

ANNEE 2019

2019 TOU3 3036

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Emilie GARCIA

Le 10 juillet 2019

**DEMARCHE ET REALISATION D'UN FILM DIDACTIQUE DE PREVENTION
BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Directeur de thèse : Pr Philippe KEMOUN

Co-directrice de thèse : Dr Marie-Hélène LACOSTE-FERRE

JURY

Président :

Professeur Kemoun Philippe

1^{er} assesseur :

Docteur Cousty Sarah

2^{ème} assesseur :

Docteur Marty Mathieu

3^{ème} assesseur :

Docteur Lacoste-Ferré Marie-Hélène



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESSEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
Mr Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
Mr Franck DIEMER (*Formation Continue*)
Mr Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
Mr Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +
Mr Jean-Philippe LODTER +
Mr Gérard PALOUDIER
Mr Michel SIXOU
Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN
Mme Geneviève GRÉGOIRE
Mr Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme BAILLEUL- FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY
Assistants : Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER
Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mr. BENETAH

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL, Mr. ROTENBERG,
Assistants : Mme ARAGON, Mme DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mr. HAMEL)

Professeurs d'Université : Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL
Maître de Conférences : Mr. VERGNES,
Assistant : Mr. ROSENZWEIG,
Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mlle. BARON, Mr LAGARD, Mme FOURNIER

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mme VINEL
Assistants : Mr. RIMBERT, Mme. THOMAS
Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS, Mme COUSTY,
Assistants : Mme COSTA-MENDES, Mr. BENAT,
Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI, Mr. SALEFRANQUE

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : Mr. KEMOUN
Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr. BLASCO-BAQUE
Assistants : Mr. LEMAITRE, Mr. TRIGALOU, Mme. TIMOFEEVA, Mr. MINTY
Adjoints d'Enseignement : Mr. PUISSOCHET, Mr. FRANC, Mr. BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (Mr ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : Mr. DIEMER
Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mme. RAPP, Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE, Mr FISSE Mr. GAILLAC,
Assistant Associé : Mme BEN REJEB,
Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLET, Mr. HAMDAN

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR
Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT
Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. LEMAGNER, Mr. HENNEQUIN, Mr. CHAMPION, Mme. DE BATAILLE
Adjoints d'Enseignement : Mr. FLORENTIN, Mr. GALIBOURG, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE,
Mr. GINESTE, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. ARCAUTE, Mr. SOLYOM,
Mr. KNAFO, Mr. HEGO DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT
Assistants : Mr. CANCEILL, Mr. OSTROWSKI, Mr. DELRIEU,
Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

Mise à jour pour le 14 Mai 2019

A l'équipe du film

Travailler sur l'écriture et la réalisation du film m'a sorti de l'ordinaire et a été instructif. Les membres de l'équipe de l'ERVDP, Marie-Hélène Lacoste-Ferré, Justine de Kerimel et Céline Mathieu, m'ont intégrée avec bienveillance. Mettre en œuvre ce projet ensemble a été une belle expérience grâce à vous. Je vous en remercie sincèrement.

Je remercie également le binôme de choc de l'Agence Web Reporter qui a réalisé le film pour leur patience et leur accompagnement afin de le mener à bien en répondant à nos exigences et à nos objectifs. La simplicité et la clarté de nos échanges ont facilité et rendu très agréable notre travail ensemble.

Je fais un clin d'œil spécial à nos vedettes. Florence Da Costa-Ribeiro, IDE à l'ERVDP, qui a gentiment accepté de jouer son propre rôle devant la caméra, ce qui n'est pas chose aisée, et nos deux acteurs, Françoise Vergnes et Gérard Bianchi, qui ont endossé leurs rôles de personne âgée 1 et personne âgée 2 avec brio.

A mes proches

Merci à Léa, ma chère amie depuis toute ces années, grâce à qui je me suis lancée dans ce projet ainsi qu'à Emeline qui a été très présente cette année. Votre soutien à toutes deux est précieux et une marque d'amitié qui me touche particulièrement. A tous les amis qui m'entourent évidemment.

Je dédie ce travail à mes parents, désespérés à l'époque que je mette de côté ma thèse d'exercice. Ils m'encouragent et trépignent depuis des années de me voir la terminer et la soutenir un jour. Il m'a fallu prendre le temps de mûrir et d'être sûre de moi mais nous y voilà. Je vous aime.

A ma sœur que j'aime plus que tout, merci d'être là pour moi au quotidien. Tu me donnes l'envie de progresser toujours. J'espère que tu es fière de moi autant que je le suis de toi.

Et bien sûr, je remercie tendrement et amoureuxment Sébastien. Tu m'as encouragé et soutenu tout au long du projet et de la thèse, comme tu le fais toujours. Tu parviens à me transmettre ton courage et ta détermination. Merci pour ta capacité à rendre les choses plus faciles et merci de croire en moi.

A notre directeur de thèse et président du jury

Monsieur le professeur Philippe KEMOUN

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Habilitation à diriger les recherches (HDR)
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté la direction de cette thèse ainsi que la présidence du jury. Nous vous sommes reconnaissantes pour vos encouragements et votre réactivité lorsque nous en avons eu besoin.

A notre jury

Madame le docteur Sarah Cousty

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Diplôme d'Etudes Supérieures de Chirurgie Buccale (D.E.S.C.B.),
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Ancienne Interne des Hôpitaux de Toulouse,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Nous vous en sommes sincèrement reconnaissantes et espérons que notre travail vous aura intéressée.

A notre jury

Monsieur le docteur Mathieu MARTY

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- CES de Chirurgie Dentaire Odontologie Pédiatrique et Prévention,
- CES de Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies cranio-faciales
- Master 2 "Sciences de l'éducation Université" Paul VALERY Montpellier 3

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury. Veuillez accepter notre sincère reconnaissance. Nous espérons que notre travail vous aura intéressé.

A notre co-directrice de thèse

Madame le docteur Marie-Hélène LACOSTE-FERRE

- Adjoint d'Enseignement à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Ex Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Toulouse,
- Chercheur au Laboratoire de Physique des Polymères-UMR 5085 CNRS –CIRIMAT Institut Carnot,
- Membre Associé à l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions de nous avoir intégrées à l'équipe projet du film sur lequel porte cette thèse. Votre engagement et votre énergie concernant le soin et la prévention auprès des personnes âgées dépendantes sont inspirants. Vous m'avez permis de réaliser un travail en cohérence avec mon parcours et mes envies, merci pour votre compréhension et votre discernement.

Sommaire

Introduction	12
1. Santé générale et santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes	14
1.1 Santé et vieillissement	14
1.1.1 La démographie.....	15
1.1.2 Les comorbidités	17
1.2 Prestations et services pour les personnes âgées dépendantes	18
1.3 Population vulnérable aux pathologies bucco-dentaires.....	21
1.3.1 Le vieillissement de la cavité buccale.....	21
1.3.2 Les conséquences de l'état de santé général sur la santé bucco-dentaire.....	22
1.3.3 L'épidémiologie des pathologies bucco-dentaires.....	24
1.4 Conséquences des pathologies bucco-dentaires sur la santé générale.....	26
1.5 Soins et prévention bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes : une situation insatisfaisante	28
1.5.1 L'accès aux soins.....	28
1.5.2 L'accès à la prévention	30
2. Mise en œuvre du projet : film didactique sur l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes	34
2.1 Lancement du projet	34
2.1.1 Un contexte territorial favorable	34
2.1.2 Les objectifs du film.....	36
2.1.3 La composition de l'équipe projet.....	38
2.1.4 La demande de subvention	38
2.2 Réalisation du film.....	40
2.2.1 L'appel d'offre pour la réalisation du film.....	40
2.2.2 L'écriture du film	41
2.2.3 L'organisation de l'équipe projet	53

2.2.4	Le choix des acteurs et des lieux de tournage	54
2.2.5	Le cadre légal.....	55
2.2.6	Le tournage	56
2.2.7	La post-production	57
2.3	Perspectives	58
2.3.1	La diffusion	58
2.3.2	L'évaluation	59
2.4	Retour d'expérience.....	60
	Conclusion.....	62
	Bibliographie	66
	Liste des sigles et des acronymes	71

Introduction

Une partie de la population, qu'il est convenu d'appeler les personnes âgées dépendantes, a un état de santé bucco-dentaire préoccupant. Tel est la conclusion de nombreuses études et enquêtes menées aussi bien en France qu'au niveau international.

La mise en œuvre par le pôle gériatrie du CHU de Toulouse d'un projet de film de prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes est l'objet de cette thèse. La réalisation de ce film s'inscrit dans un contexte régional de travail autour des soins bucco-dentaires des personnes âgées qui vise à améliorer la santé orale de ce public en favorisant l'accès à des soins de qualité et à des actions de prévention adaptées.

Participer à créer un outil de formation a immédiatement fait écho à mon expérience professionnelle de coordination d'un programme de prévention bucco-dentaire et de formation des personnels soignants. L'intérêt de ce type d'outil et son usage, les besoins et les attentes par rapport aux soins bucco-dentaires, sont des éléments que j'ai puisés de ma propre pratique professionnelle et qui ont nourri mon travail et mon investissement.

L'idée de ce projet a émergé d'un certain nombre de constats. La santé bucco-dentaire se dégrade avec l'entrée dans la dépendance. Le vieillissement de l'ensemble des tissus de la cavité buccale entraîne une moindre résistance aux maladies bucco-dentaires et diminue les capacités de réparation et de remodelage. Associé aux comorbidités et à la prise de nombreux médicaments, ce vieillissement majore le risque de développer des pathologies bucco-dentaires et de présenter des édentements. Au niveau individuel, la prévention des maladies orales et de leurs conséquences allie une alimentation équilibrée, une hygiène bucco-dentaire quotidienne et un suivi bucco-dentaire régulier. Les études montrent une interruption du suivi par le chirurgien-dentiste des personnes âgées dépendantes ainsi qu'une modification de leur régime alimentaire. Dépendants d'autrui pour la réalisation de leur hygiène, nous observons que cette dernière est globalement

insuffisante et méconnue par les aidants professionnels ou informels. Face à l'accumulation des pathologies générales, la santé bucco-dentaire est souvent délaissée et sa prise en charge n'est pas systématiquement intégrée à l'accompagnement global de la personne. Cet état de fait est le résultat de problématiques au niveau politique, organisationnel et professionnel.

La question se pose donc : comment participer à lever les freins à l'intégration de la santé bucco-dentaire dans la prise en charge globale des personnes âgées dépendantes et à la mise en place de protocoles de soins bucco-dentaires ? Malgré les programmes de prévention et de formation des soignants, déployés depuis 2013 en Occitanie, nous constatons encore un déficit de soins d'hygiène, un manque de connaissances du sujet et de protocoles.

La création d'un film didactique, participatif et attractif, peut apporter des connaissances à la fois théoriques et pratiques aux professionnels et aux aidants. Conçu pour aider à harmoniser les pratiques de soins au sein des établissements, l'outil met en scène des situations professionnelles et associe l'audio et le visuel pour une meilleure mémorisation du message et pour favoriser la projection du soignant dans la scène et donc l'intégration des pratiques.

L'objectif de ce travail est de faire part de la mise en œuvre d'un tel projet. Il a été pensé comme un guide et une source d'enseignements et d'amélioration pour de futures créations.

La première partie est consacrée au contexte général. Nous documentons, grâce à des recherches bibliographiques, l'état de santé général et bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes, ainsi que les problématiques spécifiques liées à l'organisation de la prévention et des soins bucco-dentaires.

La deuxième partie rend compte du travail accompli par l'équipe pluridisciplinaire pour mettre en œuvre et réaliser le film didactique sur les soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes. Nous y détaillons chaque étape dans leur ordre chronologique et abordons les problématiques auxquelles le projet s'est confronté.

1. Santé générale et santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes

La population française vieillit, il est difficile aujourd'hui d'échapper à ce constat. L'espérance de vie a fortement augmenté au cours du siècle dernier dans notre pays et avec elle, le nombre de personnes âgées qui développent des incapacités et des handicaps, personnes qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui des personnes âgées dépendantes. En 2017, en France, les hommes et les femmes ont une espérance de vie respective de 79,5 et 85,4 ans.¹⁹ Les chiffres de l'espérance de vie en bonne santé pour la même année sont eux de 64,9 ans pour les femmes et de 62,6 ans pour les hommes.²⁹ Les politiques publiques s'en sont saisies et développent la prise en charge collective, sociale, économique et médicale du vieillissement depuis une trentaine d'années.

1.1 Santé et vieillissement

La dépendance est un terme qui est, en France, réservé à l'état d'une « personne âgée » ayant « [...] *besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* » (définition retenue dans la loi du 24 janvier 1997, loi tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance).

La catégorie des personnes âgées comprend quant à elle la part de notre population âgée de 60 ans et plus. Ce seuil est communément utilisé par l'Organisation Mondiale de la Santé³⁹ et encadre les prestations et politiques publiques en direction des personnes âgées dépendantes en France. Cette notion d'âge est à mettre en lien avec l'entrée en retraite des personnes (entre 60 et 65 ans) dans les pays développés⁴⁰.

1.1.1 La démographie

Il n'existe pas de définition consensuelle et précise de la « dépendance » de la personne âgée, dans la mesure où le besoin d'aide pour les actes de la vie courante dépend de l'état physique et/ou cognitif de la personne et est donc très disparate. De ce fait, il est complexe d'évaluer leur nombre. En témoigne la disparité allant du simple au triple, fonction de l'indicateur choisi pour la définir parmi les nombreux existants, des chiffres concernant la démographie de la population âgée dépendante.¹¹ Cette difficulté à définir la "dépendance" tient à la complexité de sa réalité. Avec l'avancée en âge, le risque de présenter des limitations fonctionnelles (motrices, sensorielles, cognitives) augmente de façon exponentielle. Pour autant, ces limitations en elles-mêmes n'induisent pas systématiquement des restrictions d'activités (faire sa toilette, ses courses, se nourrir...) et le besoin d'aide. La notion de « dépendance » n'est pas une notion essentiellement biomédicale. Elle est le fruit d'un processus dynamique et complexe intégrant l'environnement dans lequel évolue la personne, environnement social, économique et familial. Il est admis aujourd'hui que le niveau socio-économique d'un individu a un impact sur son état de santé et son espérance de vie. Un parallèle existe concernant la "dépendance" des personnes âgées. Certaines études observent effectivement qu'au-delà des inégalités sociales de santé quant au développement d'une ou de plusieurs déficiences, leur traduction en incapacités et en situation de "dépendance" est elle-même inégale sur l'échelle sociale. Ceci peut se comprendre notamment au travers des inégalités d'accès aux systèmes de compensation et à l'information et d'adaptation vis-à-vis des limitations physiologiques.³⁰

En France, la grille nationale d'évaluation de la dépendance est, depuis 1997, la grille AGGIR. Elle est réalisée par un professionnel de l'équipe médico-sociale du département à domicile ou par le médecin coordonnateur en établissement. Elle repose sur des critères d'incapacités par rapport à des tâches et des actes de la vie quotidienne et également sur des critères évaluant l'autonomie intellectuelle et psychique de la personne. A partir de cette évaluation, un logarithme classe la personne dans un des six Groupes Iso-Ressources (GIR). Les GIR 1 et 2 représentent les personnes dont la dépendance est considérée comme importante (personnes maintenues alitées ou au fauteuil ou ayant perdu leur autonomie mentale), les GIR 3 et 4 qui nécessitent une aide quotidienne et les GIR 5 et 6 dont

le faible degré de dépendance ne nécessite pas une aide au quotidien. Le profil de la dépendance des personnes au sein de chacun de ces groupes est hétérogène. Le nombre et le type d'incapacités et le type d'accompagnement nécessaire y sont variés.¹¹ Cette évaluation conditionne notamment l'attribution à un individu d'aides formelles, financières ou en nature. L'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA), sur laquelle nous reviendrons plus loin, est réservée aux personnes évaluées GIR 1 à 4.

