

Travail de Bachelor pour l'obtention du Diplôme Bachelor of Science HES-SO en
Soins Infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

Les soins buccodentaires en milieu gériatrique au sein du Réseau Santé Valais.

Quelle réalité pour les infirmières ?

Réalisé par : Suzi Carina Soares Sobral

En collaboration avec : Marie-Noëlle Baudin

Promotion : Bachelor 06

Sous la direction de : Mme Emmanuelle Coquoz

Ardon, 6 juillet 2009

REMERCIEMENTS :

Je souhaite remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont rendu mon travail de recherche possible. Tout particulièrement :

- Madame Emmanuelle Coquoz, ma directrice de recherche et professeur à la HES-SO en soins infirmiers, pour sa disponibilité, sa patience, son soutien et ses nombreux conseils avisés qui m'ont guidé durant la réalisation de mon Travail Bachelor.
- Madame Chris Schoepf, responsable des cours de méthodologie à la HES-SO en soins infirmiers, qui a su m'apporter les connaissances méthodologiques nécessaires à l'élaboration de cette recherche.
- Les infirmiers(ères) qui ont accepté de participer aux entretiens de recherche et sans lesquels ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Merci de m'avoir consacré un peu de votre précieux temps.
- Cindy Perruchoud, une collègue de volée, pour sa précieuse aide informatique. Merci pour la table des matières !
- Marie-Noëlle Baudin, ma collègue et partenaire pour ce Travail Bachelor, avec qui j'ai traversé des étapes aussi sinueuses qu'enrichissantes. Merci pour ta présence rassurante, ton soutien et ta collaboration.
- Mes parents et ma sœur qui m'ont encouragé, accompagné et soutenu depuis le début de ma formation en soins infirmiers. C'est grâce à vous qu'aujourd'hui, je peux réaliser mon rêve. Devenir infirmière !

A vous tous, qui de près ou de loin, visibles ou invisibles m'avez soutenue, encouragée, motivée et aidée durant l'élaboration de mon Travail Bachelor, j'aimerais vous offrir un chaleureux MERCI. Ce travail n'aurait pas pu être ce qu'il est sans vous!

RESUME :

Ce Bachelor Thesis, réalisé par Marie-Noëlle Baudin et moi-même, s'inscrit dans le cadre de l'obtention de notre diplôme d'infirmière. Le thème choisi est celui des soins buccodentaires, soin essentiel pour la qualité de vie du client et en lien direct avec le rôle autonome de l'infirmière.

Cette recherche qualitative de nature exploratoire vise à identifier comment les infirmières incluent les soins buccodentaires dans leur pratique professionnelle, pour les clients en perte d'autonomie pour ce soin en particulier.

Cette enquête a été menée au sein du Réseau Santé Valais, auprès d'infirmières travaillant dans les services de gériatrie, médecine et soins palliatifs. Sur la base de multiples recherches dans la littérature et après retranscription des données récoltées à partir d'entretiens semi-directifs, il nous a été possible de répondre à notre question centrale de recherche ainsi qu'aux quatre hypothèses formulées.

Voici un bref aperçu des résultats de notre recherche :

- Les infirmières ont un rôle clé dans l'équipe soignante, quant au maintien et à l'amélioration de l'état buccal du client et à son retentissement sur sa qualité de vie.
- La majorité des infirmières ne voient pas la nécessité d'une formation continue dans le domaine des soins buccodentaires.
- Les infirmières ignorent l'existence d'outil d'évaluation de la cavité buccale.
- Aucune technique de soin unifiée n'est utilisée, chacune procède selon son expérience professionnelle et selon ses habitudes.
- Les soins buccodentaires non thérapeutiques sont ainsi très peu visibles dans les soins infirmiers.

MOTS CLES :

Soins buccodentaires, gériatrie, personne âgée, client dépendant, rôle infirmier, soins infirmiers, qualité des soins, échelle d'évaluation, protocole, formation initiale et continue.

Les opinions émises dans ce document n'engagent que l'auteure.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	7
1.1. CONTEXTE	8
1.1.1. <i>Soins buccodentaires dans la promotion Bachelor 06</i>	9
1.1.2. <i>Enquête effectuée auprès des étudiants Bachelor 06</i>	11
1.2. MOTIVATIONS.....	12
1.2.1. <i>Motivations personnelles</i>	12
1.2.2. <i>Motivations socioprofessionnelles</i>	13
1.2.3. <i>Motivations économiques et politiques</i>	15
1.3. COMPETENCES EN REGARD DE MON OBJET D'ETUDE.....	17
1.4. OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE	19
2. PROBLEMATIQUE	20
2.1. QUESTION DE RECHERCHE	25
2.2. HYPOTHESES	25
2.3. OBJECTIFS.....	26
2.3.1. <i>Objectif général</i>	26
2.3.2. <i>Objectifs spécifiques de recherche</i>	26
3. CADRES DE REFERENCE	27
3.1. LA BOUCHE	27
3.1.1. <i>Anthropologie de la bouche</i>	27
3.1.2. <i>Processus digestif se déroulant dans la bouche</i>	29
3.1.3. <i>Les troubles dentaires et buccaux</i>	31
3.2. LES SOINS BUCCODENTAIRES	38
3.2.1. <i>Technique de soins</i>	38
3.2.2. <i>Grille d'évaluation</i>	39
3.3. LA PERSONNE AGEE.....	42
3.3.1. <i>La gériatrie</i>	42
3.3.2. <i>Le vieillissement</i>	43
3.3.3. <i>Autonomie et dépendance</i>	45
3.4. L'INFIRMIERE.....	47
3.4.1. <i>Histoire des soins</i>	47
3.4.2. <i>Définitions du rôle infirmier</i>	52
3.4.3. <i>Champs d'activité de l'infirmière</i>	54
3.4.4. <i>Le rôle spécifique de l'infirmière en gériatrie</i>	55
3.4.5. <i>Rôle autonome, rôle délégué</i>	56
3.4.6. <i>Modèle de soin de Dorothy Orem</i>	58
3.5. QUALITE DES SOINS INFIRMIERS.....	63
3.5.1. <i>Processus de soins infirmiers</i>	66
3.5.2. <i>Diagnostics infirmiers</i>	71
3.5.3. <i>Recommandations de bonne pratique</i>	72

