014, 232 p. (Consulté en 07/2019).
- 52 - GSO-ARS de Champagne Ardenne, Guide d'utilisation de la grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire et d'identification des facteurs de risques, 2012, 30 p, disponible sur https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/sans_titre-3.pdf, (Consulté le 01/10/20196).

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire IDEC

ENQUETE sur
l'hygiène bucco-dentaire
des personnes âgées
en SSIAD ou en accueil de jour ...
... pour garder le sourire !



Dans le cadre de notre formation préparant au Diplôme universitaire d'Infirmière Coordinatrice (IDEC) ou Infirmière Référente (IRCO) à l'Université Paris Descartes, nous sommes quatre infirmières à nous interroger sur :

La difficulté des soignants à réaliser des soins buccodentaires auprès des personnes âgées dépendantes (en accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou en Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)).

Pour cela, nous avons élaboré un questionnaire s'adressant aux Infirmières Coordinatrices en Accueil De Jour pour patients atteints de Maladies Neuro-évolutives ou en SSIAD, afin d'en connaître les raisons et essayer d'y apporter des solutions.

Ce questionnaire est anonyme et vous prendra une dizaine de minutes.

Clotilde, Monique, Pauline et Véronique.

Evaluation de l'état bucco-dentaire

1. Évaluez-vous l'état bucco-dentaire de tous les bénéficiaires ?

- Lors de la visite d'admission - Lors de la prise en charge
- En début de prise en soins
- A un autre moment
- Jamais

2. Existe-t-il un document permettant d'évaluer l'état bucco-dentaire dans votre service ?

- Oui (=> Pourriez-vous nous donner un exemplaire ?)
- Non

Protocole de soins

3. Existe-t-il un protocole de soins bucco-dentaires (brossage des dents et/ou prothèses dentaires) ?

- Oui (= > Pourriez-vous nous donner un exemplaire ?)
- Non

4. Pensez-vous, qu'un protocole, favoriserait la pratique des soins bucco-dentaires par les soignants ?

- Non
- Pas trop d'accord
- Plutôt d'accord
- Oui, tout à fait d'accord

Pratique du soin

5. Diriez-vous que les soins bucco-dentaires des bénéficiaires sont faits par les soignants de votre service :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

6. Diriez-vous que le nettoyage des prothèses des bénéficiaires est fait par les soignants de votre service :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

7. A votre avis, pour quelles raisons les soins bucco-dentaires ou le nettoyage des prothèses ne sont pas faits ?

(Possibilité de cocher plusieurs cases)

- Manque de matériel
- Manque de temps des soignants
- Manque de connaissances des soignants
- Oubli des soignants
- Refus des soignants
- Manque de motivation des soignants
- Peur de la fausse route
- Refus du patient (ne veut pas ouvrir la bouche par exemple)
- Par manque d'hygiène de certains soignants
- Autre :



8. Pensez-vous que les soignants aient des réticences à effectuer des soins bucco-dentaires ?

- Ces soins pourraient leur donner un sentiment d'intrusion sur le patient
- Ces soins pourraient leur susciter une sorte de dégoût (odeur, mycose)
- Ils pourraient craindre de réactions agressives (morsures, rejet, coups ...) de la part du patient
- Ils pourraient avoir peur de faire mal au patient
- Autre :
- Non, Les soignants n'ont aucune réticence à faire ce soin

9. Quelles sont vos représentations des soins Bucco-dentaires ?

- C'est un soin d'hygiène classique
- C'est un soin de confort
- C'est un soin « banal »
- C'est un soin facile, aisé à réaliser
- C'est un soin nécessaire
- C'est un soin souvent « oublié »
- C'est un soin qui s'intègre dans une prise en soins globale du patient
- C'est un soin difficile
- C'est une source de tensions avec le patient

Formation – Connaissances

10. Connaissez-vous les conséquences d'une mauvaise hygiène buccodentaire ?

- Oui. Citez les conséquences que vous connaissez :
.....
.....
.....
- Non

11. Avez-vous déjà eu une formation sur l'hygiène buccodentaire ?

Oui Quand ?

Quel type de formation (en interne / par un organisme de formation) ?

.....

Non

12. Si non, seriez-vous intéressé(e) par une telle formation :

Non Plutôt défavorable Plutôt favorable Oui, très intéressé (é)

13. Pensez-vous qu'une formation aiderait les soignants à mieux réaliser les soins bucco-dentaires ?

Non Pas trop d'accord Plutôt d'accord Oui , tout à fait d'accord

14. Avez-vous animé, organisé ou proposé une formation sur ce sujet aux soignants de votre service ?

Animé Envoyé en formation
 Organisé Non, jamais

15. Quel type de formation vous semble-t-il réalisable dans votre service ?

- Formation d'un soignant « tutorat » en santé bucco-dentaire (soignant capable de former ses collègues)
- Formation d'un soignant « référent » en santé bucco-dentaire (soignant référent technique)
- Formation du personnel sur les soins bucco-dentaires (formation externe)
- Formation au sein du service
- Aucune

16. Selon vous, quels sont les obstacles à la formation du personnel soignant ?

- Problème de budget
- Manque de temps du personnel soignant
- Manque de temps de l'IDEC
- Manque de connaissance de l'IDEC (si c'est l'IDEC qui doit former le personnel)
- Autre :

17. Si, le personnel soignant a été formé : quels en ont été les bénéfices ?

a. Pour les bénéficiaires :

.....
.....

b. Pour les soignants :

.....
.....

c. Pour vous :

.....
.....

18. Pourriez-vous élaborer ou proposer un protocole en collaboration avec vos équipes ?

- Non Pas trop d'accord Plutôt d'accord Oui , tout à fait d'accord

Présentation

19. Votre poste :

- En SSIAD En accueil de jour



20. Votre âge : ans

21. En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'Etat d'Infirmier(ère) ?

22. Depuis quand exercez-vous en tant qu'IDEC ? ans

23. Etes-vous « préoccupé(e) » par l'hygiène bucco-dentaire de la personne âgée dépendante?

- Non Pas tellement Plutôt préoccupé (é) Oui, beaucoup

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

ANNEXE 2

Questionnaires soignants

ENQUETE sur
l'hygiène bucco-dentaire
des personnes âgées
en SSIAD ou en accueil de jour ...
... pour garder le sourire !



Dans le cadre de notre formation préparant au Diplôme universitaire d'Infirmière Coordinatrice (IDEC) ou Infirmière Référente (IRCO) à l'Université Paris Descartes, nous sommes quatre infirmières à nous interroger sur :

La difficulté des soignants à réaliser des soins buccodentaires auprès des personnes âgées dépendantes (en accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou en Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)).

Pour cela, nous avons élaboré un questionnaire s'adressant au personnel soignant (AS/ASG, AMP/AES), afin d'en connaître les raisons et essayer d'y apporter des solutions.

Ce questionnaire est anonyme et vous prendra une dizaine de minutes.

Clotilde Devillon, Véronique Garnaud, Pauline Godefroy, Monique Reignoux.

Evaluation de l'état bucco-dentaire

1. Une évaluation bucco-dentaire est-elle réalisée à l'entrée de la prise en charge de la personne dans votre structure ?

- Oui Par qui ? :
- Non

2. Existe-t-il un document permettant d'évaluer l'état bucco-dentaire dans votre service ?

- Oui (=> Pourriez-vous nous joindre un exemplaire ?)
- Non

Protocole de soins

3. Existe-t-il un protocole de soins bucco-dentaires (brossage des dents et/ou prothèses dentaires)?

- Oui (=> Pourriez-vous nous donner un exemplaire ?)
- Non

4. S'il n'existe pas de protocole, y seriez-vous favorable ?

- Non
- Pas trop favorable
- Plutôt favorable
- Oui , tout à fait favorable

Pratique du soin

5. Pratiquez-vous des soins bucco-dentaires auprès des bénéficiaires (brossage de dents / bain de bouche)?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

6. Pratiquez-vous le nettoyage des prothèses dentaires auprès des bénéficiaires ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

7. Si vous avez des difficultés à pratiquer les soins bucco-dentaires auprès des bénéficiaires que vous prenez en soins, de quels ordres sont-elles ?

(Possibilité de cocher plusieurs cases)

- Manque de matériel
- Manque de temps
- Manque de connaissances
- Oubli
- Peur de la fausse route
- Refus du patient (ne veut pas ouvrir la bouche)
- Par manque d'habitude personnelle
- Autre :



.....
.....

12. Quelles sont, selon vous, les conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire ?

Citez les conséquences que vous connaissez :

.....

.....

.....

.....

Présentation

13. Votre fonction :

- AS / ASG
- AMP / AES



14. Votre structure :

- SSIAD
- Accueil de jour

15. Votre âge : ans

16. Depuis quand exercez-vous votre métier ? ans

17. Etes-vous « préoccupé(e) » par l'hygiène bucco-dentaire de la personne âgée dépendante ?

- Non
- Pas tellement
- Plutôt préoccupé (é)
- Oui, beaucoup

Merci pour votre précieuse collaboration.