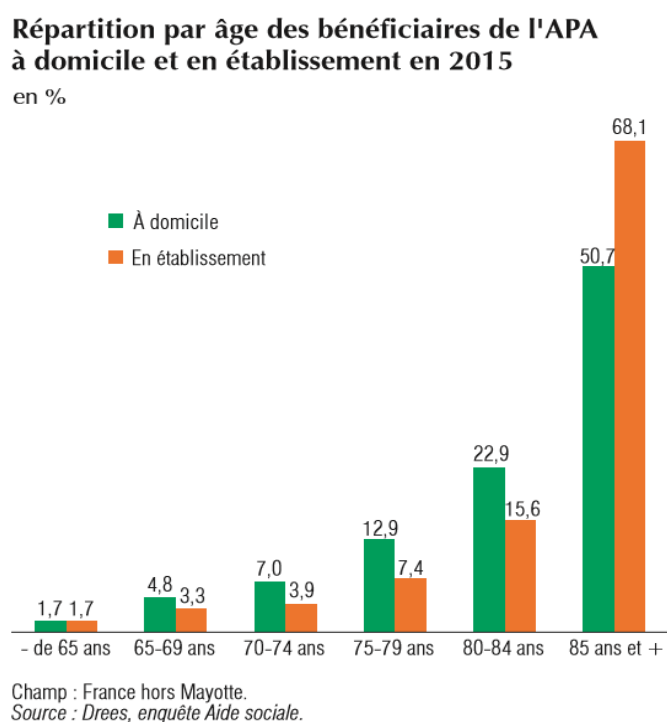


Figure 1. Répartition par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement en 2015²¹

D'après les statistiques, avant 75 ans, il existe un faible taux de personnes considérées comme « dépendantes » en France. Par contre, au-delà de 85 ans, 20% de la population est concernée. L'âge moyen de la dépendance est de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes.¹³ En 2014, selon l'INSEE, 1,4 millions de personnes sont considérées comme dépendantes en France au sens du Groupe Iso-Ressource (GIR).

1.1.2 Les comorbidités

Qu'en est-il de la santé des personnes âgées considérées aujourd'hui comme dépendantes ? Des études ont observé les problématiques de santé les plus fréquemment rencontrées chez les personnes âgées hébergées en institution et à domicile, notamment les enquêtes EHPA réalisée en 2003 par la DREES et Handicap-santé en 2009 par l'INSEE. Globalement, avec l'âge, nous observons une augmentation de la prévalence de la majorité des maladies. En institution, les résidents présentent en moyenne 7,9 pathologies diagnostiquées et, en regard, absorbent en moyenne 6 médicaments par jour. A domicile, la moyenne journalière est de 3.9 médicaments quotidiennement.

Les pathologies les plus fréquemment retrouvées chez les personnes âgées dépendantes sont ⁶ :

- Les maladies neurologiques ou psychiatriques, en particulier les états dépressifs, les troubles du comportement, les accidents vasculaires cérébraux et les syndromes démentiels. Ces derniers se caractérisent par une détérioration progressive des fonctions cognitives. Parmi eux, citons la maladie d'Alzheimer, diagnostiquées chez une personne sur trois en institution.
- Les affections cardio-vasculaires, première cause de morbidité, telles que l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque.
- Les atteintes ostéo-articulaires.
- Les pathologies uro-néphrologiques et gastro-entérologiques sont également fréquemment observées, notamment l'incontinence ou les difficultés à contrôler les selles et les urines.
- Les atteintes sensorielles, en particulier de la vue et l'ouïe.

On observe des différences dans la prévalence de certaines maladies entre les personnes âgées vivant en institution ou à domicile. On retrouve en institution les cas les plus sévères de dépendance ce qui explique que l'on y observe plus largement des limitations sensorielles, physiques et cognitives qu'à domicile et surtout, un cumul de limitations. En institution, les résidents sont également plus

exposés aux situations de dénutrition. On y observe également un état de santé bucco-dentaire plus dégradé encore que chez les personnes âgées domicile.

Les pathologies telles que le diabète, les cancers et les maladies cardiaques sont retrouvées à prévalence quasi égale chez les personnes à domicile et en institution.⁶

1.2 Prestations et services pour les personnes âgées dépendantes

La prise en charge d'une personne âgée nécessitant l'aide d'une tierce personne au quotidien combine le plus souvent une aide informelle et une aide professionnelle. Considérer la dépendance et sa prise en charge ne peut s'extraire de l'environnement de la personne, du contexte socio-économique et familial.

L'aide informelle est majoritaire dans l'accompagnement d'une personne âgée dépendante. Elle est représentée à 90% par le réseau familial, conjoint et enfants en premier lieu.⁸ Il est à noter que les deux tiers de ces aidants informels sont de sexe féminin.

Depuis les années 90, les politiques publiques ont instaurées un certain nombre d'aides face à ces situations de « dépendance » chez les personnes âgées. Ces aides peuvent être :

- De nature financière : Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), aide sociale, aide au logement, déductions d'impôts ;
- Des prestations en nature : aides à domicile, soins à domicile ;
- Des structures publiques, privées à but non lucratif ou privées à but lucratif, d'hébergement pour les personnes âgées (EHPAD, foyers-logements, EHPA).

Les études concernant la population âgée dépendante montrent que la grande majorité vit à domicile.^{4,5} Depuis une dizaine d'années, les politiques publiques tendent à favoriser ce maintien à domicile, à retarder le plus possible l'entrée en institution. Pour ce faire, un certain nombre d'aides et de prestations sont mises en place.

Pour les personnes le nécessitant, au domicile et quotidiennement, des soins infirmiers et des soins d'hygiène et de confort peuvent être programmés et

prodigués par des infirmières diplômées d'état (IDE) libérales ou des IDE et des aides-soignantes (soins d'hygiène uniquement sous la responsabilité d'une IDE) des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Ces services sont spécialisés dans l'intervention à domicile auprès de personnes en situation de handicap, de personnes atteintes de pathologie chronique ou de personnes âgées dépendantes. Ces soins sont dispensés sur prescription d'un médecin et sont remboursés intégralement par la sécurité sociale.

Nous l'avons dit, une personne âgée dépendante nécessite l'aide d'une tierce personne pour certains actes et activités du quotidien telles que la toilette, l'habillage, l'entretien de son logement, les courses....

Un plan d'aide est défini avec une équipe médico-sociale, dépendante du département, afin de déterminer les prestations et les interventions dont la personne a besoin pour continuer à vivre à son domicile. Ce plan d'aide inclut :

- des aides techniques et des travaux d'aménagement du domicile pour compenser le(s) handicap(s),
- des heures d'aide professionnelle à domicile par le biais des services d'aide à la personne agréés par le département,
- le portage de repas,
- les transports,
- les fournitures d'hygiène.

L'APA à domicile est une prestation financière d'aide partielle ou totale pour la mise en œuvre de ce plan d'aide. L'APA est réservée aux personnes de 60 ans et plus, évaluée GIR 1,2,3 ou 4, sans conditions de revenus. Son montant dépend elle des revenus de la personne ainsi que du plan d'aide défini et du degré de dépendance (GIR) évalué.

Avec l'avancée en âge, au-delà de 80 ans, la proportion des personnes âgées vivant en institution augmente fortement. En France, en 2015, l'âge moyen d'entrée en institution est d'environ 85 ans. D'après une étude de la DREES publiée en 2016, 86% des personnes âgées de plus de 75 ans hébergées en institution sont considérées comme dépendantes contre 18% à domicile. Une personne sur douze de plus de 75 ans vit en institution. L'entrée en institution ne relève pas seulement de l'état de santé individuel. En effet, pour un même degré de dépendance, une

personne en couple et une personne d'un niveau socio-économique élevé entrera plus tard en institution qu'une personne seule et qu'une personne au niveau socio-économique plus faible. L'intégration d'une structure d'hébergement est donc le résultat d'une conjonction de différents facteurs.⁴ En termes de santé, ce sont les pathologies entraînant des limitations cognitives telles que les maladies neuro-dégénératives (accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer) qui sont le plus souvent cause d'entrée en institution.⁵

Lorsque le maintien à domicile devient complexe, des structures d'hébergement peuvent représenter une alternative. Elles comprennent :

- Les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) constituent 74% des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces maisons de retraites sont un lieu de vie qui proposent une prise en charge globale notamment une prise en charge des soins médicaux.
- Les Unités de Soins Longue Durée (USLD), services hospitaliers pour les personnes qui nécessitent une surveillance médicale continue et dont l'état de santé ne leur permet pas d'être accueillies dans d'autres institutions ;
- Les places d'hébergement temporaires et les accueils de jour ne représentent quant à eux qu'une faible part dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

L'APA permet de participer au financement d'une partie du tarif dépendance de ces établissements. Les conditions d'attributions sont les mêmes que l'APA à domicile (personne de plus de 60 ans, évaluée GIR 1 à 4).

84% des personnes évaluées GIR 1, donc lourdement dépendantes, vivent en EHPAD. EHPAD au sein desquels on retrouve 21% de personne évaluée GIR 4 par rapport à leur population globale. Les personnes en institution ont globalement des degrés de dépendance plus importants et des états de santé plus dégradés.⁵

1.3 Population vulnérable aux pathologies bucco-dentaires

La prévalence des principales pathologies bucco-dentaires augmente avec l'âge. Ceci s'explique par une accumulation de facteurs de risques que nous développons dans cette partie ; le vieillissement des tissus de la cavité buccale associé à un état de santé général dégradé, avec des comorbidités fréquentes (cf partie 1.1), et une diminution des capacités d'hygiène.

1.3.1 Le vieillissement de la cavité buccale

L'ensemble des tissus de la cavité buccale, dentaires, muqueux, parodontaux, osseux, musculaires, sont concernés par le vieillissement physiologique.^{26,32}

Les tissus dentaires, émail, dentine, pulpe dentaire et cément, sont concernés. Avec l'avancée en âge, la couche d'émail a tendance à s'affiner, il présente des fêlures et des pertes de substances. La dentine sclérotique, avec des tubuli dentinaires obstrués en totalité ou partiellement, est alors exposée. On observe une fibrose partielle ou totale des tissus pulpaire ainsi qu'un rétrécissement des canaux et de la chambre pulpaire du fait de processus de minéralisation. La sensibilité douloureuse diminue avec l'âge, ce qui explique l'évolution des caries à bas bruit. Le cément exposé du fait des récessions gingivales est sclérotique et offre une moindre protection vis-à-vis des phénomènes carieux.^{17, 32}

Le vieillissement physiologique du parodonte, ensemble des tissus de soutien et d'ancrage de la dent constitué du cément, de la gencive, de l'os alvéolaire et du ligament alvéolo-dentaire, entraîne une perte d'élasticité ainsi qu'une atrophie et une légère récession des gencives. Son apparence devient plus lisse et sa susceptibilité aux agressions mécaniques et microbiennes est accrue. L'os alvéolaire présente des altérations de ses capacités de remodelage, de cicatrisation et d'adaptation rendant la présence des dents d'autant plus importante pour sa préservation.^{17, 32}

L'ensemble des muqueuses de la cavité buccale, comprenant la muqueuse de recouvrement, la muqueuse masticatoire et la muqueuse spécialisée, s'atrophient avec l'âge. On observe au niveau histologique une diminution de l'épaisseur de

l'épithélium, une diminution de la kératinisation ainsi qu'une altération de la morphologie de l'interface épithélio-conjonctive et une fibrose conjonctive. Ces modifications se traduisent par des muqueuses plus fragiles, une vulnérabilité accrue aux agressions qu'elles soient microbiennes ou mécaniques. La perte des papilles fungiformes, gustatives, au niveau de la muqueuse spécialisée modifie l'aspect de la langue, visiblement plus lisse, et participe à la perturbation des goûts et, par la même, à la modification du régime alimentaire observé chez les personnes âgées.^{17, 32}

Si des changements sont observés au sein des glandes salivaires, les études sur le sujet ne s'accordent pas sur une hyposialie liée à leur vieillissement physiologique. D'autres facteurs, que nous verrons ultérieurement, sont responsables de la sensation de bouche sèche ou xérostomie, qui touche 25 à 60% des personnes de plus de 60 ans.¹⁷

Les altérations musculaires au niveau lingual et des élévateurs entraînent une diminution de la force masticatoire, mastication perturbée en outre par les édentements non inhérents au vieillissement mais dont la prévalence augmente avec l'âge.²

Le vieillissement physiologique de la cavité buccale implique globalement une diminution du potentiel de défense, d'adaptation et de cicatrisation. Il ne rend pas inévitable en soi la survenue de pathologies bucco-dentaires. Il entraîne une modification des facteurs de risque avec l'âge, qu'il faut identifier et prendre en compte dans la prévention et le traitement de ces maladies.

1.3.2 Les conséquences de l'état de santé général sur la santé bucco-dentaire

Comme nous l'avons abordé précédemment, les personnes âgées dépendantes cumulent fréquemment plusieurs pathologies chroniques et aiguës associées à une polymédication.^{5,14}

Rappelons qu'en institution, les résidents prennent en moyenne 6,4 médicaments par jour. Parmi les traitements prescrits le plus souvent chez les personnes âgées dépendantes, 80% ont un effet sialoprive. Il s'agit des médicaments

anticholinergiques (antihypertenseurs, antidépresseurs, médicaments cardiovasculaires, anxiolytique, traitement des incontinences...). Les radiothérapies cervico-faciales ainsi que le syndrome de Goujerot-Sjögren entraînent également une diminution de la production de salive. Certaines pathologies chroniques telles que le diabète, la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson semblent également participer de ce phénomène.^{17,33}

Relevons ici le rôle primordial de la salive dans l'équilibre du milieu buccal et, par la même, la bonne santé bucco-dentaire. Elle y concourt par :

- Son pouvoir tampon,
- Son effet lubrifiant et la protection des tissus de la bouche,
- Son action d'auto-nettoyage.