4. METHODOLOGIE	75
4.1. TYPE DE RECHERCHE.....	75
4.2. METHODE D'INVESTIGATION.....	76
4.3. ECHANTILLONNAGE.....	77
4.4. CONSTRUCTION DE L'OUTIL	78
4.5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	79
4.6. PRINCIPES ETHIQUES ET PROTECTION DES DONNEES.....	79
5. ANALYSE	81
5.1. AVANT-PROPOS.....	82
5.2. HYPOTHESE 1	84
5.2.1. <i>Formation initiale</i>	84
5.2.2. <i>Formation continue</i>	91
5.3. HYPOTHESE 2	94
5.3.1. <i>Outils d'évaluation</i>	94
5.3.2. <i>Diagnostics infirmiers</i>	101
5.3.3. <i>Protocoles</i>	103
6. SYNTHESE DES RESULTATS	105
6.1. VERIFICATION DES QUATRE HYPOTHESES	105
6.2. RETOUR SUR LA QUESTION CENTRALE DE RECHERCHE.....	108
6.2.1. <i>Conditions</i>	109
6.2.2. <i>Obstacles</i>	110
6.3. ATTEINTE DES OBJECTIFS.....	111
6.3.1. <i>Atteinte des objectifs spécifiques de recherche</i>	111
6.3.2. <i>Atteinte de l'objectif général</i>	113
7. DISCUSSION	114
7.1. VALIDITE INTERNE DE LA RECHERCHE	114
7.1.1. <i>Choix du thème et du cadre de référence</i>	114
7.1.2. <i>Méthode d'investigation</i>	115
7.1.3. <i>Echantillonnage</i>	115
7.1.4. <i>Analyse</i>	116
7.2. VALIDITE EXTERNE DE LA RECHERCHE	116
7.3. REFLEXIONS ET INTERROGATIONS.....	117
8. CONCLUSION	119
8.1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	119
8.2. FACILITES ET DIFFICULTES.....	120
8.3. APPORTS PERSONNELS DE LA RECHERCHE	122
8.4. APPORTS PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE	123
8.4.1. <i>Recherches futures</i>	123

9. BIBLIOGRAPHIE	125
9.1. LITTERATURE	125
9.2. ARTICLES, REVUES, BROCHURES	127
9.3. ETUDES.....	129
9.4. DOCUMENTS DE COURS	129
10. CYBEROGRAPHIE.....	130
11. ANNEXES	137
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE CONCERNANT LES SOINS BUCCODENTAIRES	138
ANNEXE II : ANATOMIE, PHYSIOLOGIE DE LA BOUCHE ET PROTHESES DENTAIRES	139
ANNEXE III : PROTOCOLE CONCERNANT LE SOIN DE BOUCHE SELON LE GUTS	149
ANNEXE IV : REFERENTIEL DE COMPETENCES DE LA FILIERE EN SOINS INFIRMIERS ..	153
ANNEXE V : STANDARDS DE SOINS	156
ANNEXE VI : CARACTERISTIQUES DE DIVERS NIVEAUX DE QUALITE DES SOINS	159
ANNEXE VII : LETTRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE	160
ANNEXE VIII : LETTRE D'INFORMATION	161
ANNEXE IX : GRILLE D'ENTRETIEN	163

1. Introduction

Je suis étudiante en dernière année de formation à la HES-SO filière soins infirmiers. Je réalise ce travail de fin d'étude dans le cadre de ma formation Bachelor, dans le but d'obtenir mon diplôme intitulé Bachelor of Science en Soins Infirmiers.

Selon le cadre de référence du Travail Bachelor¹, il s'agit d'une initiation au travail de recherche qui me permet un questionnement sur une situation m'ayant posé problème, ainsi que sur l'utilisation de cadres théoriques, l'application d'une méthode, l'entraînement à l'analyse de données et à l'argumentation, la défense du thème travaillé et de ses conclusions.

Le sujet que j'aborde dans cette étude concerne les soins buccodentaires prodigués par les infirmières² aux clients³ en milieu gériatrique. Ma recherche se fera donc dans deux unités de soin gériatrique. Les personnes interrogées sont des infirmières qui travaillent dans ces unités auprès de clients hospitalisés ne souffrent pas de déficits cognitifs et dépendants⁴ pour ce soin. Afin d'obtenir les informations nécessaires à la réussite de mon travail, j'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs⁵ auprès de six infirmières.