ANNEXE 3

Grille de recueil soignants / Statistiques

Grille de recueil Enquête Hygiène Bucco - dentaire Mémoire DU / IDEC

Questionnaires soignants

Nombre de questionnaires distribués :	Total : 71 (Pauline/Clothilde : 23 ; Monique : 35 ; Véronique : 13)
Nombre de questionnaires reçus :	Numerotés de 1 à 71 (Pauline/Clothilde : 0-23 ; Monique : 24-56 et 70-71 ; Véronique : 57-69)

Présentation					
13. Fonction	AS/ASG : 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 15 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 25 ; 26 ; 27 ; 28 ; 29 ; 30 ; 31 ; 33 ; 34 ; 39 ; 40 ; 41 ; 42 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 51 ; 52 ; 53 ; 54 ; 55 ; 56 ; 57 ; 58 ; 59 ; 60 ; 61 ; 62 ; 63 ; 64 ; 65 ; 66 ; 67 ; 68 ; 69 ; 70 ; 71			AMP/AES : 16 ; 32 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38	
14. Structure	SSIAD : 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 25 ; 26 ; 27 ; 28 ; 29 ; 30 ; 40 ; 41 ; 42 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 51 ; 52 ; 53 ; 54 ; 55 ; 56 ; 57 ; 58 ; 59 ; 60 ; 61 ; 62 ; 63 ; 64 ; 65 ; 66 ; 67 ; 68 ; 69 ; 70 ; 71			ADJ : 15 ; 16 ; 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38 ; 39	
15. Âge	Âge en SSIAD : (ans) 1 : 57 2 : 59 3 : 41 4 : 60 5 : 42 6 : 25 7 : 32 8 : 32 10 : 53 11 : 33 12 : 50 13 : 26 14 : 45 17 : 28 18 : 31 19 : 45 20 : 39 21 : 49 22 : 45 23 : 40	24 : 51 25 : 56 26 : 53 27 : 33 28 : 54 29 : 58 30 : 19 40 : 55 41 : 49 42 : 37 43 : 38 44 : 48 45 : 42 46 : 46 47 : 23 48 : 45 49 : 30 51 : 53 52 : 40 53 : 45	54 : 45 55 : 48 56 : 47 57 : 55 58 : 32 59 : 45 60 : 34 61 : 39 62 : 55 63 : 38 64 : 33 65 : 45 66 : 45 67 : 31 68 : 30 69 : 61 70 : 59 71 : 36	Âge en ADJ : (ans) 15 : 53 16 : 49 31 : 19 32 : 29 33 : 34 34 : 32 35 : 28 36 : 56 37 : 41 38 : 60 39 : 43	

USER 14/7/19 22:59
Commentaire: 13
 AS/ASG : 64 valeurs ; **91%**
 AMP/AES : 6 valeurs ; **9%**

USER 14/7/19 23:00
Commentaire: 14
 SSIAD : 59 valeurs ; **84%**
 ADJ : 11 valeurs ; **16%**

USER 14/7/19 23:01
Commentaire: 15
 SSIAD : 58 valeurs ; **moyenne : 43 ans**
 ADJ : 11 valeurs ; **moyenne : 40 ans**

garnaud dominique 21/7/19 20:29
Commentaire:

Tranches d'âge	SSIAD	HDJ
Moins de 20 ans	1	1
20 à 29 ans	4	2
30 à 39 ans	17	2
40 à 49 ans	20	3
50 à 59 ans	14	2
60 et plus	2	1

Sans réponse= 2 (9 et 50)

16. Durée d'exercice pro.	En SSIAD : (années)				
	1 : 16	23 : 3	53 : 13	En AD] : (années)	
	2 : 38	24 : 30	54 : 13		
	3 : 7	25 : 36	55 : 20		
	4 : 10	26 : 34	56 : 4		
	5 : 4	27 : 12	57 : 37		
	6 : 5-6	28 : 22	58 : 12		
	7 : 2 ans ½	29 : 25	59 : 17		
	8 : 11	30 : 1	60 : 15		
	9 : 14	40 : 30	61 : 11		
	10 : 33	41 : 30	63 : 10		
	11 : 10	42 : 16	64 : 15		
	12 : 20	43 : 14	65 : 22		
	13 : 3	44 : 29	66 : 8		
	14 : 2	45 : 22	67 : 11		
	17 : 7	46 : 26	68 : 10		
	18 : 10	47 : 1	69 : 31		
	19 : 26	48 : 16	70 : 35		
	20 : 1 an ½	49 : 10	71 : 16		
	21 : 10	51 : 22			
	22 : 16	52 : 10			
	17. « Sensibilité » HBD en SSIAD	Non : 14			
Pas tellement : 40 ; 45 ; 46 ; 53 ; 54 ; 58					
Plutôt préoccupé(e) : 1 ; 5 ; 6 ; 7 ; 9 ; 13 ; 25 ; 27 ; 28 ; 29 ; 30 ; 41 ; 43 ; 44 ; 47 ; 48 ; 52 ; 55 ; 56 ; 59 ; 60 ; 61 ; 62 ; 63 ; 64 ; 65 ; 67 ; 68 ; 69 ; 70 ; 71					
Oui, beaucoup : 2 ; 3 ; 4 ; 8 ; 11 ; 20 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 26 ; 42 ; 49 ; 51 ; 57 ; 66					
17. « Sensibilité » HBD en AD]	Non :				
	Oui beaucoup : 31 ; 35 ; 39				
	Pas tellement : 15 ; 37 ; 38				
	Pas rempli : 16				
	Plutôt préoccupé(e) : 32 ; 33 ; 34 ; 36				

USER 14/7/19 23:01

Commentaire: 16

SSIAD : 58 valeurs ; moyenne : 16 ans
AD] : 11 valeurs ; moyenne : 13 ans

USER 14/7/19 23:02

Commentaire: 17

NON : 1 valeur ; 2%
PAS TELLEMENT : 6 valeurs ; 10%
PLUTÔT PRÉOCCUPÉ(E) : 31 valeurs ; 52%
OUI BEAUCOUP : 20 valeurs ; 34%
PAS REMPLI : 1 valeur ; 2%

USER 14/7/19 23:02

Commentaire: 17

NON : 0 valeurs ; 0%
PAS TELLEMENT : 3 valeurs ; 27%
PLUTÔT PRÉOCCUPÉ(E) : 4 valeurs ; 37%
OUI BEAUCOUP : 3 valeurs ; 27%
PAS REMPLI : 1 valeur ; 9%

Evaluation de l'état bucco-dentaire

Evaluation de l'état bucco-dentaire			
1. Evaluation BD en ADJ	<i>Oui :</i> 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 35	<i>Par qui ?</i> IDEC : 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 35	<i>Non :</i> 15 ; 16 ; 36 ; 37 ; 38 ; 39
1. Evaluation BD en SSIAD	<i>Oui :</i> 1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 7 ; 8 ; 17 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 26 ; 27 ; 28 ; 29 ; 30 ; 40 ; 43 ; 46 ; 50 ; 51 ; 62 (QNC) ; 65 (QNC) ; 66 (QNC) ; 67 (QNC) ; 68 (QNC) ; 69 ; 70 ; 71	<i>Par qui ?</i> IDEC : 1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 7 ; 17 ; 21 ; 22 ; 23 ; 25 ; 26 ; 27 ; 28 ; 30 ; 70 Infirmière (IDE) : 43 ; 62 (QNC) ; 68 (QNC) Aide-soignant(e) : 40 ; 65 (QNC) AS + IDEC : 46 ; 50 ; 51 ; 66 (QNC) ; 67 (QNC) ; 71 Pas de réponse : 8 QNC = question non comprise	<i>Non :</i> 4 ; 6 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 18 ; 19 ; 20 ; 42 ; 44 ; 45 ; 47 ; 48 ; 49 ; 52 ; 53 ; 54 ; 56 ; 57 ; 58 ; 59 ; 60 ; 61 ; 63 ; 64
2. Document en ADJ	<i>Oui :</i>	<i>Non :</i> 15 ; 16 ; 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38 ; 39	
2. Document en SSIAD	<i>Oui :</i> 7	<i>Non :</i> 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 23 ; 24 ; 25 ; 26 ; 27 ; 28 ; 29 ; 30 ; 40 ; 42 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 50 ; 51 ; 52 ; 53 ; 54 ; 55 ; 56 ; 57 ; 58 ; 59 ; 60 ; 61 ; 62 ; 63 ; 64 ; 65 ; 66 ; 67 ; 68 ; 69 ; 70 ; 71	

USER 14/7/19 23:02
Commentaire: 1
OUI : 5 valeurs ; 45%
NON : 6 valeurs ; 55%
PAR QUI ? IDEC : 100%

USER 14/7/19 23:03
Commentaire: 1
OUI : 29 valeurs ; 51%
NON : 28 valeurs ; 49%
PAR QUI ? (n°24 et n°29 n'ont pas répondu)
IDEC : 15 valeurs ; 56%
IDE : 3 valeurs ; 11%
AS : 2 valeurs ; 7%
AS+IDEC : 6 valeurs ; 22%
PAS DE REPONSE : 1 valeur ; 4%