La diminution de la sécrétion salivaire amenuise son pouvoir tampon, la bouche a donc tendance à s'acidifier, et sa qualité se modifie. Le milieu buccal est déséquilibré et les tissus sont moins protégés par son effet lubrifiant et auto-nettoyant. Il se crée ainsi un terrain propice au développement des infections fongiques, des caries multiples, des maladies parodontales et des mucites. L'hyposialie complique en outre le port des prothèses amovibles et favorise les érosions traumatiques.³⁴

Les personnes âgées dépendantes présentent souvent des limitations fonctionnelles (diminution de la dextérité, ostéoporose, maladies rhumatismales, atteintes sensorielles...) qui diminuent l'efficacité voire empêchent, dans le cas de pathologies neurodégénératives type maladie d'Alzheimer et/ou de handicaps physiques sévères, la pratique de l'hygiène bucco-dento-prothétique au quotidien. Dans ces situations et sans aide d'une tierce personne, une dégradation de leur état de santé bucco-dentaire est inexorable.³

Le diabète a également une incidence sur la santé buccale. Nous savons aujourd'hui qu'un diabète déséquilibré favorise les phénomènes infectieux (carieux, parodontal, fongiques), par une modification de la composition salivaire, un phénomène de sécheresse buccale et une moindre résistance aux infections. Les personnes atteintes de diabète sont trois fois plus susceptibles aux maladies

parodontales et leur sévérité est plus importante que chez les individus non diabétiques.^{33, 35}

Ces situations de polypathologies et polymédication peuvent également rendre plus complexes les soins bucco-dentaires. Localement, des risques infectieux, hémorragiques (traitements anticoagulants, antiagrégants plaquettaires...) et ostéonécrotiques (radiothérapies, biphosphonates...) peuvent survenir.³³

Les comorbidités souvent observées chez une "personne âgée dépendante" et les traitements associés ont donc des répercussions directes ou indirectes sur sa condition bucco-dentaire ; que ce soit par leurs effets biologiques au niveau buccal ou par la difficulté induite de pratiquer une hygiène buccale efficace.

1.3.3 L'épidémiologie des pathologies bucco-dentaires

La prévalence de la plupart des maladies bucco-dentaires augmente avec l'âge. Il est admis aujourd'hui que la santé des personnes âgées dépendantes est globalement mauvaise et doit être améliorée.^{17, 31}

Les caries sont un problème majeur de la santé bucco-dentaire des personnes âgées. La carie radiculaire est une carie spécifique avec l'avancée en âge. Elle est favorisée par la récession gingivale physiologique et les défauts d'hygiène. Selon une étude américaine, la moitié des personnes de plus de 75 ans développent une carie radiculaire sur au moins une dent.³¹ La sensibilité à la douleur étant moindre avec l'âge, ces caries progressent à bas bruit jusqu'à entraîner une nécrose de la dent. La prise en charge des caries chez la personne âgée se fait généralement à un stade très avancée de la maladie.¹⁷ Au-delà de 75 ans, la population présente un délabrement des surfaces radiculaires ou des surfaces reconstituées sur plus de la moitié des dents restantes.

En Europe, environ 30% des personnes de plus de 65 ans présentent un édentement total.³¹ Des enquêtes sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes ont été réalisées en 2006 au sein d'EHPAD des régions Nord Pas-de-Calais et PACA, par les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).^{37, 38} Ces enquêtes montrent que plus de 50% des personnes âgées sont édentées partiellement ou totalement. En Europe, l'indice CAO des personnes

âgées de plus de 65 ans est de 24 environ.³¹ L'enquête de l'URCAM Nord Pas-de-Calais en 2006 définit le nombre de dents restantes à 7 en moyenne chez les résidents. La perte des dents est principalement la conséquence des maladies carieuses et parodontales. Si la perte progressive des dents augmente encore aujourd'hui avec l'âge, la situation concernant les édentements complets s'améliore de façon significative dans les pays industrialisés.^{17, 36} En institution, la moitié des résidents sont porteurs de prothèses adjointes complètes ou partielles.^{24, 37, 38}

Les maladies parodontales sont fréquemment retrouvées chez les personnes âgées. Cependant, les atteintes sévères, dont la perte d'attache observée est supérieure à 8 millimètres, concernent 15% des personnes de plus de 65 ans alors que près de 80 % d'entre elles seraient concernées par les problèmes parodontaux.³¹ Des enquêtes menées en région par l'assurance maladie montrent que 30% des résidents d'EHPAD présenteraient des maladies parodontales.^{37, 38}

L'hyposialie et la xérostomie, facteur de risques de l'ensemble des pathologies bucco-dentaires, concernent quant à elle plus de 30% des personnes âgées de 65 ans et plus.

La vulnérabilité des muqueuses rend la présence d'ulcérations et de lésions traumatiques très fréquentes. La candidose est une des premières maladies des muqueuses diagnostiquée chez les « personnes âgées ». Maladie opportuniste, elle profite des terrains propices que créent le manque d'hygiène, l'hyposialie, les prothèses défectueuses, l'antibiothérapie au long court, le diabète déséquilibré et l'immunodéficience. L'enquête de l'URCAM PACA estime qu'un résident d'EHPAD sur 8 présente des lésions muqueuses.³⁸

Du fait de la prévalence importante des prothèses amovibles chez la personne âgée, la candidose sous-prothétique, en particulier au niveau de la voûte palatine, n'est pas rare.

Des irritations des commissures labiales sont souvent observées chez les personnes âgées dépendantes en rapport avec l'effondrement de la dimension verticale d'occlusion (édentements non compensés, usure prothétique...) et la macération salivaire qu'elle induit à ce niveau. Il n'est pas rare qu'elles soient associées à une infection fongique ou bactérienne.

1.4 Conséquences des pathologies bucco-dentaires sur la santé générale

La relation entre la santé générale et la santé bucco-dentaire fonctionne dans les deux sens. Les conséquences d'une dégradation de l'état bucco-dentaire sur la santé et le bien-être d'un individu sont aujourd'hui reconnus.^{23, 32}

Des études montrent que le traitement de la maladie parodontale améliore la prise en charge du diabète sucré : diminution des doses journalières d'insuline, meilleur contrôle de la glycémie, diminution des doses d'hémoglobine glyquée.^{32, 35}

Les foyers infectieux bucco-dentaires sont des réservoirs de germes, notamment des bactéries Gram négatif anaérobies qui se développent lorsque l'hygiène est déficiente, le volume salivaire diminué et la mastication altérée. Ces bactéries peuvent se greffer à distance au niveau des prothèses articulaires et au niveau du cœur (endocardite). Les personnes âgées, du fait d'un cumul de facteurs de risques, sont particulièrement exposées. Ces complications peuvent être le fait de pathologies bucco-dentaires ou de leur traitement.³ Elles requièrent donc une vigilance particulière.

Le lien entre mauvaise santé buccale et pneumopathie d'inhalation est aujourd'hui documenté. Associé aux troubles de la déglutition, à un réflexe de toux ou encore à une diminution des capacités immunitaires, les foyers infectieux bucco-dentaires peuvent induire, par inhalation de bactéries présentes en bouche, des pneumopathies. Ces dernières sont une des principales causes de mortalité chez les personnes âgées.³⁴

Des études semblent indiquer des liens entre pathologie bucco-dentaire et athérosclérose et maladies cardio-vasculaires. La parodontite est suspectée d'être un facteur de risque de ces pathologies.³²

La bouche est la porte d'entrée du système digestif. Elle permet notamment la préparation du bol alimentaire, compatible avec sa déglutition. Un mauvais état bucco-dentaire a des conséquences néfastes sur cette fonction. Le nombre de dents restantes et leur état, la quantité et la qualité de la salive, le port de prothèses amovibles adaptées ou non, la santé des gencives sont autant d'éléments qui

influence le potentiel masticator. Il est communément admis qu'un minimum de 20 dents est nécessaire pour une mastication correcte des aliments. L'hyposialie compromet elle-même de façon importante la constitution du bol alimentaire et rend difficile l'alimentation. Chez la personne âgée dépendante, le type de régime évolue avec ces fréquentes altérations de sa capacité à mâcher et à former le bol alimentaire. Elle s'oriente vers une alimentation plus molle, plus collante et riche en hydrates de carbone. Il y a une corrélation entre un mauvais état bucco-dentaire, un régime alimentaire modifié et la nutrition des personnes âgées, pouvant conduire à des situations de dénutrition.³ La dénutrition est une problématique fréquente en EHPAD. Elle est un facteur déclenchant ou aggravant de dépendance et de pathologies et elle augmente le risque de décès.

Enfin, l'état bucco-dentaire est fortement corrélé au bien-être général et à la qualité de vie. Les troubles cognitifs fréquemment observés chez les personnes âgées dépendantes peuvent induire des difficultés à exprimer l'inconfort ou les douleurs bucco-dentaires. Cet empêchement peut se traduire par des troubles du comportement tels que le refus de soin, le refus de manger, l'agitation, l'agressivité, la déambulation... Quand on sait la complexité de la prise en charge quotidienne des personnes présentant de tels troubles, il est important de ne pas ignorer la bouche dans la recherche des leurs causes potentielles.

La bouche a parmi ses nombreuses fonctions celle de communiquer. Que ce soit verbalement, au travers des mimique ou des contacts, elle permet d'entrer en relation avec autrui. Elle convoque également l'estime de soi et sa dimension sociale est très importante. L'état de santé bucco-dentaire est un marqueur socio-économique reconnu. La dégradation de la santé buccale peut ainsi entraîner une baisse de l'estime de soi, un repli sur soi et un renoncement aux soins.^{17, 32}

1.5 Soins et prévention bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes : une situation insatisfaisante

L'ensemble des éléments que nous avons évoqué jusqu'ici démontre l'importance de préserver et de maintenir un bon état de santé buccal chez des personnes par ailleurs fragilisées. Ils expliquent également en partie l'évolution au sein de cette population des facteurs de risque qui les rend plus vulnérables vis à vis des pathologies bucco-dentaires. Pourtant, la « population âgée dépendante » est confrontée à des problématiques importantes d'accès aux soins et à la prévention. Alors même qu'elle est un déterminant de santé et de bien-être important, la santé bucco-dentaire est souvent négligée, au niveau des politiques publiques de santé aussi bien que de la prise en charge globale de l'individu.³¹ Les barrières à une prise en charge adaptée de la santé orale des personnes âgées dépendantes se situent à tous les échelons de l'organisation de la santé : politique, institutionnel, professionnel et personnel.

1.5.1 L'accès aux soins

Des études montrent le faible recours aux soins bucco-dento-prothétiques des personnes âgées dépendantes alors même qu'elles sont les plus exposées aux pathologies.^{10,17} Ceci est plus marqué encore en institution qu'à domicile. L'organisation de la filière des soins bucco-dentaires est en effet peu adaptée à la prise en charge des conditions complexes que présentent ce type de patient. Il advient une réelle rupture du suivi bucco-dentaire avec l'entrée dans la dépendance d'un individu.

Parmi les facteurs qui favorisent cette rupture des soins, soulignons la négligence de la santé bucco-dentaire dès lors que la santé générale se dégrade de façon conséquente. Face aux autres préoccupations médicales, les soins bucco-dentaires sont bien souvent sous-évalués et sous-estimés. Ceci est valable pour la personne concernée tout autant que pour son entourage, sa famille et les professionnels médicaux inclus. Au-delà de cette minoration de priorité des soins dentaires, les troubles cognitifs peuvent rendre les personnes moins conscientes et/ou capables d'exprimer leur besoin de soins. Ainsi, une étude menée auprès de résidents d'EHPAD a montré que 73,3% d'entre eux avaient des besoins en soins non

couverts.⁷ A leur situation non prioritaire s'ajoute le coût des soins bucco-dentaires, alors qu'ils sont trop souvent perçus comme non prioritaires et que le vieillissement accentue les inégalités sociales de santé.³¹

Les EHPAD n'ont que rarement des locaux et le matériel adaptés à l'intervention de chirurgiens-dentistes en leur sein. En ce qui concerne le domicile, peu nombreux sont les chirurgiens-dentistes qui se déplacent chez les personnes. La problématique du transport des personnes institutionnalisées en particulier, plus isolées et lourdement handicapées qu'à domicile, peut être un frein supplémentaire à la prise en charge. L'absence de personne accompagnante, le recours à des transports adaptés (ambulance, véhicules sanitaires légers), non remboursés systématiquement par la sécurité sociale, peuvent être un frein supplémentaire à la prise en charge.^{17, 32}

En outre, le cabinet libéral n'offre pas un plateau technique et des locaux adaptés à la prise en charge de type de patient que ce soit en termes d'accessibilité des locaux, soins au fauteuil ou de coopération de la personne. Les soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes pour être adaptées à sa situation (capacités, état de santé général et environnement) devraient s'intégrer dans sa prise en charge globale et pluridisciplinaire, en lien avec les proches, les soignants, le médecin traitant ou coordonnateur. Or aujourd'hui, la communication et la coopération entre le chirurgien-dentiste, l'institution et le médecin traitant n'est pas organisée.^{17, 32}

D'autre part, la formation des chirurgiens-dentistes à la gériatrie est peu développée. Les situations de soins complexes de patients fragilisés, avec les risques que nous avons développé précédemment au niveau local comme au niveau général, peuvent induire un sentiment d'impuissance, d'appréhension et d'incompétence face à ce type de patients. Or, les structures spécialisées pour l'accueil des personnes lourdement handicapées sont peu nombreuses et peuvent être difficilement accessibles en particulier en zone rurale.³²

Les personnes en situation de dépendance lourde se heurtent à une offre de soin bucco-dentaire insuffisante et dont l'organisation est peu adaptée à ses besoins. Cet état des choses entraîne pour eux, leurs proches et les soignants des prises en charge plus difficiles qu'elles ne le sont déjà du fait de l'état général de la personne.

1.5.2 L'accès à la prévention

En termes de prévention, l'importance de l'hygiène bucco-dentaire n'est plus à prouver aujourd'hui. Son rôle premier est d'assainir la bouche et d'éliminer dépôts et débris sur l'ensemble des tissus buccaux. Elle permet ainsi de préserver ou de restaurer la santé bucco-dentaire et d'apporter du confort pour les personnes, notamment dans les situations de fin de vie. La prévention permet également, dans le cadre d'un état général dégradé, d'éviter d'être confronté à des thérapeutiques bucco-dentaires complexes et de limiter le développement au niveau buccal de foyers infectieux potentiellement dangereux pour la santé générale. Dans un contexte de suivi bucco-dentaire interrompu et de régime alimentaire modifié, l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes est un élément de prévention orale primordial.