Selon les options proposées dans le cadre du Travail Bachelor, nous sommes deux étudiantes⁶, Marie-Noëlle Baudin et moi-même, à travailler sur le même sujet. Nous avons décidé d'organiser notre recherche comme suit : ma collègue mène une enquête sur les soins buccodentaires prodigués par les infirmières aux patients dépendants pour ce soin en milieu palliatif/médecine et moi j'effectue ma recherche en milieu gériatrique.

¹ HES-SO. Haute école spécialisée de Suisse orientale. *Haute école cantonale valaisanne de la santé. Plan d'étude cadre Bachelor.* octobre 2006 [html]. Adresse URL : <http://intranet.hevs.ch/index.asp?nocategorie=26&nolangue=1&noDomaine=3&ContenuMenuNiveaux=479&NoMenuCollabo=&MenuNiveaux=222x466x479x0>

² Je souhaite préciser que pour ce travail, j'utilise le féminin par souci de simplification. Le terme infirmière ou soignante désigne les professionnels des deux sexes.

³ Afin d'éviter des redondances, j'ai choisi d'utiliser les termes de client ou patient.

⁴ Par dépendant, je fais référence aux clients ayant besoin d'aide pour les soins personnels d'hygiène corporelle. Cette situation peut être momentanée ou permanente.

⁵ L'outil que j'ai utilisé, l'entretien semi-directif, sera explicité sous la section méthodologie.

⁶ Selon le document intitulé : HES-SO. Haute école spécialisée de Suisse orientale. Haute école cantonale valaisanne de la santé. *Travail de Bachelor (Bachelor Thesis) Cadre général de réalisation et de validation.* octobre 2007, p. 6.

Selon les options proposées dans le cadre du Travail Bachelor, celui-ci peut prendre trois formes soit : « Une revue de littérature étoffée à partir d'une question précise, située dans un contexte de soins donné. » « La participation à une recherche menée par un-e professeur-e de l'institution de formation ou de soins » « Un projet de groupe accompagné par un-e professeur-e ». En ce qui me concerne, je me suis orientée vers la troisième proposition, c'est-à-dire « Un projet de groupe accompagné par un-e professeur-e ».

Notre choix s'est portée sur ces trois services, par affinité personnelle et également parce que ce sont des séjours hospitaliers plus longs, et donc susceptibles de rencontrer des personnes présentant des problèmes buccodentaires. Je tiens aussi à préciser que certains cadres de référence sont communs avec ceux de Marie-Noëlle et d'autres me sont propres.

Me situant dans une recherche qualitative de nature exploratoire, mon objectif prioritaire est donc d'identifier comment les infirmières incluent les soins buccodentaires dans leur pratique professionnelle de prise en charge globale, pour des patients en perte d'autonomie pour ce soin.

A la suite, j'explique ma démarche de travail, ainsi qu'un descriptif des soins buccodentaires. Suite à l'introduction, j'énonce mes motivations d'un point de vue personnel, socioprofessionnel et économique-politique. Elles montrent mon intérêt pour ce sujet et clarifient mon orientation. Puis, je poserai la problématique dans laquelle est mise en avant la description du problème qui est à l'origine de mon questionnement suite aux informations obtenues lors de la phase exploratoire.

1.1. Contexte

Les soins buccodentaires s'inscrivent dans les soins d'hygiène de base et font partie du rôle autonome de l'infirmière. Dans un premier temps, je souhaite identifier quelle place occupent les soins buccodentaires dans la pratique infirmière.

Après plusieurs réflexions issues de nos lectures et d'un entretien exploratoire⁷, nous avons élaboré la question de départ suivante :

Quels sont les moyens et les ressources utilisés par les infirmières travaillant auprès de clients dépendants dans les milieux de gériatrie, de médecine et de soins palliatifs pour prodiguer des soins de bouche de qualité ?

Selon la définition du GUTS⁸, le soin de bouche consiste à nettoyer la cavité buccale, chez un client ne pouvant pas effectuer ce soin lui-même et dont les objectifs⁹ sont :

- maintenir une bonne hygiène buccale et assurer le confort

⁷ Entretien exploratoire réalisé avec une infirmière travaillant dans le milieu gériatrique.

⁸ Groupe d'unification des techniques de soins.

⁹ Objectifs tirés du GUTS : Groupe d'unification des techniques de soins, Hôpitaux de stages, U.H.H de l'ICHV et EVSI, section hygiène et confort, novembre 2001.

- contrôler et stimuler la capacité fonctionnelle de la cavité buccale
- prévenir les infections et/ou autres complications

Dans la pratique professionnelle, les soins buccodentaires se répartissent en deux catégories :

- Les soins thérapeutiques : « Les soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que besoin d'aide instrumentales, sont accomplis sur prescription médicale ». « Elle est réalisé à visée curative, parfois préventive et comprend l'application de produit médicamenteux : antibiotique, etc¹⁰ ».
- Les soins non thérapeutiques : « Les soins de bouche non médicamenteux relèvent du rôle propre de l'infirmier. Ils sont liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, ils visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'une personne ou d'un groupe de personnes. L'infirmier accomplit cet acte en visant notamment à assurer le confort du patient, son éducation et celle de son entourage. Ils peuvent être réalisées en collaboration avec l'aide-soignante¹¹ ».