USER 14/7/19 23:03
Commentaire: 2
OUI : 0 valeur ; 0%
NON : 11 valeurs ; 100%

USER 14/7/19 23:04
Commentaire: 2
OUI : 1 valeur ; 2%
NON : 57 valeurs ; 98%

Protocole de soins

3. Protocole en ADJ	<i>Oui :</i>		<i>Non :</i> 15 ; 16 ; 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38 ; 39	
3. Protocole en SSIAD	<i>Oui :</i> 7 ; 25 ; 26 ; 27 ; 28 ; 29 ; 30 ; 40 ; 50 ; 51 ; 53 ; 54 ; 71		<i>Non :</i> 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 40 ; 42 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 52 ; 55 ; 56 ; 57 ; 58 ; 59 ; 60 ; 61 ; 62 ; 63 ; 64 ; 65 ; 66 ; 67 ; 68 ; 69 ; 70	
4. Favorable en ADJ	<i>Non :</i> 16	<i>Pas trop :</i> 15	<i>Plutôt :</i> 32 ; 36 ; 37 ; 38 ; 39	<i>Oui :</i> 31 ; 33 ; 34 ; 35
4. Favorable en SSIAD	<i>Non :</i> 1 ; 12 ; 23 ; 40 ; 42 ; 52 ; 68	<i>Pas trop :</i> 14 ; 49	<i>Plutôt :</i> 5 ; 6 ; 9 ; 10 ; 11 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 55 ; 56 ; 58 ; 60 ; 61 ; 63 ; 64 ; 65 ; 70	<i>Oui :</i> 2 ; 3 ; 4 ; 7 ; 8 ; 13 ; 17 ; 18 ; 19 20 ; 21 ; 22 ; 28 ; 57 ; 59 ; 62 ; 66 ; 67 ; 69

USER 14/7/19 23:04
Commentaire: 3
OUI : 0 valeur ; 0%
NON : 11 valeurs ; 100%

USER 14/7/19 23:05
Commentaire: 3
OUI : 13 valeurs ; 22%
NON : 47 valeurs ; 78%

USER 14/7/19 23:05
Commentaire: 4
NON : 1 valeur ; 9%
PASTROP : 1 valeur ; 9%
PLUTÔT : 5 valeurs ; 46%
OUI : 4 valeurs ; 36%

USER 14/7/19 23:05
Commentaire: 4
NON : 7 valeurs ; 16%
PASTROP : 2 valeurs ; 4%
PLUTÔT : 19 valeurs ; 42%
OUI : 17 valeurs ; 38%

Pratique du soin

5. Soins HBD en ADJ	Systématique : 31 ; 35	Souvent :	Rarement : 32 ; 33 ; 34	Jamais : 15 ; 16 ; 36 ; 37 ; 38 ; 39
5. Soins HBD en SSIAD	Systématiquement : 2 ; 3 ; 6 ; 7 ; 12 ; 14 ; 22 ; 23 ; 24 ; 26 ; 28 ; 29 ; 41 ; 42 ; 52 ; 55 ; 56 ; 59 ; 62 ; 65	Souvent : 1 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 13 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 25 ; 27 ; 30 ; 40 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 50 ; 51 ; 53 ; 54 ; 57 ; 58 ; 60 ; 61 ; 63 ; 64 ; 66 ; 67 ; 68 ; 69 ; 70 ; 71	Rarement : 4 ; 5	Jamais :
6. Nettoyage prothèses en ADJ	Systématique : 31 ; 35	Souvent :	Rarement : 32 ; 33 ; 34	Jamais : 15 ; 16 ; 36 ; 37 ; 38 ; 39
6. Nettoyage prothèses en SSIAD	Systématique : 2 ; 3 ; 7 ; 9 ; 12 ; 14 ; 21 ; 22 ; 23 ; 26 ; 28 ; 29 ; 41 ; 42 ; 51 ; 52 ; 55 ; 62 ; 65 ; 69	Souvent : 1 ; 6 ; 8 ; 10 ; 11 ; 13 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 25 ; 27 ; 30 ; 40 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 50 ; 53 ; 54 ; 56 ; 58 ; 60 ; 63 ; 64 ; 66 ; 67 ; 70 ; 71	Rarement : 4 ; 5 ; 57 ; 59 ; 61 ; 68	Jamais :
7. Raisons en ADJ	Manque de matériel : 57	Manque de temps :	Manque de connaissances :	Oubli : 32 ; 33
	Peur de la fausse route : 31 ; 35	Refus du patient :	Habitudo perso : 34	
	Autre : 15 : « ce n'est pas notre rôle » ; 16 : « Le patient arrive de son domicile » ; 32 : « Les soins doivent être faits au domicile avant l'arrivée à l'accueil de jour » ; 33 : « Logiquement, les soins BD sont réalisés matin et soir par le SSIAD ou la famille. Le midi, moi-même, je n'ai pas l'habitude de me laver les dents donc je ne réalise pas les SBD aux patients par habitude » ; 36 : « Pas de protocole » ; 37 : (sans précision) ; 38 « Pas de soin car le patient vient du domicile » ; 39 : « Pas de soin car le patient vient du domicile » ;			
7. Raisons en SSIAD	Manque de matériel : 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 12 ; 13 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 23 ; 26 ; 29 ; 46 ; 56 ; 57 ; 58 ; 59 ; 60 ; 61 ; 64 ; 66 ; 68 ; 69	Manque de temps : 9 ; 17 ;	Manque de connaissances :	Oubli : 1 ; 13 ; 30 ; 45 ; 54 ; 55
	Peur de la fausse route : 42 ; 47 ; 48 ; 53 ; 64 ; 65 ; 71	Refus du patient : 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 25 ; 27 ; 28 ; 29 ; 30 ; 40 ; 41 ; 42 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 51 ; 52 ; 53 ; 54 ; 55 ; 57 ; 58 ; 59 ; 61 ; 63 ; 64 ; 67 ; 69 ; 70 ; 71	Par habitude personnelle : 44 ; 56 ; 70 ; 71	
	Autre : 50 (« soins faits par le conjoint ») 62 (pas de difficultés)			
8. Réticences à effectuer les SBD en	Sentiment d'intrusion : 37	Dégout :		

USER 14/7/19 23:06

Commentaire: 5
SYSTEMATIQUEMENT : 2 valeurs ; 18%
SOUVENT : 0 valeur ; 0%
RAREMENT : 3 valeurs ; 27%
JAMAIS : 6 valeurs ; 55%

USER 14/7/19 23:06

Commentaire: 5
SYSTEMATIQUEMENT : 20 valeurs ; 33%
SOUVENT : 38 valeurs ; 64%
RAREMENT : 2 valeurs ; 3%
JAMAIS : 0 valeur ; 0%

USER 14/7/19 23:07

Commentaire: 6
SYSTEMATIQUEMENT : 2 valeurs ; 18%
SOUVENT : 0 valeur ; 0%
RAREMENT : 3 valeurs ; 27%
JAMAIS : 6 valeurs ; 55%

USER 14/7/19 23:07

Commentaire: 6
SYSTEMATIQUEMENT : 20 valeurs ; 34%
SOUVENT : 33 valeurs ; 56%
RAREMENT : 6 valeurs ; 10%
JAMAIS : 0 valeur ; 0%

USER 14/7/19 23:08

Commentaire: 7
MANQUE DE MATERIEL : 0 valeur ; 0%
MANQUE DE TEMPS : 0 valeur ; 0%
MANQUE DE CONNAISSANCES : 0 valeur ; 0%
OUBLI : 2 valeurs ; 12,5%
PEUR DE LA FAUSSE ROUTE : 2 valeurs ; 12,5%
REFUS DU PATIENT : 3 valeurs ; 19%
HABITUDE PERSO : 1 valeur ; 6%
AUTRE : 7 valeurs ; 50%

USER 14/7/19 23:08

Commentaire: 7
MANQUE DE MATERIEL : 29 valeurs ; 28%
MANQUE DE TEMPS : 2 valeurs ; 2%
MANQUE DE CONNAISSANCES : 0 valeur ; 0%
OUBLI : 6 valeurs ; 6%
PEUR DE LA FAUSSE ROUTE : 7 valeurs ; 7%
REFUS DU PATIENT : 52 valeurs ; 51%
HABITUDE PERSO : 4 valeurs ; 4%
AUTRE : 2 valeurs ; 2%

USER 14/7/19 23:08

Commentaire: 8
SENTIMENT D'INTRUSION : 1 valeur ; 9%
DEGOUT : 0 valeur ; 0%
REACTIONS AGRESSIVES : 0 valeur ; 0%
FAIRE MAL : 0 valeur ; 0%
AUTRE : 1 valeur ; 9%
NON PAS DE RETICENCE : 9 valeurs ; 82%