Pourtant, les personnes âgées dépendantes ont une hygiène bucco-dentaire largement insuffisante. La « dépendance » s'accompagne aujourd'hui d'une dégradation importante de cette hygiène. En témoigne l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes considéré comme préoccupant. Les enquêtes de l'URCAM PACA et Nord Pas-de-Calais vont dans ce sens. Elles évaluent la présence de tartre chez 36% des résidents, de plaque dentaire chez 45% des résidents des EHPAD, la présence de dépôts alimentaires chez 28% d'entre eux et un niveau d'hygiène peu satisfaisant chez 38% des résidents.^{37, 38}

La perte des capacités d'un individu à assurer lui-même une hygiène buccale compatible avec une bonne santé orale pose la problématique de l'organisation des soins d'hygiène, ces derniers étant dès lors sous la responsabilité de tierces personnes, professionnels ou aidants informels. Or la dépendance entraîne encore aujourd'hui une dégradation de l'état bucco-dentaire malgré la prise en charge globale et quotidienne mise en place pour la compenser. L'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes ne peut être le fruit de la seule

volonté individuelle. Elle doit être un objectif et un engagement institutionnels, tant au niveau des politiques nationales et territoriales qu'au sein des services et établissements qui les accompagnent.^{7, 31}

La santé bucco-dentaire des patients n'est pas systématiquement intégrée à leur prise en charge globale. Les établissements et services des soins à domicile ne prévoient que trop rarement l'évaluation à l'entrée puis le suivi de l'état bucco-dentaire. Les protocoles de soins bucco-dentaires, classiques et/ou spécifiques, sont peu fréquents et l'hygiène bucco-dentaire quotidienne n'est pas priorisée.^{24, 37, 38} Globalement, la santé bucco-dentaire est délaissée dans le projet de soin de la personne accompagnée.

Il existe en outre des freins à la mise en œuvre quotidienne de l'hygiène bucco-dentaire au niveau professionnel et personnel. Les soins de bouche non médicamenteux entrent dans les prérogatives des Infirmières diplômées d'état (IDE). Ils peuvent être réalisés par un(e) Aide-Soignant(e) (AS) sous la responsabilité d'une IDE. Ils peuvent également être délégués aux Aides Médico-Psychologiques (AMP). Des études et des enquêtes se sont penchées sur l'identification de ces freins auprès des professionnels du soin.^{27, 37, 38}

Parmi les plus cités, la problématique des conditions et de l'organisation du travail des soignants recoupe la question de la politique de l'établissement ou du service, abordée précédemment, et plus en amont, les politiques publiques et l'organisation des filières de soins. Manque de temps, travail en solo, absence de protocole de soins, absence de matériel adapté, difficile recours aux chirurgiens-dentistes, turnover des soignants sont autant de facteurs qui compliquent la prise en charge.

L'opposition de leurs patients, le refus du soin, est une barrière fréquemment mise en avant. Les causes peuvent être nombreuses : troubles du comportement, pathologies cognitives, temporalité et humeur du patient, douleur bucco-dentaires, relation soignant/patient, travail en solo. Du fait des difficultés de communication, ces causes ne sont pas aisément identifiables. Le soignant se retrouve alors dans une situation de tension entre le besoin de « prendre soin » et le respect de la volonté du patient. Ceci explique en partie pourquoi l'hygiène bucco-dentaire est perçue comme un acte difficile et exigeant. Faire accepter le soin à une personne

opposante, gérer la peur de faire mal et de se faire mal (morsure, coups...) sont des freins importants.

Les gestes d'hygiène bucco-dentaires sont ressentis par les soignants comme invasifs, perçus comme une intrusion dans l'intimité de la personne. Face à des états bucco-dentaires souvent très altérés, les sentiments de dégoûts et de répulsion sont également évoqués fréquemment.^{7, 17, 27}

Dépasser certains de ces freins et développer une bonne pratique de soin bucco-dentaire passe par l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques sur la santé bucco-dentaire et les techniques de prévention adaptées. Il existe une méconnaissance de la bouche. Les pathologies, les soins, le matériel et les produits sont mal connus et ne font pas l'objet de protocoles. Si les soignants savent comme tout un chacun qu'il est nécessaire de se brosser les dents chaque jour pour maintenir sa santé buccale, il s'agit ici de prendre conscience de l'importance de la santé orale, de savoir repérer les problématiques bucco-dentaires et de connaître le matériel et les techniques de soins d'hygiène buccale. Or, ces savoirs et savoir-faire ne sont pas systématiquement transmis ou sont peu développés au cours des formations initiales des IDE et des AS. Ceci ne peut qu'amplifier le sentiment de lourdeur et de difficulté face à ces soins et empêcher une harmonisation des pratiques d'hygiène.

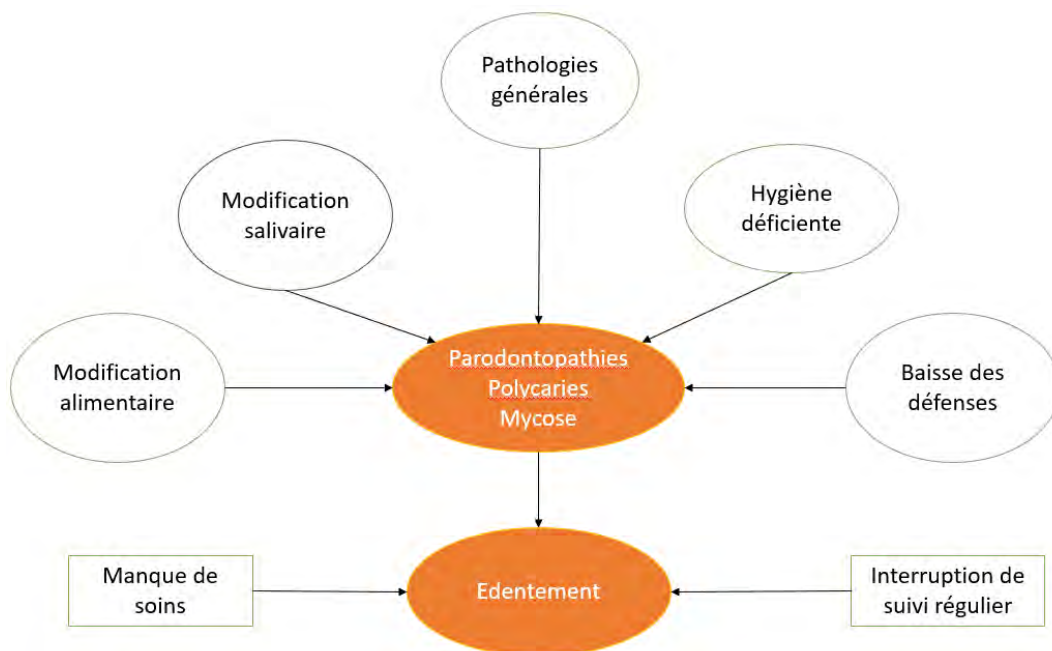


Figure 2. Schéma de synthèse des facteurs d'influence de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes (Lacoste-Ferré M.H.)

Instaurer une hygiène bucco-dentaire quotidienne et de qualité est un enjeu majeur chez « la personne âgée dépendante ». Cela permet de restaurer ou de maintenir une bonne santé buccale dont nous avons vu l'importance pour la santé générale et le bien-être. Prévenir les pathologies bucco-dentaires est d'autant plus important que cela permet d'éviter des traitements rendus compliqués par l'état général de la personne âgée dépendante et le renoncement aux soins.

La prévention bucco-dentaire doit faire partie des savoirs partagés au sein des établissements et des services pour améliorer l'efficacité des pratiques de soins. Notre film didactique se situe à ce niveau d'intervention. Dans la complexité des vecteurs d'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes âgées, il est pensé comme un outil de formation concernant l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.

2. Mise en œuvre du projet : film didactique sur l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes

Depuis quelques années, l'Equipe Régionale du Vieillissement et de la Prévention de la Dépendance (ERVPD), en particulier le groupe de travail « soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes, a mis l'accent sur l'hygiène bucco-dentaire (harmonisation des protocoles, mise en place de référents bucco-dentaires dans les EHPAD, formation du personnel). Un fascicule a été édité sur cette thématique. L'idée d'un film didactique sur la prévention bucco-dentaire s'inscrit dans la suite logique de ce travail. Il n'existe pas à notre connaissance de tel outil, permettant d'illustrer au plus près du réel les gestes d'hygiène bucco-dentaire, ainsi que le matériel et les produits nécessaires à ces soins. Nous détaillerons dans cette deuxième partie les conditions et les différentes étapes de la mise en œuvre de ce projet et en effectuerons le bilan à ce jour.

2.1 Lancement du projet

2.1.1 Un contexte territorial favorable

En 2008, le pôle gériatrie du CHU de Toulouse a réalisé une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) nommée "Prise en charge des troubles bucco-dentaires chez les sujets âgés en USLD". Cette EPP a été conduite dans l'objectif d'améliorer ces soins par un état des lieux des pratiques professionnelles en place et la mise en œuvre d'actions comprenant notamment la formation des soignants. Elle a également permis de valider un protocole de soin d'hygiène bucco-dentaire sur lequel nous reviendrons plus loin.²⁵

En 2010, la délégation territoriale de l'ARS a demandé au CHU, et plus précisément au chirurgien-dentiste du pôle de gériatrie, d'organiser des formations au sein des EHPAD de la Haute-Garonne, à destination de l'ensemble des professionnels de santé. Cette démarche a concerné 76 EHPAD et a été évaluée.²⁷ 97% des EHPAD ont jugé que ces formations, à la fois théorique et pratique, ont été un levier d'amélioration des soins.

En 2013, avec le soutien de l'ARS, un groupe de travail sur les « soins bucco-dentaires » est créé au niveau de la région Midi-Pyrénées à l'initiative de l'ERVPD. Cette dernière, née en 2011 au sein du pôle gériatrie du CHU de Toulouse, a pour mission de « [...] déployer des projets innovants dans la filière gériatrique de Midi-Pyrénées ». ¹⁵ Le groupe de travail regroupe également d'autres acteurs du secteur de la santé :

- La Mutualité Française Midi-Pyrénées (MFMP), représentation régionale de la Fédération Nationale de la Mutualité Française ;
- L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), association loi 1901 de promotion de la santé bucco-dentaire ;
- L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) chirurgien-dentiste Midi-Pyrénées, assemblée élue de chirurgiens-dentistes libéraux, interlocuteurs de l'ARS concernant l'analyse et l'organisation de l'offre de soin ;
- Le Régime Social des Indépendants (RSI), actuelle Sécurité Sociale des Indépendants (SSI) ;
- La Mutualité Sociale Agricole (MSA), pilote du régime de protection sociale du monde agricole.

Ce groupe a été créé dans l'objectif de réfléchir à la filière de soins bucco-dentaires et à son organisation notamment vis-à-vis des personnes âgées dépendantes. Dans ce contexte, des programmes de prévention bucco-dentaire sont mis en œuvre depuis 2013, au sein de la région Midi-Pyrénées à l'époque puis de la région Occitanie. L'objectif est de déployer au niveau régional les actions initiées au niveau départemental en 2010. Ces programmes ont pour objectif opérationnel la mise en place de formations de professionnels de soin, futurs référents bucco-dentaires de leurs structures, de sensibilisation des familles et des personnes âgées et d'évaluation de l'état bucco-dentaire des résidents. Soutenus financièrement par l'ARS, ils ont été et sont encore mis en œuvre par trois partenaires du groupe de travail : le CHU de Toulouse, la Mutualité Française Occitanie et l'UFSBD.

Le recul que nous avons sur ces programmes de prévention permet de dire qu'ils se heurtent à une problématique de pérennité des actions mises en place, liée aux difficultés spécifiques du secteur (financières, organisationnelles, professionnelles et politiques). Le turn-over important des professionnels observé sein des EHPAD²⁸ est un des facteurs qui participe à ce manque de continuité. C'est dans ce contexte, après plusieurs années d'interventions dans les services d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, que l'idée d'un outil vidéo, illustrant les pratiques de soin bucco-dentaire établie par l'EPP du CHU, a émergé au sein du groupe de travail. L'ERPVD a donc répondu à un appel d'offre de la CNSA pour obtenir un financement pour ce projet innovant et original.

2.1.2 Les objectifs du film

Le film s'inscrit dans ce contexte local de réflexion et d'action sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. Il s'est construit comme un élément de réponses aux problématiques posées en première partie concernant les freins à l'hygiène bucco-dentaire (organisationnels et professionnels).

L'objectif principal visé par le film est l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes vivant à domicile ou en institution.

Le film vise également à répondre aux objectifs opérationnels suivants :

- Apporter des connaissances théoriques et pratiques aux aidants formels et informels concernant la prévention bucco-dentaires chez les personnes âgées dépendantes
- Constituer un outil de formation des soignants
- Faire prendre conscience aux soignants et aux aidants de l'importance de la santé bucco-dentaire dans la prise en charge globale de l'individu

Ces objectifs sont définis en fonction du public ciblé par le film. Ce dernier s'adresse en particuliers aux soignants (IDE, AS, AMP, auxiliaires de vie...), aux aidants informels mais également aux médecins et chirurgiens-dentistes. Il peut également cibler les professionnels de l'encadrement (cadres de santé, directeurs...) des services et des établissements d'accompagnement et d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Alors que les formations professionnelles sont très

souvent ciblées par profession, le film diffuse lui le même message pour tous les acteurs.

Le média audio-visuel s'est développé de façon exponentielle ces dernières années notamment dans le domaine de la formation professionnelle. La forme audiovisuelle de notre outil sert les objectifs pédagogiques. Ce format, alliant images et sons, est attractif et enrichit l'expérience d'apprentissage.⁶ Conçu pour être accessible et facile à utiliser, il peut s'adapter à un usage individuel ou à une utilisation collective dans le cadre de formation par exemple. Une vidéo de mise en scène de pratiques professionnelles permet au destinataire de s'identifier, de se projeter dans les scènes observées et de s'investir dans le message qui est transmis.¹⁶ Il permet d'interroger sa propre pratique professionnelle et ses ressentis personnels, en illustrant au plus près du réel des situations professionnelles concrètes. Un des avantages du média audio-visuel est qu'il permet un visionnage répété et s'inscrit dans la durée. Peu onéreux et facile à diffuser, cet outil favorise l'appropriation de l'information par les établissements et services de santé.

L'usage de la vidéo est reconnu comme favorisant la formation professionnelle et la diffusion de pratiques, notamment par la confrontation à des situations professionnelles.

L'apprentissage et l'investissement de l'individu sont plus importants lorsque l'outil est participatif. C'est pour répondre à cet objectif que nous avons décidé de découper le film didactique en 6 modules distincts. Chaque module est indépendant et aborde un des aspects de la prévention bucco-dentaire. Le destinataire peut gérer le visionnage du film tel que cela lui convient.

Pour s'adapter au temps de concentration court de l'humain, les modules ont une durée courte comprise entre 2 et 5 minutes. L'information est donc concise et précise. La durée totale du film est d'une vingtaine de minutes.

En dépit des nombreux avantages de la vidéo dans le processus de formation, il n'existe pas de film professionnel sur les soins bucco-dentaires chez les personnes âgées dépendantes. L'utilisation du média audio-visuel est donc une innovation dans ce domaine.

2.1.3 La composition de l'équipe projet

Le pôle gériatrie du CH de Toulouse est le porteur du projet. L'ensemble de la mise en œuvre est assuré par cette entité, avec le co-financement de la CNSA et l'appui des partenaires du groupe de travail.