Ma recherche sera orientée sur les soins buccodentaires non thérapeutiques. J'ai choisi spécifiquement cette catégorie, car elle dépend du rôle autonome de l'infirmière.

1.1.1. Soins buccodentaires dans la promotion Bachelor 06

Afin d'exposer mes connaissances actuelles sur les soins buccodentaires, je détaille ci-dessous les cours de ma promotion faisant référence aux soins buccodentaires.

La formation Bachelor en soins infirmiers a débuté à l'HES-SO Valais avec ma promotion Bachelor 06. Concernant l'enseignement pratique sur les soins buccodentaires, j'ai bénéficié en année préparatoire¹², d'un atelier d'une demi-journée sur les soins d'hygiène. En se référant au protocole du soin décrit dans le GUTS, notre professeur nous a démontré l'utilisation du matériel. Nous nous sommes exercés à manier un tampon monté sur une pince Kocher. L'évaluation de la cavité buccodentaire se résumait à des muqueuses humides et une langue rose. Jusqu'à maintenant, dans le cursus d'étude, nous n'avons jamais eu connaissance d'une grille d'évaluation nous permettant une évaluation se basant sur des faits observables.

¹⁰ MACREZ, Annick, CHOUAID, Christos, COSQUER, Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

¹¹ Ibid.

¹² Année qui précède les trois années Bachelor.

En première année Bachelor, lors d'un enseignement théorique sur l'importance du soin de bouche dans le module « Fin de vie » dans le cours « Les soins de fin de vie¹³ », j'ai appris la nécessité de prodiguer fréquemment des soins de bouche pour le confort du patient. Durant ce même module, j'ai reçu un enseignement sur « la compréhension des manifestations cliniques » en fin de vie¹⁴. Une des démarches thérapeutiques concernant les nausées/vomissements, l'anorexie et la cachexie consiste à assurer une bonne hygiène buccale.

En deuxième année, dans le module « Soins palliatifs » dans le cours « Ethique: autour de l'hydratation et de la nutrition¹⁵ », j'ai appris l'importance d'une bonne hygiène buccale pour favoriser une alimentation adéquate ainsi que l'importance du soin de bouche pour hydrater les muqueuses.

Dans le module oncologie dans le cours sur les cytostatiques¹⁶ chapitre « Soins infirmiers et effets secondaires » nous avons abordé les soins préventifs et thérapeutiques par rapport à la toxicité des cytostatiques sur les muqueuses buccales.

Lors de mes stages pratiques¹⁷ aucun des services fréquentés n'utilisaient une grille d'évaluation de la cavité buccodentaire. Le GUTS est à disposition des soignants qui souhaitent utiliser comme référence la feuille technique du soin de bouche.

A chacun de mes stages, l'organisation était similaire. Lors d'une prise en charge globale du client, le soin de bouche faisait partie des soins d'hygiène et il était pratiqué par le soignant, quelle que soit sa formation professionnelle¹⁸.

En ce qui concerne la formation dispensée aux Assistantes en soins et santé communautaire (ASSC), qui se déroule sur trois ans, les étudiants reçoivent en première année un enseignement théorique/pratique de deux heures concernant les soins de bouche simples.

¹³ Module 1005. La fin de vie et la mort. Cours reçu le 23 février 2007, intitulé « Les soins de fin de vie » par Mme Emmanuelle Coquoz.

¹⁴ Module 1005. La fin de vie et la mort. Cours reçu le 22 février 2007, intitulé « Les soins de fin de vie, pour une compréhension des manifestations cliniques », par Mme Chris Schoepf.

¹⁵ Module 2005. Soins palliatifs. Cours reçu le 10 avril 2008, intitulé « Ethique : Autour de l'hydratation et de la nutrition », par Mme Emmanuelle Coquoz et Mme Catherine Ferrari.

¹⁶ Module 2007. Soins infirmiers en oncologie. Cours reçu le 13 mars 2008, intitulé « Les cytostatiques », par Mme Florence Giroud et Mme Monique Gex-Fabry.

¹⁷ Formation pratique : Gériatrie, Maternité, Médecine, EMS, Pédiatrie, Chirurgie orthopédique, Urgences, Chirurgie générale.

¹⁸ Infirmière, infirmière assistante, aide-soignante, assistante en soins et santé communautaire (ASSC).

En deuxième année, à nouveau deux heures théoriques/pratiques concernant les soins complexes. La référence est la feuille des techniques de soins du GUTS.

Le soin de bouche est un acte de base qui s'inscrit dans les soins d'hygiène. Dès la première année de formation, nous sommes amenées à prodiguer des soins buccodentaires thérapeutiques ou non thérapeutiques.

Dans les modules cités précédemment, les bienfaits des soins de bouche ont été relevés. Toutefois, je constate un manque d'informations sur les caractéristiques d'une bouche saine et les conséquences néfastes d'une mauvaise hygiène buccale sur la santé globale.

Sensibilisée au confort que procure un soin de bouche, je souhaiterais posséder ou acquérir plus de connaissances à ce sujet pour me sentir à l'aise dans la pratique du soin de bouche.