8. Réticences à effectuer les SBD en	Sentiment d'intrusion : 37		Dégout :	
	Réactions agressives :		Faire mal :	
	Autre : 16 (« ne travaille pas dans le soin »)			
	Non, pas de réticence : 15 ; 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 35 ; 36 ; 38 ; 39			
8. Réticences à effectuer les SBD en SSIAD	Sentiment d'intrusion : 1 ; 4 ; 28 ; 60 ; 64 ; 65		Dégout : 5 ; 13 ; 27 ; 30 ; 50 ; 59	
	Réactions agressives : 4 ; 13 ; 14 ; 43 ; 59		Faire mal : 3 ; 6 ; 13 ; 28 ; 46 ; 52 (« retrait du dentier souvent difficile ») ; 56 ; 60 ; 65 ; 66 (réponse 1 ^{er} questionnaire noté dans difficultés)	
	Autre : 43 (sans précision)			
	Non, pas de réticence : 2 ; 3 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 14 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 25 ; 26 ; 29 ; 40 ; 41 ; 42 ; 44 ; 45 ; 47 ; 48 ; 49 ; 51 ; 53 ; 54 ; 55 ; 57 ; 58 ; 61 ; 62 ; 63 ; 70 ; 71			
9. Représentations des SBD en AD)	S. d'hygiène classique : 15 ; 16 ; 34 ; 37		S. de confort : 95	S. banal :
	S. facile à réaliser :		S. nécessaire : 15 ; 16 ; 31 ; 32 ; 35 ; 36 ; 37 ; 39	S. oublié : 31 ; 32 ; 33 ; 34
	S. de PS globale du patient : 33 ; 38 ; 39			
	S. difficile :		Source de tensions :	
9. Représentations des SBD en SSIAD	S. d'hygiène classique : 2 ; 3 ; 4 ; 6 ; 7 ; 10 ; 11 ; 12 ; 14 ; 20 ; 21 ; 25 ; 26 ; 28 ; 29 ; 40 ; 42 ; 47 ; 49 ; 56 ; 58 ; 62 ; 70 ; 71		S. de confort : 3 ; 5 ; 8 ; 9 ; 14 ; 18 ; 19 ; 30 ; 40 ; 41 ; 44 ; 45 ; 46 ; 48 ; 50 ; 51 ; 52 ; 55 ; 57 ; 60 ; 62	S. banal :
	S. facile : 50		S. nécessaire : 1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 7 ; 8 ; 13 ; 14 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 24 ; 26 ; 27 ; 29 ; 40 ; 42 ; 43 ; 45 ; 50 ; 52 ; 53 ; 54 ; 57 ; 58 ; 59 ; 61 ; 63 ; 64 ; 65 ; 71	S. oublié : 1 ; 4 ; 10 ; 17 ; 22 ; 27 ; 28 ; 30 ; 46 ; 63 ; 70
	S. de PS globale du patient : 2 ; 3 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 13 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 25 ; 26 ; 40 ; 41 ; 42 ; 43 ; 44 ; 47 ; 48 ;			

USER 14/7/19 23:09

Commentaire: 8

SENTIMENT D'INTRUSION : 6 valeurs ; 9%

DEGOUT : 6 valeurs ; 9%

REACTIONS AGRESSIVES : 5 valeurs ; 7%

FAIRE MAL : 10 valeurs ; 15%

AUTRE : 1 valeur ; 2%

NON PAS DE RETICENCE : 39 valeurs ; 58%

USER 14/7/19 23:09

Commentaire: 9

HYGIENE CLASSIQUE : 4 valeurs ; 20%

CONFORT : 1 valeur ; 5%

BANAL : 0 valeur ; 0%

FACILE A REALISER : 0 valeur ; 0%

NECESSAIRE : 8 valeurs ; 40%

OUBLIE : 4 valeurs ; 20%

PS-GLOBALE DU PATIENT : 3 valeurs ; 15%

DIFFICILE : 0 valeur ; 0%

SOURCE DE TENSIONS : 0 valeur ; 0%

USER 14/7/19 23:10

Commentaire: 9

HYGIENE CLASSIQUE : 24 valeurs ; 19%

CONFORT : 21 valeurs ; 17%

BANAL : 0 valeur ; 0%

FACILE A REALISER : 1 valeur ; 1%

NECESSAIRE : 32 valeurs ; 26%

OUBLIE : 11 valeurs ; 9%

PS-GLOBALE DU PATIENT : 34 valeurs ; 28%

DIFFICILE : 0 valeur ; 0%

SOURCE DE TENSIONS : 0 valeur ; 0%

Formation – connaissances			
10. Formation en ADJ	Oui : 16 ; 39	Non : 15 ; 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38	
	Depuis combien de temps : 16 : 10 ans 39 : 2 ans		
	Dispensée par IDEC : 16 : « Pas ici »	Dispensée par un formateur extérieur : 39 : « ANFH »	
10. Formation en SSIAD	Oui : 1 ; 4 ; 5 ; 23 ; 24 ; 29 ; 41 ; 59 ; 60 ; 63 ; 64 ; 65 ; 66 ; 68	Non : 2 ; 3 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 25 ; 26 ; 27 ; 28 ; 30 ; 40 ; 42 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 50 ; 51 ; 52 ; 53 ; 54 ; 55 ; 56 ; 57 ; 58 ; 61 ; 62 ; 67 ; 69 ; 70 ; 71	
	Depuis combien de temps : 1 : 2018 4 : 10 ans 5 : 4 ans 23 : 3 ans 24 : 7 ans 29 : 6 ans 41 : 20 ans		
	59 : 3 ans 60 : 2 ans 63 : 2 ans 65 : très longtemps 66 : 9 ans 68 : 10 ans		
	Dispensée par IDEC dans le service : 1 : « Par une collègue ». 59 : Collègue AS 66 - 68 : IFSI	Dispensée par un formateur extérieur : 4 ; 5 ; 24 ; 29 ; 41 (formation AS) ; 30 (colloque inter-SSIAD)	
	11. Formation bénéfique en ADJ		
Non : 37 ; 38	Pas trop :	Plutôt d'accord : 15 ; 16 ; 32 ; 33	Oui : 31 ; 34 ; 35 ; 36 ; 39
11. Formation bénéfique en SSIAD	Non : 12 ; 22 ; 23 ; 27 ; 40 ; 42 ; 48 ; 52 ; 66	Pas trop : 44 ; 49 ; 55 ; 70 ; 71	Plutôt d'accord : 1 ; 5 ; 10 ; 11 ; 25 ; 26 ; 29 ; 30 ; 43 ; 45 ; 46 ; 47 ; 50 ; 33 ; 34 (« sur l'utilisation de bâtonnets ») ; 56 ; 57 ; 58 ; 60 ; 61 ; 63 ; 67 ; 68 ; 69
	Oui : 2 ; 3 ; 4 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 13 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 28 ; 51 ; 62		
12. Conséquences en ADJ	Abès : 36 ; 38 Aphtes : 32 ; 35 Caries : 31 ; 32 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38 Cellulite dentaire : 37 Changements d'humeur : 16 Déchaussement des dents : 31 ; 35 ; 37 Dénutrition : 33 ; 34 ; 36 ; 39 Douleurs : 16 ; 32 ; 36 ; 37 ; 39 Fausse routes : 16 Gingivite : 15 ; 31 ; 33 Infections : 34 ; 35 ; 38 Mauvaise haleine : 15 ; 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 35 ; 36 ; 38 ; 39 Mycose : 15 Perte de dents : 15 ; 33 ; 37 Perte de l'estime de soi : 33 ; 34 Problèmes cardiaques : 37 ; 39 Saignements : 31 ; 35 Troubles du comportement : 36 Septicémie : 38 ; 39		

USER 147/19 23:10

Commentaire: 10
OUI : 2 valeurs ; 18%
NON : 9 valeurs ; 82%

USER 147/19 23:11

Commentaire: 10
OUI : 14 valeurs ; 23%
NON : 46 valeurs ; 77%
DEPUIS : 12 valeurs (« très longtemps » non
inclus) ; moyenne : 6,4 ans
DANS LE SERVICE : 3 valeurs ; 33%
FORMATEUR EXTERIEUR : 6 valeurs ; 64%

USER 147/19 23:11

Commentaire: 11
NON : 2 valeurs ; 18%
PAS TROP : 0 valeur ; 0%
PLUTÔT D'ACCORD : 4 valeurs ; 36%
OUI : 5 valeurs ; 46%

USER 147/19 23:11

Commentaire: 11
NON : 9 valeurs ; 17%
PAS TROP : 5 valeurs ; 9%
PLUTÔT D'ACCORD : 24 valeurs ; 44%
OUI : 16 valeurs ; 30%

USER 147/19 23:12

Commentaire: 12
54 valeurs pour 11 questionnaires qui ont
répondu (en moyenne 4,9 réponses par
questionnaire)
MAUVAISE HALEINE : 9 valeurs ; 17%
CARIES : 6 valeurs ; 11%
DOULEURS : 5 valeurs ; 9%
DENUTRITION : 4 valeurs ; 7%