Les responsables du projet sont Marie-Hélène Lacoste-Ferré, chirurgien-dentiste au sein du pôle gériatrie, investie dans le domaine des soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes, et Justine de Kerimel, chef de projet au sein de l'ERVDP. Participent également au projet Céline Mathieu, chargée de projet à l'ERVDP, Pr Maria Soto, professeur gériatre du CHU et responsable de l'ERVDP ainsi qu'Emilie Garcia, étudiante en thèse d'exercice du diplôme de docteur en chirurgie dentaire. Les salariés cités ci-dessus dégagent du temps de travail pour la mise en œuvre du projet. Aucun n'y est dévoué à temps plein et aucune embauche n'a été effectuée pour compléter l'équipe.

Les rôles sont définis comme suit :

- Dr Lacoste-Ferré, experte sur le sujet, chef de projet
- Justine de Kerimel, chef de projet à l'ERVDP
- Pr Soto, experte, conseil,
- Emilie Garcia, écriture du film.

L'équipe de l'Agence Web Reporter (AWR), plus précisément un journaliste et un réalisateur, ont rejoint l'équipe projet en Octobre 2018.

2.1.4 La demande de subvention

Ce projet requiert un financement. Au-delà du temps de travail dégagé par les salariés de l'équipe projet et de la mise à disposition de matériel et de locaux, la sous-traitance de la réalisation du film a un coût relativement important.

Le choix a donc été fait de déposer une demande de subvention auprès de la CNSA. La CNSA est un établissement public créé par la loi par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Parmi ses missions, elle finance directement des « projets d'actions innovantes » en rapport avec son champ d'action : l'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie.⁹

Le dossier de la demande de financement est disponible sur le site internet de la CNSA et peut être complété en ligne. Il peut être déposé tout au long de l'année.

Tout dossier complet est examiné par l'un des comités d'experts internes et externes à la CNSA qui se réunit 4 fois par an.

Le dossier comprend un formulaire de demande, un dossier détaillé du projet, un budget et des pièces administratives annexes. Le projet déposé doit remplir un certain nombre de critères d'éligibilité. Ceux-ci concernent :

- Le porteur du projet qui doit être une personne morale, quel que soit son statut.
- La nature du projet. La CNSA ne finance que des projets innovants dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Les subventions ne concernent pas les frais de fonctionnement d'une structure et ne peuvent servir un projet à visée commerciale. Le rendu du projet doit être disponible gratuitement pour la communauté.

Le porteur de projet doit décrire son projet dans un dossier détaillé afin de répondre aux critères d'appréciation du projet qui seront analysés par le comité d'experts.

Ce dossier détaille :

- Les porteurs et les partenaires du projet dont la légitimité sera appréciée,
- Ses objectifs et sa pertinence, en développant notamment le caractère innovant du projet,
- La démarche avec les différentes étapes du projet et un calendrier de mise en œuvre,
- L'organisation et la composition de l'équipe,
- La suite à donner au projet,
- L'évaluation.

Pour le développement d'outils tels que les vidéos, les financements s'adressent aux projets d'appui aux pratiques professionnelles et imposent 4 conditions restrictives :

- Le projet doit comprendre un partenaire institutionnel fort et reconnu dans le champ.
- Le scénario doit être précis et le public ciblé.
- La stratégie de décision exclut la prise de bénéfice.
- Le projet est cofinancé.

Un budget accompagne le dossier pour justifier de la hauteur du financement qui ne peut dépasser 500 000 euros et 80% du montant global du projet.

La subvention peut être octroyée en partie ou en totalité.

Le dossier pour la demande de financement de notre film a été déposé en Février 2018. En amont du dépôt du dossier, des devis ont été réalisés par un prestataire extérieur afin d'estimer le coût de sa réalisation. Le budget du projet a justifié une demande de subvention, auprès du CNSA, d'un montant inférieur à 15000 euros.

Il a été notifié en avril 2018 l'octroi de la totalité du financement sollicité. Ce dernier a été intégralement alloué au paiement de la société qui réalise le film.

Une convention a été établie entre la CNSA et le pôle gériatrique du CHU de Toulouse à la suite de cet octroi afin d'encadrer les engagements de chacune des parties.

2.2 Réalisation du film

Mener à bien la réalisation d'un film implique d'organiser et de respecter un certain nombre d'étapes spécifiques. De l'appel d'offre à la mise en support, nous avons travaillé en étroite collaboration avec les professionnels d'une société de réalisation.

2.2.1 *L'appel d'offre pour la réalisation du film*

Le CHU étant un établissement public, la contractualisation avec un prestataire extérieur est encadrée par la législation relative aux marchés publics. Comme énoncé dans la loi, tout marché public doit répondre à trois grands principes :

- « Liberté d'accès à la commande publique ;
- Égalité de traitement des candidats ;
- Transparence des procédures » (Service-Public-Pro.fr, page consultée le 23/04/2019).

La Direction des achats du CHU de Toulouse est le service compétent en matière de recherche et de contractualisation avec les prestataires, en réponse aux besoins des autres services. Dans notre situation, le marché public a une valeur inférieure à 25 000 euros, seuil en dessous duquel il existe une dispense des procédures normalement applicables à l'acheteur public.

De ce fait, le marché public peut être négocié sans publicité ni mises en concurrence préalables, en s'assurant :

- de choisir une offre répondant de manière pertinente au besoin ;
- du principe de bonne utilisation des deniers publics ;
- de ne pas contracter systématiquement avec un même prestataire lorsqu'il existe une pluralité d'offres potentielles susceptibles de répondre au besoin.

Pour la réalisation du film, une agence de presse a été retenue, l'Agence Web Reporter (AWR) domiciliée à Toulouse. Prestataire du CHU pour d'autres projets audiovisuels, elle a bénéficié d'un privilège accordé à sa position et à sa capacité à répondre aux besoins du projet (objectifs, résultats attendus, respect du calendrier, capacités technique, matérielle et professionnelles).

Ce type de procédures légales spécifiques prend du temps, temps qui ne doit pas être oublié dans la planification de l'ensemble du projet. Dans notre cas, nos besoins ont été transmis en mai 2018 à la Direction des achats et le contrat avec le prestataire a pris effet en septembre 2018.

2.2.2 *L'écriture du film*

En amont de notre rencontre avec les réalisateurs, nous avons imaginé et écrit le déroulé du film et son découpage en différentes séquences. Une séquence se rapporte à une action qui se déroule dans une unité de lieu et de temps. Le séquencier regroupe toutes les séquences et comporte un résumé de l'action de chacune d'entre elles. Il a beaucoup évolué entre sa première et sa dernière version. Le travail avec les réalisateurs a abouti à une modification du ton et de la narration du film. A l'origine écrit comme des séquences dialoguées et jouées entre les acteurs, qui laissait le destinataire du film spectateur de l'action, nous avons décidé de le réaliser sous forme d'un tutoriel, une voix off commentant les situations filmées et s'adressant directement à la personne qui regarde. Ce choix a été fait afin de solliciter et investir le spectateur. Il nous est également apparu que la simplicité de cette forme de narration permet de focaliser le message et d'éviter sa dilution dans un encombrement de détails accessoires.

L'écriture du film repose sur les pratiques professionnelles de soins bucco-dentaires que nous souhaitons transmettre. La démarche des soins a naturellement guidé la trame de notre film. Chaque partie ou module s'inscrit dans le même cheminement logique et répond à une ou des problématiques qui se posent pour effectuer des soins de qualité. Le contenu du film repose sur les données de la science en matière de santé bucco-dentaire et dispense le protocole de soin évalué et préconisé par le CHU de Toulouse. Ce protocole a été appliqué au sein de différents services du pôle gériatrie et a été présenté lors de la visite de certification du CHU de Toulouse en 2012.²⁵ Un poster ainsi qu'une brochure d'information (« Les soins d'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante » 2017 [en ligne])¹ ont été créés pour diffuser plus largement le protocole de soin bucco-dentaire avant que n'émerge l'idée du film.

A la suite du séquencier, nous sommes passés à la phase d'écriture du scénario. La collaboration avec les réalisateurs a permis de définir leurs besoins précis concernant sa substance. En effet, la préparation et l'exécution du tournage reposent sur cet élément.

L'écriture a consisté à écrire très précisément les situations à filmer :

- Lieu
- Protagonistes
- Accessoires : mobiliers, matériel, produits
- Description de l'action
- Messages clés
- Commentaire off

En ce qui concerne le commentaire off, il est omniprésent tout au long du film. La voix off décrit et explique ce qui se déroule en même temps, dans un effet de redondance favorisant la compréhension et la mémorisation. Nous avons fait le choix que cette voix s'adresse directement à la personne qui regarde le film et l'interpelle en usant du « vous » d'usage. Le langage est simple, clair et accessible à toute personne, pour répondre à l'objectif de cibler aidants professionnels ou informels. Concernant les séquences comprenant une mise en scène, nous avons décidé de simuler des situations de soins impliquant une personne âgée dépendante et des soignantes, identifiées par une tenue professionnelle.

Nous allons développer maintenant la trame de la vidéo. Pour chaque module nous reprendrons les objectifs de la partie, le(s) protagoniste(s), la situation et les messages clés que la séquence diffuse.

a) Module 1 : Introduction

Objectifs :

- Faire prendre conscience de l'importance de la santé bucco-dentaire et de l'hygiène bucco-dentaire
- Susciter l'implication du destinataire dans le film didactique en l'informant de ses objectifs et de son découpage

Protagoniste :

Chef de projet

Situation :

Elle introduit le film didactique face caméra puis en off sur des prises de vue.

Messages clés :

- Le gérontopôle de Toulouse propose un film didactique, décomposé en 6 modules, sur la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes.
- Constats à l'origine du projet :
 - o Prévention des pathologies bucco-dentaires = élimination de la plaque dentaire = brossage des dents après chaque repas dans l'idéal, en particulier le soir.
 - o L'âge et la perte d'autonomie s'accompagnent d'une dégradation de l'état bucco-dentaire de la personne.
 - o Préserver l'état de santé bucco-dentaire participe à préserver l'état de santé général.

b) Module 2 : S'installer pour accéder à la bouche

Objectifs :

- Permettre à l'aidant de connaître l'arbre de décision concernant l'installation de la personne âgée dépendante
- Favoriser l'adhésion de la personne aux soins et à l'évaluation bucco-dentaire et l'accès à la cavité buccale

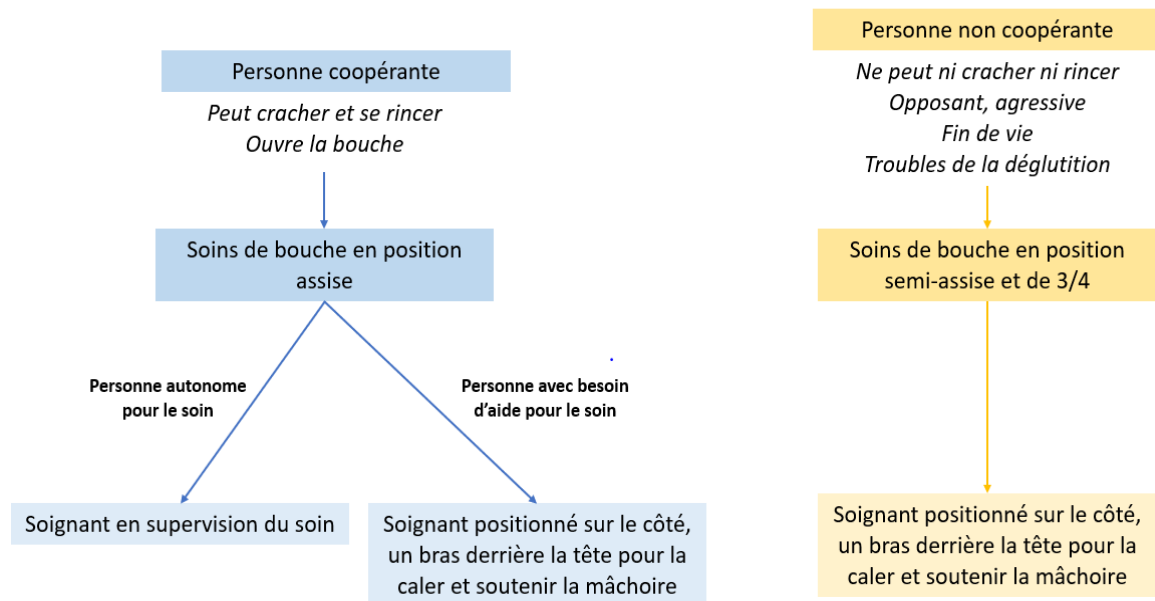


Figure 3. Arbre de décision pour l'installation de la personne accompagnée

Ce module comprend 4 séquences correspondant aux différentes situations que nous pouvons rencontrer :

- Séquence 1 : installation d'une personne coopérante
- Séquence 2 : installation d'une personne coopérante, dépendante pour le soin
- Séquence 3 : installation d'une personne non-coopérant
- Séquence 4 : installation d'une personne non-coopérante et opposante

Séquence 1 : Installation d'une personne coopérante

Protagonistes :

- Soignante 1
- Personne âgée dépendante 1

Lieu :

Salle de bain

Situation :

La soignante aide la personne à s'installer pour réaliser son hygiène bucco-dentaire. Cette dernière se déplace avec son déambulateur. Elle entre dans la salle de bain avec l'infirmière et prend position sur un siège, face à l'évier.

Messages clés :

- Une personne coopérante est une personne qui peut cracher et se rincer la bouche.
- L'aidant doit accompagner et superviser le soin de la personne tout en respectant son autonomie.

Séquence 2 : Installation d'une personne coopérante, dépendante pour le soin

Protagonistes :

- Soignante 1
- Personne âgée dépendante 1

Lieu :

Chambre

Situation :

La personne aidée est installée sur un fauteuil. L'infirmière se positionne pour effectuer le soin : un bras derrière la tête de la personne pour la caler et sa main en soutien pour la mâchoire.

Message clés :

- Insister sur la position du soignant afin d'accéder à la bouche et son importance.
- L'installation a pour objectif d'assurer le confort de la personne et de l'aidant afin de lui permettre une meilleure maîtrise des mouvements de soin.

Séquence 3 : Installation d'une personne non-coopérante

Protagonistes :

- Soignante 1
- Soignante 2
- Personne âgée dépendante 2

Lieu :

Chambre

Situation :

La personne est alitée. Les soignantes l'aident à se positionner de trois-quarts sur le côté. La soignante qui effectue le soin s'installe à côté de la personne, un bras derrière sa tête pour la caler.

Message clés :

- Une personne dite non-coopérante est une personne qui ne peut ni cracher ni se rincer la bouche ou qui a des troubles de la déglutition.
- L'installation poursuit toujours les mêmes objectifs : confort, sécurité et maîtrise des gestes.

Séquence 4 : Installation d'une personne non-coopérante et opposante

Protagonistes :

- Soignante 1
- Soignante 2
- Personne âgée dépendante 2

Lieu :

Chambre

Situation :

La personne est assise sur un fauteuil inclinable. Elle est très agitée et repousse les soignantes qui veulent faire le soin. Elles rassurent la personne et la positionnent en position semi-assise pour la calmer.