1.1.2. Enquête effectuée auprès des étudiants Bachelor 06

Notre souhait au travers de cette enquête était d'identifier la pratique des soins buccodentaires sur les différents lieux de stage. Nous avons ainsi envoyé par e-mail un questionnaire¹⁹ à nos collègues étudiants, afin qu'ils effectuent des observations sur les soins buccodentaires, ceci durant leur cinquième stage en dernière année de formation. Nous avons reçu en retour vingt-trois questionnaires, répartis selon les lieux de stage suivants : sept personnes ont effectué leur stage au CMS²⁰, deux en EMS²¹, huit dans des services aigus (urgences, soins intensifs, soins continus) et les six derniers sont répartis entre la médecine, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie et SUVA²².

L'analyse de ces questionnaires a démontré les résultats suivants :

- Les soins non thérapeutiques sont bien effectués, sauf dans les services d'urgences, leur fréquence varie de deux à trois fois par jour.
- Les soins thérapeutiques sont également effectués. Leur fréquence dépend du traitement prescrit.
- Les soins buccodentaires sont généralement intégrés dans les soins d'hygiène de base, mais ils ne sont pas évaluables dans les CMS, où généralement ce n'est pas l'infirmière qui exécute les soins d'hygiène.

¹⁹ Celui-ci se trouve en annexe. Annexe I.

²⁰ CMS. Centres médicaux-sociaux.

²¹ EMS. Etablissements médicaux-sociaux.

²² SUVA. Clinique romande de réadaptation.

- L'évaluation de l'état buccal lors de l'admission est effectuée six fois dans les EMS et les CMS et une seule fois dans un service du RSV²³.
- En ce qui concerne l'utilisation d'une grille d'évaluation de l'état buccal, d'un protocole et d'une technique spécifique, les résultats sont les suivants : Une grille d'évaluation a été utilisée une fois, un protocole quatre fois et la technique spécifique trois fois.
- Pour l'exécution du soin, dans la majorité des cas, c'est le soignant qui a la charge du patient, qui exécute ce soin²⁴. Il est délégué deux fois aux ASSC et aux aides-soignantes.

A partir des observations effectuées lors de ce stage, nous pouvons déduire que les soins de bouche non thérapeutiques sont inclus dans les soins d'hygiène de base. Ils seraient donc effectués au minimum une fois par jour, lors de la toilette du matin. La fréquence des soins thérapeutiques est dépendante du traitement. Les soins buccodentaires sont rarement délégués.

L'évaluation de l'état buccal à l'admission se fait dans les EMS et CMS, mais dans aucun des services du RSV. L'utilisation de grille d'évaluation est mentionnée une seule fois, quatre lieux de stage ont un document de référence, et deux lieux ont une technique de soins spécifique. Cette enquête nous a permis de nous faire une idée de la réalité sur le terrain et d'effectuer un petit état des lieux. Elle ne peut en aucun cas être généralisée.

1.2. Motivations

1.2.1. Motivations personnelles

Lors de ma formation pratique dans différents services du RSV, j'ai été particulièrement sensibilisée et motivée par le domaine de la gériatrie. Pour moi, travailler en gériatrie c'est se trouver devant la fragilité de nos « anciens », c'est rencontrer d'autres besoins, c'est d'échanger avec eux de belles leçons de vie.

Les personnes âgées m'ont beaucoup offert, par leur histoire de vie, leur vécu. Avec elles, j'ai vécu de beaux moments de tendresse et de leçons de courage. Je les admire car celles-ci font face à de nombreux deuils.

²³ RSV = Réseau Santé Valais.

²⁴ En tous vingt et une fois.

L'infirmière, dans sa pratique autonome, est garante de la qualité des soins et de la qualité de vie de ses clients. Le but étant d'assurer au mieux leur bien-être. C'est donc tout naturellement, que j'ai orienté mon travail de recherche vers un soin de confort, un soin d'hygiène, plus spécifiquement les soins buccodentaires.

Les soins buccodentaires non-thérapeutiques font partie intégrante du rôle autonome de l'infirmière. Cet acte vise à compenser partiellement ou totalement un manque, afin d'assurer le confort du client.

De part mes observations et certaines lectures²⁵, il résulte une certaine réticence des infirmières face à ce soin. Les perceptions sensorielles désagréables comme l'odeur et l'aspect de la bouche du client ainsi que le refus du soin entrent parfois en jeu. Mais ce soin joue un rôle majeur sur la qualité de vie du client, sur sa dignité, ce qui est pour moi primordial.

1.2.2. Motivations socioprofessionnelles

Les situations professionnelles présentées ci-dessous sont toutes issues de ma pratique ainsi que de mes observations personnelles lors des stages.

Dès mon premier stage de formation pratique (année préparatoire) en gériatrie, j'ai prodigué des soins buccodentaires thérapeutiques²⁶ et non thérapeutiques²⁷ auprès de clients dépendants.

²⁵ Liste des lectures sur la réticence de ce soin :

MASSON. *L'infirmière et les soins palliatifs "Prendre soin" : éthique et pratique*. Paris : Masson, 1999, chapitre 6, p. 146 -152.

COSTEJA, Nadine. « Soins de bouche aux personnes âgées : Réflexion sur un vécu de soignants ». *Gerosante.org. Le site des professionnels de la gériatrie et de la gérontologie* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/soins-bouche.pdf>.

PEDRO da SILVA, Valérie, DESMARET, Valérie, TRIVALLE, Christophe. Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs. *Revue : Soins gérontologies*. 2005, n° 51, p. 36-39.