<p>12. Conséquences en SSIAD</p>	<p>Abcès : 56 Apparence physique / perte d'estime de soi / gêne sociale : 7 ; 9 ; 59 Caries : 4 ; 5 ; 8 ; 13 ; 14 ; 20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 26 ; 41 ; 44 ; 48 ; 51 ; 53 ; 54 ; 56 ; 61 ; 62 ; 68 Confort : 65 Déchaussement dentaire : 5 ; 19 ; 20 ; 22 ; 23 ; 26 ; 53 ; 54 ; 56 ; 59 ; 68 Dents abîmées : 20 ; 40 Dénutrition entraînant chutes : 29 Déshydratation : 30 « Des problèmes dentaires qui nécessitent de faire appel à un dentiste à domicile ce qui est compliqué » : 49 Diabète : 56 ; 61 (surveillance chez pers diabétique) Difficulté à avaler et mâcher les aliments : 2 ; 3 ; 7 ; 10 ; 17 ; 20 ; 22 ; 26 ; 51 ; 54 ; 55 ; 59 ; 61 Difficultés à s'exprimer : 11 ; 40 ; 54 Douleurs : 4 ; 6 ; 40 ; 52 ; 55 ; 56 ; 60 Exclusion sociale : 52 ; 55 Fausse route : 54 Gêne : 9 Gingivite : 25 ; 41 ; 44 ; 48 ; 54 ; 61 ; 62 ; 66 Inconfort : 70 Infections cardio-vasculaires : 10 ; 12 ; 13 ; 56 Manque de salivation : 54 Mauvais état bucco-dentaire : 9 ; 48 ; 55</p>
	<p>Mauvaise habitude : 67 Mauvaise haleine : 1 ; 6 ; 8 ; 14 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 25 ; 27 ; 41 ; 46 ; 48 ; 50 ; 54 ; 58 ; 60 ; 61 ; 62 ; 63 ; 66 ; 68 ; 70 Mauvaise hygiène : 65 ; 67 Mycoses buccales : 6 ; 23 ; 40 ; 53 ; 54 ; 56 ; 60 ; 66 ; 68 Pathologies au sens large : 30 Problèmes buccaux / aphtes : 10 ; 11 Problèmes cardiaques : 41 Perte ou trouble du goût : 9 Perte de poids : 2 ; 3 Refus d'alimentation / dénutrition / perte d'appétit : 4 ; 6 ; 7 ; 12 ; 17 ; 18 ; 23 ; 30 ; 40 ; 43 ; 44 (seulement pour les édentés) ; 50 ; 51 ; 52 ; 53 ; 54 (digestion difficile) ; 56 (« changement texture ») ; 59 (perte d'appétit) ; 60 (perte d'appétit) ; 64 (perte) ; 66 (perte d'appétit) « Refus du patient » : 28 Risque d'infection : 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 9 ; 11 ; 21 ; 25 ; 27 ; 30 ; 43 ; 52 ; 59 ; 64 ; 68 ; 70 ; 71 Saignement des gencives : 40 Sécurité : 65 « Soucis dentaires » : 58 Tartre : 8 ; 41 ; 48 ; 54 Troubles ORL : 56 Ulcération : 22</p>

USER 14/7/19 23:13

Commentaire: 12
180 valeurs pour 55 questionnaires qui ont répondu (en moyenne 3,3 réponses par questionnaire)

CARIES : 20 valeurs ; **11%**
DECHAUSSEMENT DENTAIRE : 11 valeurs ; **6%**
DIFFICULTE AVALER/MACHER : 13 valeurs ; **7%**
INFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES : 4 valeurs ; **2%**
MAUVAISE HALEINE : 25 valeurs ; **14%**
MYCOSES BUCALES : 9 valeurs ; **5%**
REFUS D'ALIMENTATION/DENUTRITION : 21 valeurs ; **12%**
RISQUE D'INFECTION : 17 valeurs ; **9%**

ANNEXE 4

Grille de recueil IDEC / Statistiques

Grille de recueil
Enquête Hygiène Bucco - dentaire
Mémoire DU / IDEC

Questionnaires IDEC

Nombre de questionnaires distribués :	Total : 13 (Pauline/Clothilde : 4 ; Monique : 6 ; Véronique : 3)
Nombre de questionnaires reçus :	Numerotés de 1 à 13 (Pauline/Clothilde : 1-4 ; Monique : 5-9 et 13 ; Véronique : 10-12)

Présentation		
19. Votre poste	SSIAD : 1 : 2 ; 3 : 6 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13	ADJ : 4 ; 5 ; 7
20. Âge	Âge en SSIAD : (ans) 1 : 27 6 : 46 2 : 52 8 : 32 3 : 57 9 : 31 10 : +50 11 : 53 12 : 55 13 : 28	Âge en ADJ : (ans) 4 : 47 5 : 50 7 : 27
21. Durée d'exercice IDEC	En SSIAD : 1 : 2013 6 : 2000 2 : 1988 8 : 2009 3 : 1982 9 : 2011 10 : 1992 11 : 1987 12 : 1986 13 : 2015	En ADJ : 4 : 1996 5 : 1992 7 : 2014
22. Durée d'exercice IDEC	En SSIAD : (ans) 1 : 3 6 : 6 2 : 5 8 : 3 3 : 10 9 : 2 10 : 6 11 : 5 12 : 4 13 : < 1	En ADJ : (ans) 4 : 1an ½ 5 : 10 7 : 4 mois
17. « Sensibilité » HBD en SSIAD <i>(Question 23 pour Clothilde et Monique)</i>	Non : Pas tellement : 3 Plutôt préoccupé(é) : 2 ; 6 ; 9 ; 11 Oui beaucoup : 1 ; 8 ; 10 ; 12 ; 13	
17. « sensibilité » HBD en ADJ <i>(Question 23 pour Clothilde et Monique)</i>	Non : Pas tellement : 4 Plutôt préoccupé(é) : 7 Oui, beaucoup : 5	

Commenté [U1]: 19
 SSIAD : 10 valeurs ; 77%
 ADJ : 3 valeurs ; 23%

Commenté [U2]: 20
 SSIAD : 10 valeurs ; moyenne : 43 ans
 ADJ : 3 valeurs ; moyenne : 41 ans

Tranches d'âge	SSIAD	ADJ
Moins de 20 ans	0	0
20 à 29 ans	1	1
30 à 39 ans	3	0
40 à 49 ans	1	1
50 à 59 ans	5	1
60 ans et plus	0	0

Commenté [U3]: 21
 SSIAD : 10 valeurs ; moyenne : 1998
 ADJ : 3 valeurs ; moyenne : 2001

Commenté [U4]: 22
 SSIAD : 10 valeurs ; moyenne : 4,5 ans
 ADJ : 3 valeurs ; moyenne : 4 ans

Commenté [U5]: 17/23
 NON : 0 valeur ; 0%
 PAS TELLEMENT : 1 valeur ; 10%
 PLUTÔT PREOCCUPE(E) : 4 valeurs ; 10%
 OUI BEAUCOUP : 5 valeurs ; 50%

Commenté [U6]: 17/23
 NON : 0 valeur ; 0%
 PAS TELLEMENT : 1 valeur ; 33%
 PLUTÔT PREOCCUPE(E) : 1 valeur ; 33%
 OUI BEAUCOUP : 1 valeur ; 33%

Evaluation de l'état bucco-dentaire			
1. Evaluation BD en AD	Pendant VAD : 5	En début de prise en soins :	Jamais : 4 ; 7
	A un autre moment :		
1. Evaluation BD en SSIAD	Pendant VAD : 6	En début de prise en soins : 1 (« pas toujours ») ; 8 ; 9	Jamais : 12 ; 13
	A un autre moment :		
	2 : (pas de précision)		
	3 : « Au cours de la toilette ».		
	10 : douleur, plainte, odeur fétide, en lien avec l'alimentation, appareil désadapté.		
	11 : demande patient ou famille, si plainte du patient.		
2. Document en AD	Oui : 5	Non : 4 ; 7	
2. Document en SSIAD	Oui :	Non : 1 ; 2 ; 3 ; 6 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13	

Protocole de soins			
3. Protocole en AD	Oui : 7	Non : 4 ; 5	
3. Protocole en SSIAD	Oui : 6 ; 8 ; 13	Non : 1 ; 2 ; 3 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12	
4. Favorable en AD (protocole)	Non : 4	Pas trop :	Plutôt : 5 Oui : 7
4. Favorable en SSIAD (protocole)	Non :	Pas trop :	Plutôt : 2 ; 3 ; 6 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 Oui : 1 ; 13

Pratique du soin				
5. Soins HBD pratiqués en AD	Systematique : 7	Souvent :	Rarement : 5	Jamais : 4
5. Soins HBD pratiqués en SSIAD	Systematique : 11	Souvent : 1 ; 3 ; 6 ; 8 ; 10 ; 12	Rarement : 2 ; 9 ; 13	Jamais :
6. Nettoyage Prothèses en AD	Systematique :	Souvent : 7	Rarement : 5	Jamais : 4
6. Nettoyage Prothèses en SSIAD	Systematique : 11	Souvent : 1 ; 3 ; 6 ; 8 ; 9 ; 10 ; 12	Rarement : 2 ; 13	Jamais :
7. Raisons en AD	Manque de matériel : 4	Manque de temps :	Manque de connaissances :	Oubli : 5 ; 7
	Peur de la fausse route :	Refus du patient : 5 ; 7	Habitude personnelle :	Refus du soignant :
	Autre : 4 : Structure de jour	Manque de motivation : 5		Manque d'hygiène soignant :