Messages clés :

- Une personne opposante et agressive est considérée comme non coopérante. Il en résulte que son installation est identique.
- La position allongée favorise l'apaisement de la personne et son adhésion au soin.
- Travailler en binôme est préconisé pour ce type de patient.

c) *Module 3 : Un matériel et des produits adaptés pour une hygiène efficace*

Objectifs :

- Permettre aux aidants de connaître le schéma de décision pour un matériel et des produits adaptés à l'état de santé d'un individu
- Améliorer la qualité des soins bucco-dentaires chez la personne âgée dépendante

Protagonistes :

- Soignante 1
- Figurant 3

Situation :

Le matériel nécessaire à l'hygiène bucco-dentaire de base est présenté : brosses à dents électriques et manuelles, dentifrice, bicarbonate de sodium, compresse. Du matériel et des produits complémentaires et adaptés à des situations cliniques spécifiques sont également exposés. Les prises de vues ne filment que les produits et les mains de la soignante, excepté le plan de démonstration de l'utilisation en bouche de la brosse à dent électrique.

Messages clés :

- Le matériel est choisi en fonction de l'état bucco-dentaire de la personne.
- En première intention, des solutions existent dans des situations anormales mais fréquentes de saignement, de douleur et de sécheresse buccale.

d) Module 4 : Les gestes d'une hygiène bucco-dentaire efficace

Objectifs :

- Permettre à l'aidant de connaître les techniques de soin adapté à l'individu
- Améliorer l'adhésion de la personne et la qualité du soin

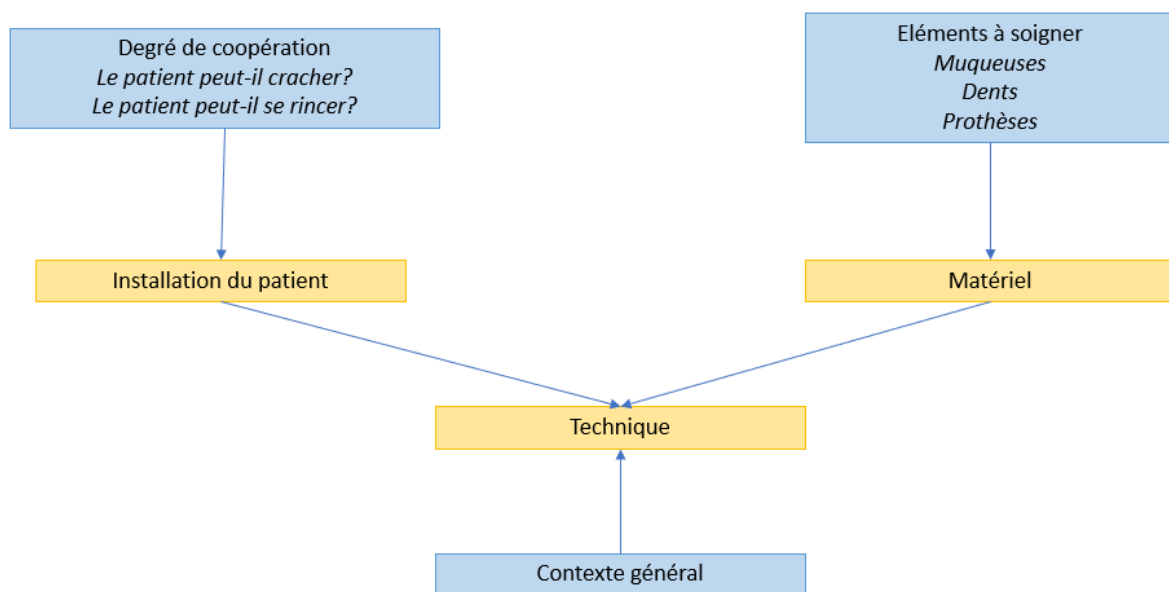


Figure 4. Démarche des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique (Lacoste-Ferré M.H. Rolland Y. Vellas B. 2013)

Ce module se compose de quatre séquences :

Séquence 1 : hygiène bucco-dentaire d'une personne âgée coopérante

Séquence 2 : hygiène bucco-dentaire d'une personne âgée coopérante, dépendante pour le soin

Séquence 3 : hygiène bucco-dentaire d'une personne âgée non-coopérante

Séquence 4 : hygiène bucco-dentaire d'une personne âgée non-coopérante et opposante.

Séquence 1 : Hygiène bucco-dentaire d'une personne âgée coopérante

Protagonistes :

- Soignante 1
- Personne âgée dépendante 1

Lieu :

Salle de bain

Situation :

Nous retrouvons la personne, installée devant le lavabo de sa salle de bain. Elle se brosse les dents. Le matériel est à disposition autour du lavabo. Elle utilise une brosse à dent avec manchon. La soignante est à ses côtés pour accompagner le soin.

Messages clés :

- Le brossage des dents concerne toutes les dents et toutes leurs faces. Il respecte un mouvement de rouleau, de la gencive vers la dent.
- Une personne âgée dépendante doit réaliser les gestes seule autant qu'elle le peut. La soignante motive et supervise le soin pour s'assurer de sa qualité.

Séquence 2 : L'hygiène buccale d'une personne âgée coopérante, dépendante pour le soin

Protagonistes :

- Soignante 1
- Personne âgée dépendante 1

Lieu :

Chambre

Situation :

La personne est assise sur une chaise. La soignante est positionnée à son côté et réalise les gestes d'hygiène : brossage des dents avec une brosse manuelle, passage des brossettes interdentaires, application de chlorhexidine en gel et application d'un substitut salivaire en gel.

Messages clés :

- L'hygiène bucco-dentaire d'un individu qui n'est pas en capacité de la réaliser lui-même doit être effectué par une tierce personne et nécessite une technique adaptée.
- Pour accéder aux faces labiales des dents, la bouche est entrouverte ou fermée. Pour accéder aux faces palatines, occlusales et linguales, la bouche est ouverte.
- Le brossage est réalisé avec un mouvement de rouleau léger.

Séquence 3 : Hygiène bucco-dentaire d'une personne âgée non-coopérante

Protagonistes :

- Soignante 1
- Personne âgée dépendante 2

Lieu :

Chambre

Situation :

La personne âgée est alitée. Le lit médicalisé est en position semi-assise. La soignante est à son côté, le matériel à disposition sur une desserte à côté d'elle.

Elle réalise les soins d'hygiène sur la personne :

- Retrait de la prothèse amovible à nettoyer après le soin
- Brossage des dents avec une brosse à dent manuelle
- Rinçage avec une compresse imbibée d'eau

Messages clés :

- La technique d'hygiène doit être adaptée à l'état général de la personne. Il peut être nécessaire de prioriser le nettoyage des faces vestibulaires des dents, en particulier à l'intérieur des joues où s'accumulent les dépôts et les débris alimentaires.

Séquence 4 : Hygiène d'une personne non-coopérante et opposante

Protagonistes :

- Soignante 1
- Soignante 2
- Personne âgée dépendante 2

Lieu :

Chambre

Situation :

La personne est assise sur un fauteuil inclinable, en position semi-assise. Les soignantes la rassurent. L'une d'elles assure le soin avec une compresse humidifiée de bicarbonate de sodium.

Messages clés :

- Il faut adapter la technique de soin à l'état général de la personne. Si l'usage de la brosse à dent n'est pas possible, il faut effectuer un nettoyage minimum et assurer le confort du patient. Une compresse humidifiée permet de récupérer les dépôts et de rincer la bouche.

e) Module 5 : Nettoyage d'une prothèse amovible

Objectifs :

- Permettre aux aidants de connaître le matériel et la technique de nettoyage des prothèses amovibles
- Favoriser un maintien en bon état des prothèses et une bonne santé bucco-dentaire

Protagoniste :

- Soignante 1

Lieu :

Salle de bain

Situation :

La prise de vue se concentre sur le lavabo. Nous suivons les mains de la soignante en train de nettoyer deux prothèses amovibles, complète et partielle. Elle montre également comment appliquer de l'adhésif pour prothèses et de quelle manière l'éliminer.

Messages clés :

- Les prothèses amovibles doivent être brossées hors de la bouche avec un matériel dédié.
- L'adhésif est utilisé en respectant le mode d'emploi. Il permet de gagner en stabilité.
- Prévoir des contrôles réguliers par un chirurgien-dentiste permet de s'assurer de l'adaptation et de la propreté d'une prothèse.

f) Module 6 : Grille OHAT d'évaluation de l'état bucco-dentaire

Objectifs :

- Faire prendre conscience de l'importance d'évaluer l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes
- Donner un outil d'évaluation : la grille OHAT (cf. annexe 1)

Protagoniste :

- Chef de projet

Situation :

Face caméra, la chef de projet explique l'intérêt de l'utilisation d'une grille d'évaluation et détaille son contenu et son utilisation. Des photographies de plusieurs types de bouches, réalisées sur des patients du pôle gériatrie, permettent d'illustrer les différentes cotations de la grille : sain/modifié/non sain, pour chacun des éléments évalués.

Messages clés :

- Evaluer l'état bucco-dentaire d'une personne permet d'adapter sa prise en charge, préventive et curative, et d'observer son évolution dans le temps.
- La grille OHAT est simple et rapide d'utilisation. Elle permet de formaliser l'évaluation de la santé orale de la personne.
- Il ne s'agit pas de réaliser un dépistage ou un diagnostic mais d'évaluer l'état global de la bouche, de repérer les problématiques.

2.2.3 L'organisation de l'équipe projet

Nous avons donné précédemment la composition de l'équipe. Voyons ici l'organisation et le fonctionnement mis en place pour réussir la mise en œuvre du projet. Nous l'avons dit, la réalisation du film implique de respecter des étapes précises, chaque étape dépendant de l'exécution de la précédente, réclamant des compétences spécifiques et donc menée à bien par différentes personnes de l'équipe. Il s'agit d'un travail en collaboration qui demande à être planifié et de coordonné.

La planification a été définie au démarrage du projet, avec la détermination de dates butoirs pour l'exécution de certaines tâches et le rendu de « livrable ». Pour exemple, dans le calendrier prévisionnel, le scénario définitif devait être livré en décembre 2018 et le film devait être livré en mars 2019. Ces jalons permettent de coordonner les actions et de définir des objectifs de réalisation. Ceci est d'autant plus important que les membres de l'équipe projet travaillent à distance sur le projet et que leur temps de travail n'est pas alloué en intégralité à sa mise en œuvre.

La coordination du projet a été assurée par les chefs de projet. Le rôle de coordonnatrice a consisté à :

- Centraliser l'information ;
- Être le relais de la communication entre les membres de l'équipe, les prestataires extérieures et les services administratifs et de gestion ;
- Assurer la gestion administrative et budgétaire du projet ;
- Veiller au respect du calendrier et de l'exécution des différentes étapes.

La communication entre les membres de l'équipe et avec les prestataires extérieurs s'est faite par email principalement, par téléphone ou contact direct moins fréquemment.

Des réunions ont jalonné les principales étapes du projet. Organisées par la coordinatrice, elles ont eu lieu sur les sites de l'ERVPD ou de l'hôpital Garonne.

Des réunions ont eu lieu afin de créer et de préparer le projet durant sa phase de lancement. Elles ont impliqué les membres de l'équipe projet.

Une réunion a ensuite eu lieu, en septembre afin de m'intégrer au début de l'étape d'écriture du film.

Des réunions ont eu lieu ensuite, en amont du tournage, pour :

- L'intégration de l'équipe de l'AWR au projet : définition des besoins, travail sur le séquençier, en fin octobre 2018
- La définition des besoins de l'équipe de réalisation concernant le scénario (forme et contenu) en décembre 2018 ;
- Un travail collectif sur le scénario proposé en janvier 2019 ;
- La préparation du tournage : calendrier, présentation et briefing des acteurs, retour sur le scénario ;

Ces réunions ont duré entre 2 et 3 heures en moyenne.

2.2.4 Le choix des acteurs et des lieux de tournage

Le décor a son importance pour favoriser l'immersion et l'identification du destinataire dans la situation professionnelle. Une chambre d'hôpital ancre le film au sein de l'institution. Cependant, il cible aussi bien les soignants et aidants en maison de retraite qu'à domicile. Une surcharge d'informations dans le décor pouvant entraîner une dilution de l'attention et du message, un arbitrage a dû être fait. Il a été décidé, lors de l'écriture du scénario, d'effectuer le tournage au sein :

- D'une chambre du service d'hospitalisation de jour de l'hôpital Garonne ;
- De la chambre d'une patiente de l'USLD de l'hôpital Garonne, décorée par ses soins et évoquant davantage un « chez-soi ».

Cette solution a l'avantage de concentrer le tournage en un même lieu et de faciliter l'organisation tant en amont que durant le tournage. L'avantage est également économique, les lieux étant mis à disposition par le CHU. Une chambre nous a été réservée pour une journée entière.

Le film met en scène des situations de soins bucco-dentaires de personnes âgées dépendantes. Pour des questions légales et d'organisations, nous avons rapidement pris la décision que ces personnes seraient jouées par des acteurs. L'AWR s'est chargée de les chercher et de les sélectionner. Deux acteurs amateurs ont été choisis, un homme et une femme que nous avons rencontrés avant le tournage pour nous assurer qu'ils puissent être vraisemblables dans ces rôles et leur expliquer les objectifs et leur participation.

Pour des raisons de crédibilité dans l'attitude, d'assurance dans les gestes et de justesse de l'action, le choix est fait de trouver une soignante expérimentée pour endosser ce rôle dans le film. Une infirmière de l'ERVPD s'est portée volontaire. Une deuxième soignante apparaît dans une séquence. L'ergothérapeute de l'hôpital Garonne a accepté d'endosser ce rôle.

2.2.5 Le cadre légal

a) Droit d'auteur

Le code de la propriété intellectuelle encadre les droits d'auteurs. La loi donne le droit exclusif à l'auteur d'exploitation de l'œuvre (diffusion, reproduction...) ainsi que le droit moral (respect de l'œuvre, droit de retrait...). Légalement sont considérés comme co-auteurs : l'auteur du scénario, l'auteur du texte parlé, le réalisateur ainsi que l'auteur des compositions musicales et de l'adaptation (Article L113-7 du Code de la propriété intellectuelle). L'exploitation d'une œuvre audiovisuelle ainsi que la cession des droits d'auteurs n'est possible que dans le cadre d'un accord unanime des co-auteurs.