²⁶ Partie de la médecine qui s'occupe des moyens propres à guérir ou à soulager les malades. Ce terme est souvent employé de façon incorrecte comme synonyme de traitement.

Définition tirée du dictionnaire : GARNIER M., DELAMARE J. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Ed. Maloine, Paris 2004.

« Le soin de bouche, avec application de produits médicamenteux, est réalisé sur prescription médicale. Il contribue ainsi à la prévention de l'infection, des troubles de la nutrition, du dessèchement des lèvres et de la cavité buccale, et au maintien de l'intégrité des muqueuses. »

PEDRO da SILVA, Valérie, DESMARET, Valérie, TRIVALLE, Christophe. Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs. *Revue : Soins gérontologies*. 2005, n° 51 p. 36-39.

²⁷ « Le soin de bouche non médicamenteux est un soin qui relève du rôle propre infirmier pouvant être réalisé en collaboration avec les aides-soignantes, etc., il vise à compenser partiellement ou totalement une absence ou une diminution de l'autonomie de la personne, etc. »

C'est grâce à un atelier pratique sur les soins d'hygiène, qui avait été donné durant mon année préparatoire, basé essentiellement sur la manipulation du matériel, que j'ai appris ce soin. Cependant, la pratique de celui-ci sur une personne ne s'est faite que lors de mon premier stage.

Lors de ce stage, j'ai pris en charge un client qui ne s'alimentait plus convenablement. Le client en question souffrait d'un cancer stade terminal et donc son état général était diminué. Lors de la toilette du matin, j'ai proposé de lui prodiguer des soins buccodentaires, à ce moment, son non-verbal a été très clair pour moi, il avait de l'appréhension. Il grimaçait et fermait vigoureusement la bouche, comme chez un enfant à qui on veut faire avaler un aliment qu'il n'aime pas. Il avait la même réaction, mais pourquoi ? Pourquoi toute cette crainte ? Je ne comprenais pas sa réticence. J'ai pensé : C'est la première fois que je prodigue des soins à ce client, il ne me connaît pas et il sait que je suis étudiante en année préparatoire. Est-ce pour cela qu'il est si craintif ? Après avoir longuement parlé avec lui, il accepte donc d'ouvrir la bouche afin que je lui prodigue des soins buccodentaires. Ce que j'ai constaté c'est que, en raison d'une perte de poids importante ses prothèses dentaires n'étaient plus ajustées correctement et celles-ci lui occasionnaient des lésions au niveau de ses gencives. Lorsque j'ai transmis à mes collègues l'état de la bouche de ce client, elles m'ont dit ne pas être au courant car aucune plainte n'avait été prononcée par celui-ci. Ce qui m'a fortement interpellé. Un client doit-il se plaindre pour qu'une infirmière lui prodigue des soins ? Pourquoi dans certains contextes les soins dits de « bases » sont-ils négligés ? Et qu'elles sont les mesures d'évaluation de l'état buccodentaire ?

Je base encore ma réflexion sur des faits entendus lors d'un stage en chirurgie. Je m'occupais d'un monsieur âgé dépendant ; tout naturellement après un repas, je lui ai proposé d'effectuer ses soins de bouche. Et il m'a répondu²⁸ : Vous avez lu dans mes pensées. Je vous remercie de l'avoir proposé parce qu'en fait, je n'ose plus demander. Surprise, je lui demande pourquoi. Il me répond²⁹ : Et bien lors de ma dernière hospitalisation, j'ai demandé à une infirmière si elle pouvait me faire les soins de bouche et elle m'a répondu qu'elle n'avait pas le temps. Je me suis senti gêné, vous savez. Depuis, je n'ose plus demander. Ce témoignage m'a interpellé. Quelles sont les raisons qui font que ce soin reste négligé par les infirmières ? Est-ce le facteur temps ?

PEDRO da SILVA, Valérie, DESMARET, Valérie, TRIVALLE, Christophe. Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs. *Revue : Soins gérontologies*. 2005, n° 51 p. 36-39.

²⁸ Le texte que je cite est une retranscription non intégrale des dires du client.

²⁹ Le texte que je cite est une retranscription non intégrale des dires du client.

A partir de ce constat, en tant qu'étudiante en soins infirmiers et future professionnelle, j'ai l'envie de sensibiliser les soignants, surtout les infirmières, à prodiguer des soins de bouche adaptés au patient de manière systématique. Mais comment les sensibiliser ? Et moi ? Est-ce que je donne des soins buccodentaires de qualité ? Quels sont tous les signes qui me font dire que la cavité buccale de ce client est saine ou pas saine ?

J'ai également constaté que les transmissions infirmières orales ou écrites sur les soins de la cavité buccale ne sont pas toujours transcrites, sauf s'il y a un traitement thérapeutique, qui appartient par conséquent au rôle délégué³⁰, pour une affection particulière³¹. Ce manque de visibilité nuit-il à la continuité de ce soin ?

1.2.3. Motivations économiques et politiques

Des facteurs socio-économiques et politiques peuvent limiter l'accès aux soins dentaires puisque, actuellement, ceux-ci ne sont pas pris en charge par les assurances sociales dans notre pays. En effet, la loi fédérale Suisse n'inclut pas les soins buccodentaires dans les soins de base reconnus par la LAMal³², à quelques rares exceptions près.