Commenté [U7]: 1 PENDANT VAD : 1 valeur ; 33% DEBUT DE PRISE EN SOINS : 0 valeur ; 0% JAMAIS : 2 valeurs ; 67% AUTRE MOMENT : 0 valeur ; 0%
Commenté [U8]: 1 PENDANT VAD : 1 valeur ; 10% DEBUT DE PRISE EN SOINS : 3 valeurs ; 30% JAMAIS : 2 valeurs ; 20% AUTRE MOMENT : 4 valeurs ; 40%
Commenté [U9]: 2 OUI : 1 valeur ; 33% NON : 2 valeurs ; 67%
Commenté [U10]: 2 OUI : 0 valeur ; 0% NON : 10 valeurs ; 100%
Commenté [U11]: 3 OUI : 1 valeur ; 33% NON : 2 valeurs ; 67%
Commenté [U12]: 3 OUI : 3 valeurs ; 30% NON : 7 valeurs ; 70%
Commenté [U13]: 4 NON : 1 valeur ; 33% PAS TROP : 0 valeur ; 0% PLUTÔT : 1 valeur ; 33% OUI : 1 valeur ; 33%
Commenté [U14]: 4 NON : 0 valeur ; 0% PAS TROP : 0 valeur ; 0% PLUTÔT : 7 valeurs ; 78% OUI : 2 valeurs ; 22%
Commenté [U15]: 5 SYSTEMATIQUE : 1 valeur ; 33% SOUVENT : 0 valeur ; 0% RAREMENT : 1 valeur ; 33% JAMAIS : 1 valeur ; 33%
Commenté [U16]: 5 SYSTEMATIQUE : 1 valeur ; 10% SOUVENT : 6 valeurs ; 60% RAREMENT : 3 valeurs ; 30%
Commenté [U17]: 6 SYSTEMATIQUE : 0 valeur ; 0% SOUVENT : 1 valeur ; 33% RAREMENT : 1 valeur ; 33%
Commenté [U18]: 6 SYSTEMATIQUE : 1 valeur ; 10% SOUVENT : 7 valeurs ; 70% RAREMENT : 2 valeurs ; 20%
Commenté [U19]: 7 MANQUE DE MATERIEL : 1 valeur ; 14% MANQUE DE TEMPS : 0 valeur ; 0%

7. Raisons en SSIAD	Manque de matériel : 1 ; 2 ; 3 ; 6 ; 9 ; 12	Manque de temps : 1 ; 2 ; 9	Manque de connaissances : 1 ; 10 ; 11	Oubli : 1 ; 2 ; 3 ; 6
	Peur de la fausse route :	Refus du patient : 1 ; 3 ; 6 ; 8 ; 9 ; 11 ; 12 ; 13	Habitude personnelle :	Refus du soignant : 2
	Autre : 6 : peur de la morsure 10 : fait par la famille 12 : manque d'hygiène du patient 13 : « Certains patients sont autonomes concernant leur brossage de dents ou entretien de leur appareil dentaire »	Manque de motivation : 2 ; 11 ; 12	Manque d'hygiène du soignant :	
8. Réticences à effectuer les SBD en AD	Sentiment intrusion : 7		Dégoût : 5	
	Réactions agressives : 5 ; 7		Faire mal :	
	Autre : 4 (pas de précision)			
Non, pas de réticence :				
8. Réticences à effectuer les SBD en SSIAD	Sentiment intrusion :		Dégoût : 2 ; 11 ; 12 ; 13	
	Réactions agressives : 1 ; 2 ; 6 ; 9 ; 10 ; 11 ; 13		Faire mal : 8 ; 10	
	Autre : 3 : « Les soignants ne pensent pas à intégrer ce soin dans la toilette, tout comme les oreilles ou derrière les oreilles ». 8 : « Ils ne souhaitent pas aller contre l'avis du patient ».			
	Non, pas de réticence :			
9. Représentations des SBD en AD	S. d'hygiène classique : 4	S. de confort : 4 ; 7	S. banal :	
	S. facile :	S. nécessaire : 5 ; 7	S. oublié :	
	S. de PS globale du patient : 5			
S. difficile :		Source de tensions :		
9. Représentations des SBD en SSIAD	S. d'hygiène classique : 1 ; 6 ; 9	S. de confort : 13	S. banal :	
	S. facile :	S. nécessaire : 3 ; 6 ; 8	S. oublié : 2 ; 3 ; 9	
	S. de PS globale du patient : 1 ; 2 ; 8 ; 13			
	S. difficile : 8		Source de tensions :	

Commenté [U20]: 7

MANQUE DE MATERIEL : 6 valeurs ; 19%
 MANQUE DE TEMPS : 3 valeurs ; 9%
 MANQUE DE CONNAISSANCES : 3 valeurs ; 9%
 OUBLI : 4 valeurs ; 13%
 PEUR DE LA FAUSSE ROUTE : 0 valeur ; 0%
 REFUS DU PATIENT : 8 valeurs ; 25%
 HABITUDE PERSO : 0 valeur ; 0%
 REFUS DU SOIGNANT : 1 valeur ; 3%
 AUTRE : 4 valeurs ; 13%
 MANQUE DE MOTIVATION : 3 valeurs ; 9%
 MANQUE D'HYGIENE SOIGNANT : 0 valeur ; 0%

Commenté [U21]: 8

SENTIMENT D'INTRUSION : 1 valeur ; 20%
 DEGOUT : 1 valeur ; 20%
 REACTIONS AGRESSIVES : 2 valeurs ; 40%
 FAIRE MAL : 0 valeur ; 0%
 AUTRE : 1 valeur ; 20%
 NON PAS DE RETICENCE : 0 valeur ; 0%

Commenté [U22]: 8

SENTIMENT D'INTRUSION : 0 valeur ; 0%
 DEGOUT : 4 valeurs ; 27%
 REACTIONS AGRESSIVES : 7 valeurs ; 47%
 FAIRE MAL : 2 valeurs ; 13%
 AUTRE : 2 valeurs ; 13%
 NON PAS DE RETICENCE : 0 valeur ; 0%

Commenté [U23]: 9

HYGIENE CLASSIQUE : 1 valeur ; 17%
 CONFORT : 2 valeurs ; 33%
 BANAL : 0 valeur ; 0%
 FACILE A REALISER : 0 valeur ; 0%
 NECESSAIRE : 2 valeurs ; 33%
 OUBLIE : 0 valeur ; 0%
 PS GLOBALE DU PATIENT : 1 valeur ; 17%
 DIFFICILE : 0 valeur ; 0%
 SOURCE DE TENSIONS : 0 valeur ; 0%

Commenté [U24]: 9

HYGIENE CLASSIQUE : 3 valeurs ; 21%
 CONFORT : 1 valeur ; 8%
 BANAL : 0 valeur ; 0%
 FACILE A REALISER : 0 valeur ; 0%
 NECESSAIRE : 3 valeurs ; 21%
 OUBLIE : 3 valeurs ; 21%
 PS GLOBALE DU PATIENT : 4 valeurs ; 29%
 DIFFICILE : 0 valeur ; 0%
 SOURCE DE TENSIONS : 0 valeur ; 0%

Formation - Connaissances

10. Conséquences d'une mauvaise HBD en AD)	Douleurs : 5 Gingivite : 7 Malnutrition : 4 ; 5 Mycoses : 5 Parodontite : 7 Pathologies diverses : 4			
	Perte d'estime de soi : 5 Risques cardio-vasculaires si abois : 7 Risques ORL : 7			
10. Conséquences d'une mauvaise HBD en SSIAD)	Agitations, troubles du comportement : 11 Caries 1 ; 2 ; 3 ; 6 ; 13 Déchaussement 1 ; 3 ; 8 ; 13 Décès : 8 Dents fragilisées : 9 Dénutrition 2 ; 8 ; 11 ; 13 Difficultés à la mastication : 13 Douleurs : 8 ; 11 Gingivite : 3 ; 6 ; 13 Infections 2 ; 3 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 13 Isolement social : 8			
	Maladies parodontales 1 Mauvaise haleine : 12 Mycose : 3 ; 8 ; 9 ; 10 ; 12 Perte de poids : 8 ; 12 Perte de sensibilité gustative : 13 Problèmes dentaires : 12 Problèmes digestifs : 3 ; 12 Problèmes cardiaques : 11 Répercussions sur l'alimentation : 10 ; 11 ; 12			
11. Formation en AD)	OUI : 4 ; 5	Quand ? 4 : il y a 5 ans 5 : il y a 7 ans		
	Interne au service : 4 ; 5	Par un organisme de formation :	NON : 7	
11. Formation en SSIAD)	OUI : 1 ; 3 ; 12 ; 13	Quand ? 1 : 2014 3 : formation de base IDE 12 : par AS lors d'un colloque 13 : durant les études d'IDE		
	Interne au service :	Par un organisme de formation :	NON : 2 ; 6 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11	
12. Seriez-vous intéressé (e) par une formation (AD))	Non :	Plutôt défavorable :	Plutôt favorable : 7	Très intéressé :
12. Seriez-vous intéressé(e) par une Formation (SSIAD)	Non :	Plutôt défavorable :	Plutôt favorable : 2 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 13	Très intéressé : 6 ; 12
13. Une formation aiderait les soignants (AD))	Non :	Pas trop d'accord : 4 ; 7	Plutôt d'accord : 5	Tout à fait d'accord :