Dans notre situation, l'œuvre est considérée comme collective. Le CHU de Toulouse est la personne morale à l'initiative de l'œuvre. De ce fait, il est considéré comme l'auteur du film et en possède les droits. L'AWR est considérée comme co-auteur de l'œuvre. Ils ont cédé ces droits par contrat au CHU de Toulouse. A savoir que la durée légale des droits patrimoniaux (exploitation de l'œuvre) est de soixante-dix ans à compter du 1er janvier de l'année suivant celle où le film a été publié. Les droits moraux sont perpétuels et incessibles.

b) Droit à l'image

Le droit à l'image découle du droit au respect de la vie privée, encadré par le code pénal. Il permet à toute personne de protéger son image, qu'elle soit prise dans des lieux privés comme public. L'individu a un droit exclusif sur son image et son

utilisation. Ainsi, toute personne susceptible d'être identifiée à l'image doit donner son consentement libre et éclairé avant son utilisation. Sans ce consentement, la personne est considérée comme ayant refusé toute diffusion et peut se retourner légalement contre son auteur ou obtenir le retrait de son image.

Ce droit protège également la personne de l'utilisation détournée de son image pour laquelle elle n'aurait pas donné son accord. L'usage qui en sera fait doit donc apparaître précisément dans le formulaire de consentement (cf. annexe 2).

Pour les personnes sous tutelle ou curatelle ne pouvant donner leur consentement éclairé, la personne chargée de la protection devra saisir le juge des tutelles seul à même de prendre cette décision. Pour les personnes mineures, le consentement des parents ou représentant légal doit être obtenu.

Pour notre film, nous avons obtenu le consentement de toutes les personnes qui ont participé au tournage. Les deux acteurs amateurs, l'infirmière et l'ergothérapeute du CHU ont signé le formulaire d'autorisation en amont.

2.2.6 Le tournage

Le tournage correspond à l'enregistrement des images qui vont permettre de monter le film. Un repérage des lieux de tournage a été nécessaire en amont pour que les réalisateurs s'assurent de la faisabilité technique du tournage et fassent leurs choix techniques. L'équipe projet s'est de son côté occupée de lister et réunir l'ensemble des accessoires indispensables à la mise en scène (mobilier, matériel, produits).

Le tournage s'est déroulé en deux fois. Une journée en présence des acteurs pour tourner les séquences dans lesquelles ils apparaissent (modules 2, 3, 4 et 5) et une demi-journée pour tourner les modules 1 et 6.

Le tournage n'a pas nécessité de lourds moyens techniques. L'AWR a utilisé :

- Un boîtier Nikon avec différentes optiques (35/50/100/200) ;
- Un stabilisateur qui permet de compenser les mouvements du cadreur et permet une prise d'images en mouvement ;
- Un rail de travelling qui permet d'effectuer un mouvement de caméra fluide ;
- Un réflecteur pour rediriger la lumière sur une zone voulue.

Les 2 réalisateurs ont pris en charge tous les aspects du tournage, aussi bien artistiques que techniques. L'ensemble des plans à filmer ont été déterminés par les réalisateurs à partir du scénario lors de la préparation technique, en amont du tournage.

L'équipe projet était également présente. Le chef de projet et les soignantes-actrices ont assuré les rôles de direction d'acteur et d'aide à la mise en scène. Fortes de leur expertise certaine dans le domaine du soin bucco-dentaire des personnes âgées, elles ont pu s'assurer tout au long du tournage de la conformité des comportements, des attitudes, du jeu des acteurs par rapport au réel. Elles ont supervisé la reproduction la plus réaliste possible de situations de soins.

2.2.7 La post-production

Suite au tournage, AWR a effectué un premier montage des images. Pour ce faire, ils ont utilisé un logiciel de montage professionnel, Adobe Première Pro CC. L'opération a comporté différentes étapes. Dans un premier temps, le dérushage, c'est-à-dire une sélection parmi l'ensemble des prises de vues obtenues, a lieu. Les prises non sélectionnées sont conservées. L'équipe d'AWR a ensuite effectué un premier assemblage de ces prises de vue choisies, en suivant la trame du scénario. Ce premier montage a été envoyé individuellement aux membres de l'équipe puis visionnée et discuté collectivement. Des retours sont faits sur le montage : respect du rythme, du sens, de ma narration.

Le script de la voix off a été retravaillé à partir de ce premier montage. Il a eu pour but de positionner précisément le commentaire off sur les images et de définir plus précisément les modifications à apporter au montage : plans manquant, coupes, relations entre les plans...

A partir du script, le montage sera affiné. Après validation de ce montage, le commentaire off est enregistré hors champ, à l'aide d'un micro HF, au sein d'une salle isolée de l'hôpital Garonne. La personne qui prête sa voix joue le script tout en regardant le film pour respecter le rythme du montage.

Les pistes audio et vidéo seront par la suite montées et synchronisées.

Le travail sur les effets, les transitions, la musique, l'incrustation d'images et d'infographie fait également partie de la post-production du film. La musique habillera le film sans distraire le destinataire du message.

Dans sa version finale, le film se présentera sous la forme d'un fichier numérique avec une page d'accueil présentant le film et proposant 6 onglets pour chacun des 6 modules. Un résumé du contenu sera présenté à côté de chaque vidéo. L'utilisation sera très simple pour répondre aux exigences que requiert notre film. Le fait de cliquer sur un onglet permettra d'être dirigé directement vers module voulu, sans perdre l'accès direct aux autres onglets (il n'est pas besoin de revenir sur la page d'accueil pour accéder au reste du film). Ce choix de présentation permettra à la personne qui le regarde de repérer d'un coup d'œil le sujet général et les différents modules qui le composent. Cela répondra à l'exigence de créer un outil participatif, le destinataire naviguant à son gré au sein du film.

Les différentes étapes du montage ont fait et feront l'objet d'allers-retours fréquents et de validation entre l'équipe projet et l'AWR afin que le produit final corresponde aux attentes et au cahier des charges définis en amont.

2.3 Perspectives

2.3.1 *La diffusion*

Le film didactique sera édité sous forme d'un fichier numérique facilement duplicable et diffusable. Le fichier pourra être mis sur un support de stockage type clés USB ou DVD. Il est prévu dans le budget du projet l'édition du film en 400 exemplaires sur clés USB afin de le diffuser aux EHPAD de la région Occitanie. Ce fichier pourra également être proposé et utilisé via internet.

A ce jour, il est prévu de diffuser le film didactique par le biais des partenaires présents au sein du groupe de travail régional sur les « soins bucco-dentaires » par le biais notamment d'une mise en ligne sur leurs sites internet. L'ERVDP possède également des équipes territoriales comprenant 1500 membres auprès desquels le mettre à disposition. La région Occitanie sera ainsi le périmètre de diffusion de ce film dans un premier temps, par l'intermédiaire des partenaires territoriaux de

l'ERVPD. Le film pourra également être diffusé lors de formations initiales ou continues (professionnels de soin, étudiant par le biais des écoles d'infirmiers et d'aides-soignants, des facultés de santé...). Il est en outre prévu qu'il intègre une plateforme de E-learning, créée dans la cadre d'une étude multicentrique sur la prévention des pneumopathies en EHPAD menée par le CHU de Toulouse. Le film assurera le volet prévention bucco-dentaires de la formation.

2.3.2 L'évaluation

L'évaluation de la mise en œuvre et de l'impact du film didactique peut seule déterminer si le projet a atteint ses objectifs et les résultats attendus.

Sur la forme de l'outil (média audio-visuel, découpage en modules, durée) comme sur le fond (sujet traité, forme narrative choisi, mise en scène) l'évaluation permet de s'enrichir de cette expérience dans un but d'amélioration.

Une première partie de l'évaluation consistera à s'assurer que le produit fini soit en conformité avec ce qui était attendu, avec le cahier des charges défini au commencement.

Dans un deuxième temps, l'évaluation du projet permettra de le situer par rapport aux objectifs fixés et aux résultats attendus de son utilisation :

- Amélioration des connaissances et pratiques professionnelles concernant les soins bucco-dentaires ;
- Amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique des résidents ;
- Maintien d'un état bucco-dentaire satisfaisant : prévention des complications générales et source de bien-être.

Les modalités et le périmètre de cette évaluation ne sont pas encore définis. Elle peut prendre différentes formes (évaluation des connaissances avant après, enquête de satisfaction, questionnaires d'évaluation des pratiques, étude transversale...) et s'effectuer à différents niveaux de l'organisation des soins (établissement, professionnels, territorial).

Cette évaluation peut également s'enrichir des résultats de l'étude de la plateforme de e-learning au sein de laquelle le film sera intégré.

2.4 Retour d'expérience

Mener un projet quel qu'il soit ne va pas sans rencontrer un certain nombre de difficultés. Précisons ici qu'à l'heure où nous effectuons ce travail, nous n'avons eu accès qu'au premier montage des modules 2, 3, 4, 5 et 6 (premier montage avant l'enregistrement de la voix off). Nous ne pouvons donc préjuger de sa qualité finale et de sa conformité avec le résultat attendu. Ce retour sera donc un point d'étape.

Nous l'avons décrit et expliqué, créer et réaliser un film didactique demande des compétences diverses. L'écriture d'un scénario guide et est garante de la bonne réalisation du film. Elle relève à la fois de connaissances cinématographiques, d'une méthodologie d'écriture spécifique mais également d'une expertise du sujet abordé. Dans la répartition des tâches, il a été décidé que les membres de l'équipe projet seraient en charge de l'écriture du film (séquenceur et scénario), sa réalisation relevant des missions de l'Agence Web Reporter. Le scénario correspond au programme qui doit être exécuté par les réalisateurs. La réussite du film dépend en grande partie de la qualité du scénario. Son importance explique donc le temps alloué à son écriture. De nombreux aller-retours ont été nécessaires au sein même de l'équipe projet pour valider le contenu scientifique et avec l'équipe de réalisation pour sa forme et pour la mise en scène.

L'organisation de l'équipe et la communication entre ses membres se sont révélées complexes. Les salariés travaillant sur le projet ont prélevé du temps sur leurs missions habituelles pour réaliser sa mise en œuvre. De ce fait, leur disponibilité sur plusieurs mois a été difficile à anticiper et n'a pas permis le respect des délais fixés au début de la phase d'écriture. Associé au travail à distance des membres de l'équipe les unes des autres, l'avancée des tâches en a été impactée ainsi que l'efficacité de la communication entre elles et avec l'AWR. Ces éléments se sont notamment traduits par une moindre réactivité concernant des demandes d'informations ou de retours, une difficulté de synchronisation des agendas en vue de se réunir et certaines incompréhensions concernant notamment les attentes ou les besoins des uns vis-à-vis des autres.

Concernant le film à proprement parler, le choix de faire appel à des acteurs a constitué un dilemme et reste encore en questionnement. A l'heure actuelle, le visionnage d'un premier montage des images brutes et sans voix off a permis de repérer des séquences sur lesquelles le jeu des acteurs ne semblait pas refléter la réalité et le message écrit. Ceci a permis de corriger et guider le choix et le montage des plans et de la voix off. Mais la question se pose : tourner une réelle situation de soins aurait-il permis une meilleure illustration des pratiques professionnelles ? Les difficultés légales de consentement ainsi que celles liées à la moindre maîtrise et disponibilité de la personne durant le tournage ont orienté notre choix vers l'emploi d'acteurs. L'évaluation de notre film nous montrera si les professionnels ciblés se sont projetés et identifiés aux mises en scène travaillées pour restituer au mieux des pratiques professionnelles réalistes.

Ces problématiques n'ont pas été anticipées lors du lancement du projet et de l'établissement du premier calendrier prévisionnel. Elles expliquent en partie le retard de livraison du film. Un bilan du projet plus complet pourra être réalisé à la livraison afin de tirer les enseignements de cette expérience et d'améliorer la mise en œuvre de futurs projets approchant.

Conclusion

Alors qu'il est de plus en plus exploité dans la prévention de la santé et la formation professionnelle, le média audio-visuel est peu utilisé sur la thématique de la prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes. Réaliser un film didactique sur les soins bucco-dentaires chez cette population constitue donc un projet innovant.

L'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes âgées est au cœur de notre démarche. Développer les connaissances théoriques et pratiques des soignants comme des aidants est primordial pour atteindre cet objectif. En alliant les images animées aux sons, la vidéo est à la fois ludique, attractive et plus efficace en termes de formation que les supports écrits ou audio.

Cet outil permet une utilisation flexible et un allongement de temps de formation. La vidéo peut être regardée plusieurs fois ou en plusieurs temps. Elle offre un temps d'apprentissage plus adapté à la personne.

Ce média permet d'accéder facilement à un enseignement participatif. En effet, sa construction sous forme de 6 modules distincts permet un visionnage sélectif et répétitif qui favorise l'intégration de l'information. D'une durée comprise entre 2 et 5 minutes, chaque module aborde un aspect précis de la démarche de soin. Cette division permet de concentrer l'attention du destinataire sur des messages courts et précis.

En outre, un film est un support dynamique qui permet d'améliorer la compréhension du message transmis par le traitement de l'image. Le film sur les soins bucco-dentaires pour les personnes âgées dépendantes met en scènes des situations professionnelles pour favoriser la transmission des pratiques de soins préconisées. Cela favorise le processus de projection de la personne qui regarde le film dans l'activité enregistrée et induit un rappel de souvenirs, un renvoi à sa propre pratique. Ces processus sont favorables au travail d'appropriation de l'information par le destinataire et de transformation de ses propres pratiques.

Deux acteurs et deux soignantes du CHU ont été mobilisés pour mettre en scène des situations de soins emblématiques du quotidien des soignants. Dans cette optique, l'enjeu a été de réaliser un film crédible dans la mesure où il est constitué de scènes jouées et non pas par les prises de vues d'une réelle activité professionnelle.

Réaliser un film didactique de prévention bucco-dentaire n'est pas aisé et nécessite de réunir des compétences diverses et complémentaires pour garantir un contenu scientifiquement valide et une forme qui réussisse à servir le message. Cela nécessite de respecter des étapes précises. Chacune d'elle est importante et conditionne la qualité et la réussite de la suivante. Coordonner l'équipe qui met en œuvre le projet et assurer une communication fluide et efficace est donc un préalable à la réussite du projet.

Le film doit être livré en juillet 2019. Nous pourrons alors évaluer sa conformité avec le résultat attendu. Sa future intégration sur une plateforme de E-learning concernant la prévention des pneumopathies, à destination des soignants en EHPAD permettra son utilisation dans le cadre de ce pour quoi il a été créé. La mise à disposition prévue auprès de l'ensemble des partenaires de l'ERVPD et de 400 EHPAD permettra sa large diffusion au niveau de la région Occitanie.