L'article 31 dit que : « L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires: s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Elle prend aussi en charge les coûts du traitement des lésions du système de la mastication causées par un accident³³ ». L'article 32 dit que : « Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement³⁴ »

³⁰ Le rôle délégué dans ce cas correspond à l'activité que les infirmières exercent auprès des clients sur décision médicale.

³¹ Par affection particulière je sous-entends certaines pathologies associées à la bouche. En cas de candidose et d'ulcère buccal, par exemple.

³² Loi de l'assurance maladie.

³³ Confédération Suisse. Article 31, soins dentaires. 2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a31.html

³⁴ Confédération Suisse. Article 32, conditions. 2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a32.html

Selon l'ordonnance du DFI³⁵ sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, à l'art. 7 *Définition des soins - soins de base*, il est clairement écrit : aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche³⁶.

Je constate que dans notre législation suisse le terme de soin de bouche est spécifié et s'inscrit dans la définition des soins de base.

Les soins de base dépendent du rôle autonome de l'infirmière, c'est une des motivations qui m'a amené à effectuer ce travail de recherche orienté sur les compétences professionnelles du rôle infirmier. J'espère au travers de cette recherche promouvoir auprès des infirmières, l'importance du soin de bouche, et son intégration systématique dans les soins de base.

Selon l'office fédéral des statistiques³⁷, en 2006 un ménage suisse dépense le 6% de son revenu brut pour le paiement des primes à l'assurance maladie, en comparaison il dépense 7% pour l'alimentation.

Selon un article de la Revue Médicale Suisse³⁸ un mauvais état buccodentaire, et surtout une hygiène négligée peuvent devenir un facteur de risque pour la santé générale et la qualité de vie. Les complications liées aux affections buccodentaires, particulièrement les pathologies pulmonaires (la pneumonie) et cardiaques (l'endocardite infectieuse)³⁹ peuvent occasionner une prolongation du séjour hospitalier, ce qui engendre des coûts supplémentaires pour le patient et pour la collectivité publique.

La maîtrise des coûts de la santé est une problématique qui concerne toute la population, la confédération, les cantons qui sont les propriétaires des établissements hospitaliers, les assurances sociales, les fournisseurs de soins ainsi que les individus qui utilisent ces prestations.

³⁵ Département Fédéral de l'intérieur.

³⁶ Confédération Suisse. Département Fédéral de l'Intérieur. 832.112.31. *Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie*. [en ligne]. 1995 état 1^{er} août 2008. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_112_31/index.html#id-1.

³⁷ Office fédéral des statistiques. Communiqué de presse. Situation économique est sociale de la population. [en ligne]. 2006. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/medienmitteilungen.Document.110520.pdf>

³⁸ RIESEN, M., CHUNG, J.-P., PAZOS, E., BUDTZ-JORGENSEN, E. Interventions buccodentaires chez les personnes âgées. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2002, revue n° 586, p. 1-12.

³⁹ Les complications liées aux affections buccodentaires sont développées sous la section 3.1.3

1.3. Compétences en regard de mon objet d'étude

Cette recherche va me permettre d'avancer dans mon processus d'apprentissage, car il me permet de travailler plusieurs compétences⁴⁰ utiles. Je développe ci-dessous celles que je pense approfondir au travers de mon Travail Bachelor :

Compétence 5 : Contribuer à la recherche en soins et en santé.

- *Utiliser et partager des résultats de recherches dans sa pratique*

Dans le cadre de mon Travail Bachelor, j'ai l'intention de répondre à ma question centrale de recherche, en analysant les données recueillies⁴¹ grâce à des concepts⁴² et à une méthode précise. Suite à cela, je partagerai mes résultats avec mon directeur de recherche puis, à la soutenance, avec les experts et les personnes présentes.

- *Participer à des projets de recherche en respectant les principes éthiques*

Depuis le début de la démarche, je suis au courant des conditions qui sont nécessaires pour effectuer ma recherche de manière à respecter les principes éthiques⁴³. Le respect et la dignité de la personne ont guidé ma recherche. Lors d'un cours une brochure⁴⁴ de l'ASI⁴⁵ a été donnée à toute la promotion.

- *S'initier à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain*

En effectuant cette étude, je développe cette sous-compétence. En effet, après avoir choisi un thème de départ, la première étape fut de faire une recherche exploratoire. Pour se faire j'ai fait diverses lectures dans la littérature disponible. Une partie très théorique qui m'a permis de cibler ma recherche.

⁴⁰ A partir du référentiel des compétences de la filière en soins infirmiers.

⁴¹ Les données recueillies sont en lien avec le résultat des entretiens ainsi que les lectures exploratoires.

⁴² « Abstraction reposant sur l'observation de comportements ou de caractéristiques (stress ou douleur, par exemple) ou sur les déductions qu'on en tire ».

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives. ERPI, Québec 2007, p. 35.

⁴³ Ce point ci sera développé spécifiquement sous la section Méthodologie. Chapitre 4.

⁴⁴ KESSERLING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche: principes éthiques*. Secrétariat central ASI. Berne, 1998.

⁴⁵ Association des soins infirmiers.

- *Participer au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement.*

Par la réalisation de ce travail, je participe au développement des connaissances infirmières basées sur des fondements scientifiques. Tout en étant consciente que cette étude, étant mon premier travail de recherche, ne pourra prétendre égaler la qualité des études effectuées par les chercheuses professionnelles. J'espère également que les résultats pourront intéresser les futurs lecteurs de ma recherche.