Commenté [U25]: 10
 10 valeurs pour 3 questionnaires qui ont répondu (en moyenne 3,3 réponses par questionnaire)
MALNUTRITION : 2 valeurs ; 20%
RISQUES CARDIO-VASCUAIRES SI ABSCES : 1 valeur ; 10%

Commenté [U26]: 10
 47 valeurs pour 10 questionnaires qui ont répondu (en moyenne 4,7 réponses par questionnaire)
CARIES : 5 valeurs ; 11%
DECHAUSSEMENT : 4 valeurs ; 8,5%
DENUTRITION : 4 valeurs ; 8,5%
GINGIVITE : 3 valeurs ; 6%
INFECTIONS : 7 valeurs ; 15%
MYCOSE : 5 valeurs ; 11%

Commenté [U27]: 11
OUI : 2 valeurs ; 67%
NON : 1 valeur ; 33%
QUAND ? : 2 valeurs ; moyenne : 6 ans
INTERNE AU SERVICE : 2 valeurs ; 100%
PAR ORGANISME DE FORMATION : 0 valeur ; 0%

Commenté [U28]: 11
OUI : 4 valeurs ; 40%
NON : 6 valeurs ; 60%
QUAND ? : 4 valeurs ; pas de moyenne, apparemment surtout pendant les études IDE
INTERNE AU SERVICE : 0 valeur ; 0%
PAR ORGANISME DE FORMATION : 2 valeurs ; 100%

Commenté [U29]: 12
NON : 0 valeur ; 0%
PLUTÔT DÉFAVORABLE : 0 valeur ; 0%
PLUTÔT FAVORABLE : 1 valeur ; 100%
TRES INTERESSE : 0 valeur ; 0%

Commenté [U30]: 12
NON : 0 valeur ; 0%
PLUTÔT DÉFAVORABLE : 0 valeur ; 0%
PLUTÔT FAVORABLE : 6 valeurs ; 75%
TRES INTERESSE : 2 valeurs ; 25%

Commenté [U31]: 13
NON : 0 valeur ; 0%
PAS TROP : 2 valeurs ; 67%
PLUTÔT D'ACCORD : 1 valeur ; 33%
OUI : 0 valeur ; 0%

13. Une formation aiderait les soignants (SSIAD)	Non :	Pas trop d'accord : 6	Plutôt d'accord : 2 ; 3 ; 8 ; 9	Tout à fait d'accord : 1 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13
14 : Formation aux soignants (ADJ)	Animé : 5	Organisé : 5	Envoyé en formation :	Jamais : 4 ; 7
14 : Formation aux soignants (SSIAD)	Animé :	Organisé :	Envoyé en formation : 10	Jamais : 1 ; 2 ; 3 ; 6 ; 8 ; 9 ; 11 ; 12 ; 13
15. Type de formation réalisable dans votre service (ADJ)	Soignant tuteurat :	Soignant référent :	Formation externe : 7	Formation interne : 4 ; 5 ; 7
15. Type de formation réalisable dans votre service (SSIAD)	Soignant tuteurat : 10 ; 12	Soignant référent : 1 ; 2 ; 3 ; 11 ; 12	Formation externe : 6 ; 10	Formation interne : 3 ; 8 ; 9 ; 11 ; 13
16. Quels sont les obstacles à la formation du personnel: (ADJ)	Budget :	Temps soignant : 5 ; 7		Temps IDEC : 7
	Manque de connaissance de l'IDEC :		Autre : 4 : « les résidents vivent à leur domicile avec des aides. Ils viennent en ADJ de 9h15 à 17h15 ».	
16. Quels sont les obstacles à la formation du personnel: (SSIAD)	Budget : 3 ; 6	Temps soignant : 1 ; 2 ; 12	Temps IDEC : 1 ; 3 ; 9 ; 12	
	Manque de connaissance de l'IDEC : 11		Autre : 8 : aucun obstacle 10 : manque de formation en interne (hôpital) 11 : formation qui ne leur semble pas prioritaire pour l'instant. 12 : manque de matériel pour préparer et montrer	
17. Bénéfices de la formation (ADJ)	Pour les bénéficiaires :	Pour les soignants :	Pour l'IDEC :	
17. Bénéfices de la formation (SSIAD)	Pour les bénéficiaires : 10 (éducation, conseils) ; 12 (meilleure alimentation, absence de douleur, bien être, se sentir reconnu)	Pour les soignants : 10 (apprentissage de la pratique) ; 12 (bien être du patient, satisfaction d'un soin complet)	Pour l'IDEC : 1 : Meilleure connaissance sur les pathos et la manière de procéder aux soins (outils, gestuelle) ; 12 (satisfaction et fierté d'avoir un personnel humain)	
18. Elaboration protocole en équipe (ADJ)	Non :	Pas trop d'accord : 4	Plutôt d'accord :	Tout à fait d'accord : 5 ; 7
18. Elaboration protocole en équipe (SSIAD)	Non :	Pas trop d'accord : 3	Plutôt d'accord : 1 ; 2 ; 8 ; 11	Tout à fait d'accord : 9 ; 10 ; 12 ; 13

Commenté [U32]: 13
NON : 0 valeur ; 0%
PAS TROP : 1 valeur ; 10%
PLUTÔT D'ACCORD : 4 valeurs ; 40%
OUI : 5 valeurs ; 50%

Commenté [U33]: 14
ANIME : 1 valeur ; 25%
ORGANISE : 1 valeur ; 25%
ENVOYE EN FORMATION : 0 valeur ; 0%
JAMAIS : 2 valeurs ; 50%

Commenté [U34]: 14
ANIME : 0 valeur ; 0%
ORGANISE : 0 valeur ; 0%
ENVOYE EN FORMATION : 1 valeur ; 10%
JAMAIS : 9 valeurs ; 90%

Commenté [U35]: 15
SOIGNANT TUTORAT : 0 valeur ; 0%
SOIGNANT REFERENT : 0 valeur ; 0%
FORMATION EXTERNE : 1 valeur ; 25%
FORMATION INTERNE : 3 valeurs ; 75%
AUCUNE : 0 valeur ; 0%

Commenté [U36]: 15
SOIGNANT TUTORAT : 2 valeurs ; 14%
SOIGNANT REFERENT : 5 valeurs ; 36%
FORMATION EXTERNE : 2 valeurs ; 14%
FORMATION INTERNE : 5 valeurs ; 36%
AUCUNE : 0 valeur ; 0%

Commenté [U37]: 16
BUDGET : 0 valeur ; 0%
TEMPS SOIGNANT : 2 valeurs ; 50%
TEMPS IDEC : 1 valeur ; 25%
MANQUE DE CONNAISSANCE DE L'IDEC : 0 valeur ; 0%
AUTRE : 1 valeur ; 25%

Commenté [U38]: 16
BUDGET : 2 valeurs ; 14%
TEMPS SOIGNANT : 3 valeurs ; 21%
TEMPS IDEC : 4 valeurs ; 29%
MANQUE DE CONNAISSANCE DE L'IDEC : 1 valeur ; 7%

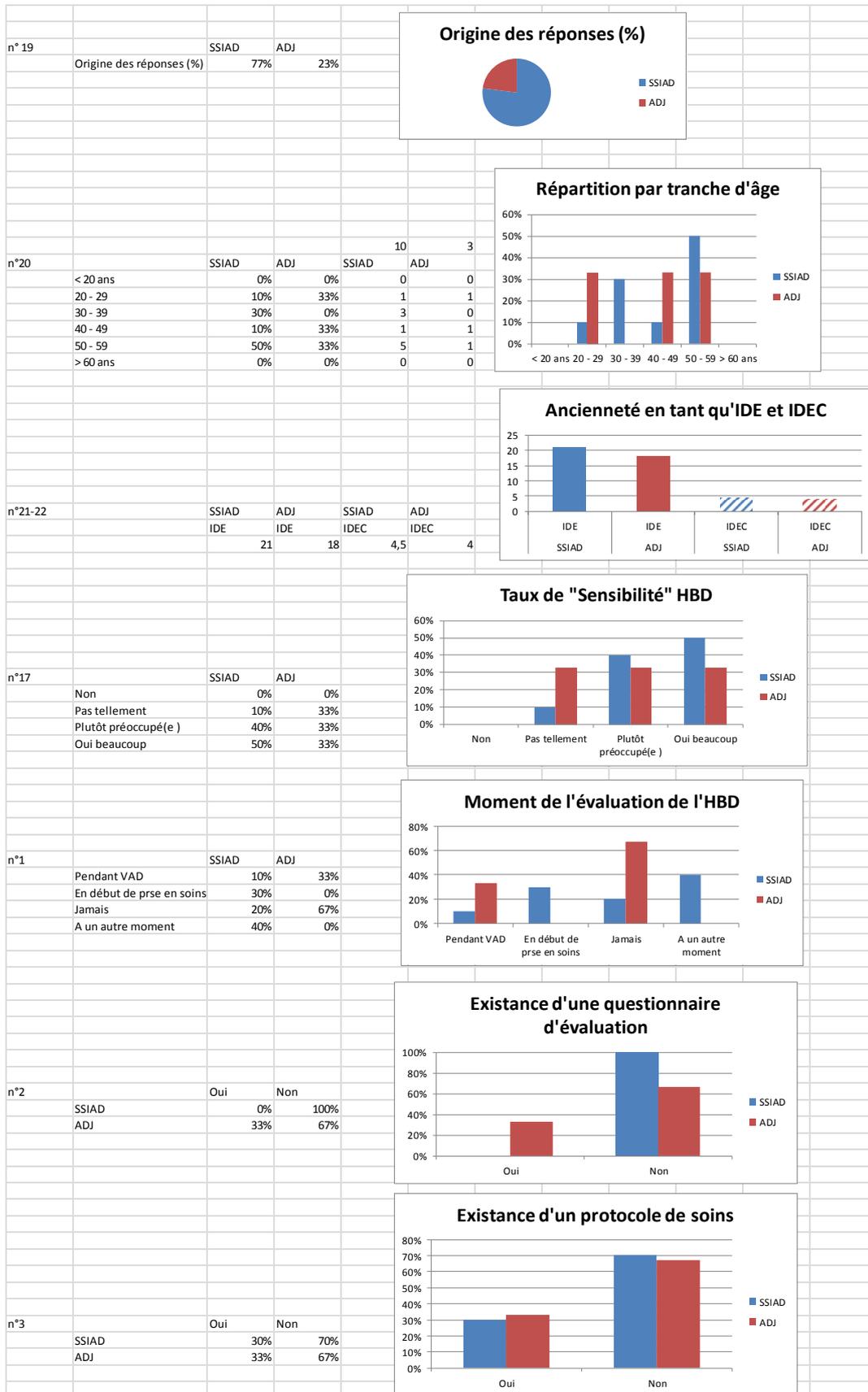
Commenté [U39]: 17 (pas de réponse)
POUR LES BENEFICIAIRES : 0 valeur ; 0%
POUR LES SOIGNANTS : 0 valeur ; 0%
POUR L'IDEC : 0 valeur ; 0%