Si sa diffusion est assurée, il serait intéressant d'observer comment les établissements et les professionnels s'emparent de cet outil et en font usage. Il serait également important, en vue d'améliorer la création de ce type de média, d'évaluer les différences d'impact selon l'utilisation qui en est faite. Regardé individuellement dans un objectif pédagogique ou exploité comme un outil de réflexion et de transmission au cours d'une formation professionnelle ou encore regardé et analysé en équipe, le contexte de son utilisation est certainement un facteur d'influence de son efficacité.

le directeur et président de jury

Ph. KROUIC



Annexe 1. Exemple de la grille OHAT utilisée au CHU de Toulouse

ETIQUETTE PATIENT



Hôpitaux de Toulouse

OHAT
(ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL)

ETIQUETTE SERVICE

Nom : _____

Signature

Prénom : _____ Date : | | | | | | | | | |

EXAMEN	Sain = 0	Multifocal = 1	Non sain = 2	Total
LÈVRES	<input type="checkbox"/> Lisse <input type="checkbox"/> Rose <input type="checkbox"/> Humide	<input type="checkbox"/> Sèche <input type="checkbox"/> Gercée <input type="checkbox"/> Rougeur angulaire	<input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Gonflée <input type="checkbox"/> Ulcération <input type="checkbox"/> Saignement angulaire	
LANGUE	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Humide <input type="checkbox"/> Rugueuse, rose	<input type="checkbox"/> Irrégulière, fissurée <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Dépôts	<input type="checkbox"/> Ulcérations <input type="checkbox"/> Gonflée	
GENCIVES, MUQUEUSES	<input type="checkbox"/> Lisse, rose <input type="checkbox"/> Humide <input type="checkbox"/> Aucun saignement	<input type="checkbox"/> Sèche, brillante <input type="checkbox"/> Rugueuse <input type="checkbox"/> Gonflée <input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Ulcère sous prothétique	<input type="checkbox"/> Gonflée <input type="checkbox"/> Saignement <input type="checkbox"/> Ulcérations <input type="checkbox"/> Zones rouges ou blanches <input type="checkbox"/> Erythème sous prothétique	
SALIVE	<input type="checkbox"/> Tissus humides <input type="checkbox"/> Flux correct	<input type="checkbox"/> Peu de salive, collante <input type="checkbox"/> Sensation de bouche sèche exprimée par le patient	<input type="checkbox"/> Muqueuse parcheminée et rouges <input type="checkbox"/> Peu ou pas de salive <input type="checkbox"/> Salive épaisse <input type="checkbox"/> Sensation de bouche sèche exprimée par le patient	
DENTS NATURELLES	<input type="checkbox"/> Aucune carie <input type="checkbox"/> Aucune dent cassée, racine	<input type="checkbox"/> - de 3 dents cariées <input type="checkbox"/> - de 3 dents cassées, racines <input type="checkbox"/> - de 3 dents usées, abrasées	<input type="checkbox"/> + de 4 dents cariées <input type="checkbox"/> + de 4 dents cassées, racines <input type="checkbox"/> + de 4 dents usées, abrasées <input type="checkbox"/> - de 4 dents saines présentes	
PROTHÈSES	<input type="checkbox"/> Prothèse adaptée <input type="checkbox"/> Prothèse portée <input type="checkbox"/> Prothèse non nécessaire	<input type="checkbox"/> Prothèse partiellement inadaptée <input type="checkbox"/> Portée 1 à 2 heures par jour <input type="checkbox"/> Prothèses perdues	<input type="checkbox"/> Prothèse inadaptée <input type="checkbox"/> Prothèse non portée <input type="checkbox"/> Utilisation de colle	
HYGIÈNE BUCALE	<input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Aucun dépôt, plaque <input type="checkbox"/> Aucun Tartre (sur dents + prothèses)	<input type="checkbox"/> Présence partielle (sur dents + prothèse) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plaque, dépôt <input type="checkbox"/> Tartre <input type="checkbox"/> Halitose	<input type="checkbox"/> Présence généralisée (sur dents + prothèse) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plaque, dépôt <input type="checkbox"/> Tartre <input type="checkbox"/> Halitose importante	
DOULEUR	<input type="checkbox"/> Aucun signe de douleur	<input type="checkbox"/> Signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger)	<input type="checkbox"/> Signes douloureux objectifs (morsure, gonflement, dents cassées) <input type="checkbox"/> Signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger)	
TOTAL				/16

Si 0 < OHAT < 4, la bouche est considérée comme saine, l'état est à maintenir par des soins habituels.

Si 4 < OHAT < 8, la bouche est saine mais une surveillance est nécessaire, il existe des points de fragilité.

Si 8 < OHAT < 12, la bouche est dans un état préoccupant, des soins doivent être envisagés l'avis spécialisé du chirurgien dentiste doit être proposé.

Si OHAT > 12, la bouche est pathologique, des soins sont obligatoires, l'intervention du chirurgien dentiste est nécessaire.

Annexe 2. Formulaire d'autorisation d'enregistrement de l'image du CHU de Toulouse

Direction de la Communication
Tél. 05 61 77 87 06
com.sec@chu-toulouse.fr



Hôpitaux de Toulouse

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE REPORTAGE
(Prise de vue, interview)

Reportage réalisé par le CHU de Toulouse

Identité du photographe, réalisateur :

Coordonnées : Tél. Mail:

Reportage réalisé par (média, société de production, association)

Identité du journaliste, photographe, réalisateur :

Coordonnées : Tél. Mail:

- ▶ M'engage à respecter les conditions de reportage et m'interdis expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation des personnes concernées par ce reportage.
- ▶ M'engage à une exploitation conforme à l'objet du reportage autorisé par le CHU de Toulouse.
- ▶ M'engage à respecter la circulaire n° 307-31-01-74 « les directeurs d'établissement exercent la police intérieure de l'établissement, en particulier pour ce qui est de l'accès des journalistes »
- ▶ Signature journaliste :

DESCRIPTIF DU REPORTAGE

▶ Date et heure prévues: Site:

▶ Service/lieu: Objet et contenu du reportage:

▶ Reportage validé par: Responsable médical Responsable administratif

Référent de terrain du reportage: Tél. ou mail:

IDENTITÉ DE LA PERSONNE FILMÉE, PHOTOGRAPHIÉE, INTERVIEWÉE

Professionnel du CHU

Nom: Prénom: Fonction:

Service: Site: Tél. ou mail:

Patient ou consultant **Autre (préciser):**

Nom: Prénom: Date de naissance:

Service: Site: Adresse:

..... Tél. ou mail:

▶ Si l'autorisation concerne un Mineur un Majeur en incapacité de remplir le formulaire

Identité du parent, du responsable légal*, de la personne de confiance :

Nom: Prénom: Adresse:

..... Tél. ou mail:

ACCORD ET RÉSERVES

Autorise le CHU de Toulouse ou le média précité à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public mon image et mes propos sur ses différents supports de communication internes et externes (site internet, réseaux sociaux...) ainsi qu'auprès de leurs partenaires et des médias.

Exige l'anonymat Exige de ne pas être reconnaissable

Autres réserves:

▶ Signature de la personne ou de son représentant légal :

*Le responsable légal d'un incapable majeur doit avoir sollicité l'accord du juge des tutelles.

Bibliographie

1. Année gérontologique, Les soins d'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante 2017 [en ligne] (page consultée le 29 mars 2019). Disponible sur : <http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2017/07/Fascicule-Bucco-dentaire.pdf>
2. Baumgartner W., Schimmel M., Müller F. Santé bucco-dentaire et soins dentaires chez la personne âgée en situation de dépendance. *Swiss dental journal sso* 2015 ; Vol 125 : 501-512.
3. Bodineau A., Boutelier C., Viala P. et al., Importance de l'hygiène bucco-dentaire en gériatrie. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2007 ; vol. 7, Issue 40 : 7-14.
4. Bouvier G., Lincot L., Rebiscoul C. Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial. *Franc, portrait social* 2011 ; 125-134.
5. Calvet L. Etat de santé des personnes âgées dépendantes en institution ou à domicile. *Etudes & Résultats*, 2016 ; n°0988, DREES.
6. Chen C.M., Wu C.S., Effects of différents lectures types on sustained attention, emotion, cognitive load, and learning experience. *Computers&education* 2015 ; 80 : 108-121.
7. Coleman, P. Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatric Nursing* 2002 ; 23(4) : 189–198.
8. Conseil Economique et social. Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap. *Avis et rapport 2004, n°6*,
9. CNSA, Instructions et conseils pour le dépôt d'une demande de subvention pour des actions innovantes 2018 [en ligne] (page consultée le 04 avril 2019). Disponible sur : https://www.cnsa.fr/documentation/instructions_pour_une_demande_de_subvention_action_innovante_-_juillet_2018.pdf
10. Cohen C, Tabarly P, Hourcade S, Kirchner-Bianchi C, Hennequin M. Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution ? *La presse médicale* 2006 ; 35: 1625-934.

11. Colin C. Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? *Revue française des affaires sociales* 2003 ; 1 : 75-10.
12. Direction des affaires juridiques. Quelles mesures de publicité et de mise en concurrence pour les achats d'un montant inférieur à 25 000 euros HT ? 2016 [en ligne] (page consultée le 23 avril 2019). Disponible sur : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/marches_publics/conseil_acheteurs/fiches-techniques/mise-en-oeuvre-procedure/achats-moins-25-000-euros-2016.pdf
13. Duée M., Rebillard C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *Données sociales - La société française* 2006 ; 613-619.
14. Dutheil N. Scheidegge S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Etudes & Résultats* 2006 ; N°494, DREES. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er494.pdf>
15. « Ensemble, prévenons la dépendance », Equipe Régionale Vieillesse et prévention de la dépendance 2016 [en ligne] (page consultée le 29/03/2019). Disponible sur : https://www.ensembleprevenonsladedependance.fr/wp-content/uploads/2016/02/GERONTOPOLE_equipe_fevrier_2016.pdf
16. Flandin S. Vidéo et analyse de l'activité. Jean-Marie Barbier; Marc Durand. *Encyclopédie d'analyse des activités* 2017, PUF, 193-205.
17. Folliguet M. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées. *Dossier personnes âgées*. Direction Générale de la santé 2006. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf
18. Gaudin C. Chaliès S. L'utilisation de la vidéo dans la formation professionnelle des enseignants novices, *Revue française de pédagogie* 2012 ; 178 :115-130.
19. Institut National d'Etudes Démographiques. La durée de vie en France 2018 [en ligne] (page consulté le 20 mars 2019). Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-duree-de-vie-en-france/>

20. INSEE, Personnes âgées dépendantes 2014 [en ligne] (page consulté le 19 avril 2019). Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
21. INSEE, Personnes âgées dépendantes 2018 [en ligne] (page consultée le 21 avril 2019). Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488>
22. IRDES, Vieillessement et santé 2018 [en ligne] (page consultée le 19 avril 2019). Disponible sur : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/vieillessement-et-sante.pdf>
23. Kandelman D., Petersen P.E., Ueda H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry* 2008 ; 28(6) : 224–236.
24. Koivogui A. Michelet A. Ndiaye G. et al. Etat bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes. *La Revue de Gériatrie* 2013 ; 38 (1) : 31-39.
25. Lacoste-Ferré M.H., Gendre C., Rapp L. et al. Amélioration de la santé orale chez des patients institutionnalisés Choix et validation d'un kit d'hygiène bucco-dentaire adapté au sein d'une USLD (unité de soins de longue durée). *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement* 2014; 12(3) :275-83.
26. Lacoste-Ferré M.H., Hermabessière S., Jézéquel F., Rolland Y. L'écosystème buccal chez le patient âgé. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement* 2013; 11(2) :144-50.
27. Lacoste M.H., Rolland Y., Vellas B. Les soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en EHPAD : du protocole à l'évaluation. *Alin&as* 2013 ; n°1 : 1-5.
28. Martin C. Ramos-Gorand M. Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpads privés en France : impact de l'environnement local et du salaire. *Economie et statistiques* 2017 ; n°493 : 53-70, DREES. Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2889938>

29. Moisy M. Les femmes vivent neuf mois de plus en bonne santé en 2017. *Etudes & Résultats*, 2018 ; n°1083, DREES. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1083.pdf>
30. Mormiche P., Boissonnat V. Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance ». *Revue française des affaires sociales* 2003 ; 267-285.
31. Petersen P.E., Kandelman D., Arpin S. et al. Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dental Health* 2010 ; 27 (Supplement 2) : 257–268.
32. Radoi L., Veille-Finet A., Folliguet M. Bucco-dentaire Santé bucco-dentaire et vieillissement, dans Trivalle Christophe (Dir.), *Gérontologie préventive* 2016 ; Elsevier Masson : 136-161.
33. Radoi L., Veille-Finet A., Dupuis V. Folliguet M. Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances. *La Revue de Gériatrie* 2016 ; Tome 41, n°1 : 5-16.
34. Séguier S., Bodineau A., Giacobbi A. et al. Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : répercussions sur la nutrition et la qualité de vie. *Commission de santé publique* 2009. Disponible sur : http://psa.auvergne.free.fr/news1_51/telechargement/pathologie_sujet_agees.pdf
35. Soel M., Miliauskaite A., Hassan M. et al. Diabète et santé bucco-dentaire. *Médecine des maladies Métaboliques* 2007 ; vol. 1 n°4 : 43-49.
36. Thomson W.M. Epidemiology of oral health conditions in older people. *Gerodontology* 2014 ; 31 (Suppl. 1) : 9–1.
37. URCAM Nord Pas-de-Calais. Les personnes âgées dépendantes hébergées en établissement (EHPAD) Etat de santé bucco-dentaire et organisation des soins. *Rapport de synthèse* 2006. Disponible sur : <https://docplayer.fr/5772232-Etat-de-sante-bucco-dentaire-et-organisation-des-soins.html>.
38. URCAM PACA, Synthèse de l'étude sur l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en maisons de retraite. *Synthèse et résultats* 2006. Disponible sur :

http://regies95.com/files/51113/8962/4961/Synthse_Sant_Bucco_Dentaire_Pers.Ages.pdf

39. World Health Organisation, Ageing and health 2018 [en ligne] (page consultée le 19 mars 2019). Disponible sur : <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

40. World Health Organisation, Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project 2002 [en ligne] (page consultée le 19 mars 2019). Disponible sur : <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Liste des sigles et des acronymes

APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA	Etablissement Pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ERVPD	Equipe Régionale Vieillessement et Prévention de la Dépendance
GIR	Groupe Iso-Ressource
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OHAT	Oral Health Assessment Tool
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SSI	Sécurité Sociales des Indépendants
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

**DEMARCHE ET REALISATION D'UN FILM DIDACTIQUE DE PREVENTION
BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

RESUME :

La santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes est préoccupante. L'intégration de la prévention bucco-dentaires à la prise en charge globale de l'individu ainsi que la formation des soignants à la santé orale sont des facteurs indispensables à son amélioration. Dans ce contexte, le gérontopôle du CHU de Toulouse a réalisé un film didactique. Ce projet, innovant dans ce domaine, permet l'apport de connaissances théoriques et pratiques. Cette thèse reprend les éléments de contexte qui ont conduit à son émergence. Elle aborde ses objectifs ainsi que les différentes étapes de sa réalisation, depuis le lancement jusqu'à la diffusion du film ainsi que le bilan du projet. Ce travail s'inscrit dans une démarche de description, d'analyse et de transmission de cette expérience.

TITRE EN ANGLAIS: Approach and realization of an educational film of oral prevention in dependent elderly persons

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS CLES : Personnes âgées dépendantes – santé bucco-dentaire — film didactique – prévention bucco-dentaire – pratiques professionnelles

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Pr Philippe KEMOUN

Co-directrice de thèse : Dr Marie-Hélène LACOSTE-FERRE