Commenté [U40]: 17
POUR LES BENEFICIAIRES : 2 valeurs ; 33%
POUR LES SOIGNANTS : 2 valeurs ; 33%
POUR L'IDEC : 2 valeurs ; 33%

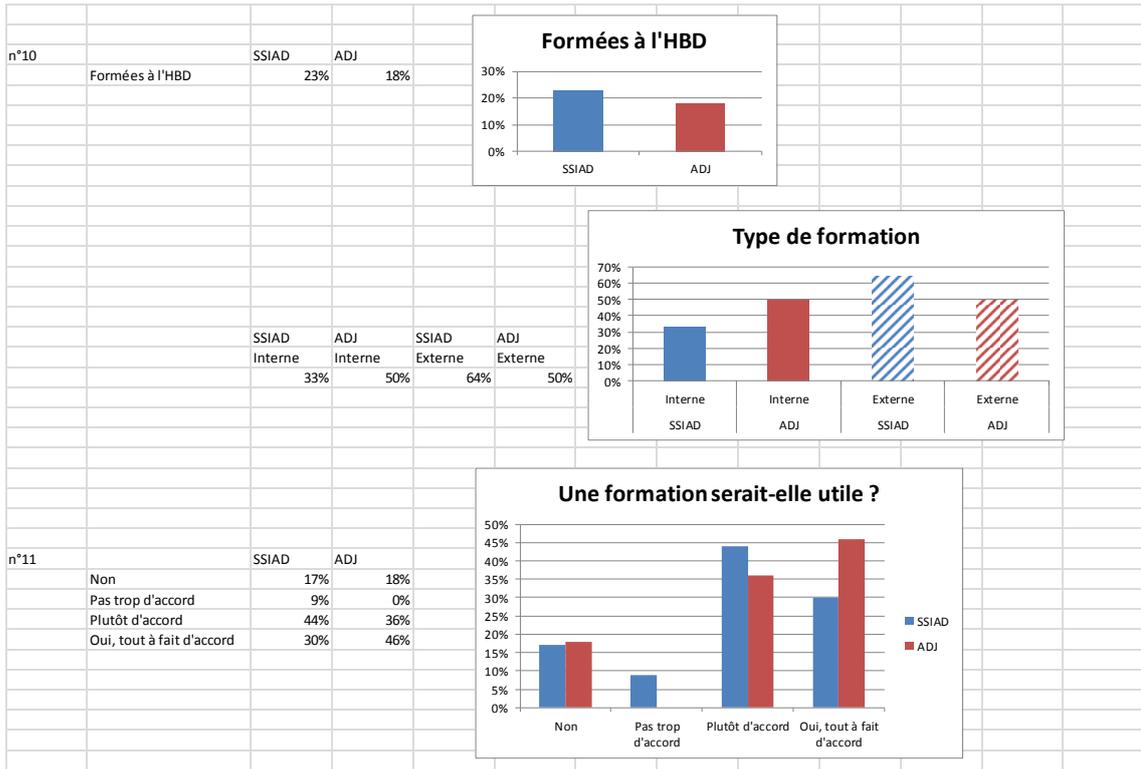
Commenté [U41]: 18
NON : 0 valeur ; 0%
PAS TROP : 1 valeur ; 33%
PLUTÔT D'ACCORD : 0 valeur ; 0%
OUI : 2 valeurs ; 67%

Commenté [U42]: 18
NON : 0 valeur ; 0%
PAS TROP : 1 valeur ; 11%
PLUTÔT D'ACCORD : 4 valeurs ; 44.5%
OUI : 4 valeurs ; 44.5%

ANNEXE 5 : Graphique résultats questionnaire IDEC



n°11	Formées à l'HBD	SSIAAD	ADJ	40%	67%	
		SSIAAD Interne	ADJ Interne	50%	67%	
		SSIAAD Externe	ADJ Externe	50%	33%	
n°12	Non Plutôt défavorable Plutôt favorable Très intéressé Sans réponse	SSIAAD	ADJ	0% 0% 60% 20% 20%	0% 0% 33% 0% 67%	
n°13	Non pas trop d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord	SSIAAD	ADJ	0% 10% 40% 50%	0% 67% 33% 0%	
n°14	Animé Organisé Envoyé en formation Jamais	SSIAAD	ADJ	0% 0% 10% 90%	25% 25% 0% 50%	
n°15	Soignant "tutorat" Soignant "référent" Formation externe Formation interne Aucune	SSIAAD	ADJ	14% 36% 14% 36% 0%	0% 0% 25% 75% 0%	
n°16	Budget Disponibilité des soignant Disponibilité des IDEC Connaissance de l'IDEC Autre	SSIAAD	ADJ	14% 21% 29% 7% 29%	0% 50% 25% 0% 25%	
n°18	Non Pas trop d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord	SSIAAD	ADJ	0% 11% 44% 44%	0% 33% 0% 67%	



Annexe 7 : Grille OAG



EVALUATION BUCCO-DENTAIRE

Informez la personne, lui expliquez l'utilité de l'évaluation de son état buccal, cherchez à obtenir sa coopération, la rassurez et insistez sur la notion de confort

Etiquette d'identification de la personne

Indicateur	Outils et méthodes	Pondération			Dates					
		0 (Sain)	1 (Altération modérée)	2 (Altération sévère)						
1	Voix	Parler avec la personne, écouter	Normale	Sèche et rauque	Difficulté à parler					
2	Lèvres	Observer, Toucher	Lisses, roses et humides	Sèches et fissurées	Ulcérées, craquelées saignements, douleurs					
3	Dents naturelles et/ou prothétiques	Observer	Propres et sans débris	Plaques et débris bien localisés (entre les dents)	Plaques et débris généralisés dents délabrées Douleurs Mobilité : ressentie ou observée, prothèses sales					
4	Gencives	Observer	Roses, fermes et contour bien dessiné	Inflammatoires, oedémateuses	Dépôts, saignements douleurs, blessures					
5	Langue	Observer	Rose et humide, présence de papilles	Moins de papilles, enduit, changement de coloration	Rouge vif, lisse et brillante, noire, fissurée, boursoufflée, douleurs					
6	Salive	Observer	Acqueuse, transparente	Visqueuse, épaisse	Absente, Bouche sèche					
7	Muqueuses	Observer	Roses et humides	Inflammatoires, dépôts, plaques blanches, sans ulcération	Vésicules, ulcérations, saignements, douleurs, blessures					
8	Déglutition	Demander d'avaler la salive et Observer	Normale	Douleurs, gêne modérée à la déglutition	Absence de déglutition, refus de s'alimenter, douleur invalidante					
9	Goût	Interroger la personne	Normal	Altération du goût	Mauvais goût, goût métallique					
10	Odeurs	Faire exhaler la personne et sentir	Normal	Haleine modérément inconfortable	Haleine très inconfortable, personne gênée					
TOTAL		Tout score >0 doit faire l'objet d'une concertation de l'équipe soignante avec le médecin			/20	/20	/20	/20	/20	/20

Librement inspirée à partir de : Eilers J, Berger AM, Petersen MC. Oncol Nurs Forum 1988; 15: 325-30.

Si indicateur non évaluable coder NE

ANNEXE 8

La CHICOT'BOX

Voir les fichiers joints :

- LA CHICOT BOX.docx
- Chicot Box - Support de presentation SBD.pptx
- Chicot Box - Protocoles HBD pour les soignants.doc
- VIDEO (*tous droits réservés*)