Compétence 8 : Participer aux démarches qualité

- Evaluer la qualité des soins et mesurer la satisfaction de la clientèle.

Afin de promouvoir le soin buccodentaire, l'infirmière doit être capable de définir la nécessité du soin et d'évaluer ses bienfaits. Cette promotion de la santé s'exerce auprès de clients autonomes ou dépendants, afin d'obtenir leur collaboration pour prodiguer un soin de qualité, apprécié par la clientèle.

- Utiliser des outils et procédures d'évaluation de la qualité et faire des propositions d'amélioration

Afin de favoriser l'application systématique de ce soin auprès du personnel soignant, il faut avoir des outils, tels que les grilles d'évaluation des soins buccodentaires ainsi que des protocoles. Ceux-ci serviront à évaluer la qualité de ce soin. J'espère arriver au travers de mes lectures et des entretiens à définir les besoins réels du terrain.

- Fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

En effectuant cette recherche, j'espère faire preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils existant, ainsi que sur les résultats obtenus sur le terrain.

Compétence 9 : Exercer sa profession de manière responsable et autonome

- Intégrer régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique.

Au travers de mes lectures, j'ai découvert l'existence d'une grille d'évaluation de la cavité buccale. Outil que je vais intégrer dans ma pratique professionnelle et qui me permettra d'évaluer, sur des faits concrets et observables, l'état buccodentaire du client.

- Prendre des initiatives et assume les décisions relatives à la pratique professionnelle.

Exposer à mes futurs collègues, la possibilité d'évaluer la cavité buccale à l'aide d'outils appropriés et proposer de les utiliser dans la pratique, au quotidien. Sensibiliser mes futures collègues, au travers de ma pratique professionnelle, aux bienfaits d'une bonne hygiène buccale.

1.4. Objectifs personnels d'apprentissage

- Organiser, gérer et cadrer des entretiens semi-directifs avec des professionnels du terrain.
- Analyser les données recueillies au cours des différents entretiens semi-directifs en les mettant en regard avec les cadres théoriques.
- Etre méthodique dans toute la réalisation de mon travail et respecter les délais impartis.
- Evaluer de manière critique les différentes étapes réalisées tout au long de mon Travail Bachelor, en prenant en considération mes points forts et mes points faibles.

2. Problématique

« Elle est belle, la bouche. Tout commence par elle, du premier cri à la première tétée, du premier baiser d'amour au dernier baiser d'adieu⁴⁶ »

La bouche est en relation avec tout le corps et notre état général y est totalement associé. Fonctions vitales, fonctions affectives, fonctions de communication, elle est le carrefour des échanges fondamentaux du corps humain.

Après avoir consulté de la littérature et quelques sites disponibles⁴⁷ sur le sujet des soins buccodentaires, je me suis rendue compte qu'il n'y a pas énormément d'ouvrages sur le thème⁴⁸. Mais tous sont unanimes, les problèmes buccodentaires occupent une place prioritaire dans les soins et l'infirmière joue donc un rôle fondamental ; celui d'une intervenante de première ligne dans le maintien de la bonne santé buccodentaire à tous les âges de la vie. En effet, comme le cite Caron Christian, dans le livre soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : « Les soins buccodentaires sont des soins intimes au même titre que les soins d'hygiène personnelle. Le soignant joue donc un rôle crucial quand vient le moment d'établir une routine de soins buccodentaires⁴⁹ ».

Les objectifs des soins buccodentaires sont multiples. Le soin vise à la prévention de la sphère buccale, à la réduction de la sévérité, à la diminution de la durée des affections et des complications. Il assure le bien-être du patient et le confort du patient. Le but est de maintenir la fonction essentielle de la respiration, une meilleure communication, une alimentation adéquate ainsi qu'une hydratation suffisante, en conservant ainsi sa capacité fonctionnelle⁵⁰, permettant au client une meilleure estime de soi⁵¹.

⁴⁶ HUGUEL, Hervé. *Soins de bouche en gériatrie*. Université René Descartes-Paris V. [en ligne]. 2005-2006. Adresse URL : <http://www.ehpad.org/Formation/Bibliotheque/Memoires/memoire-herve-huguel.pdf>.

⁴⁷ Les sites disponibles sur le sujet se trouvent au chapitre 10, Cyberographie.

⁴⁸ Par « Je me suis rendue compte qu'il n'y a pas énormément d'ouvrages sur le thème », je veux dire que je n'ai pas trouvé beaucoup d'études, ni de références de nature scientifique sur ce thème.

⁴⁹ CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 193-203.

⁵⁰ Lorsque la capacité fonctionnelle de la région buccodentaire est ébranlée, en cas d'aphtes par exemple, diverses fonction sont touchées. L'alimentation, l'hydratation, la respiration ainsi que la communication sont atteintes dû, principalement, à la douleur. Mes propos ne sous-entendent pas de généralisation.

⁵¹ « L'estime de soi est généralement définie comme l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, c'est-à-dire le degré de satisfaction de soi-même. » JENDOUBI, Verena. *Estime de soi et éducation scolaire*. Service de la recherche en éducation. [en ligne]. avril 2002. Adresse URL : <http://www.geneve.ch/SRED/publications/docsred/2002/EstimeSoi.pdf>

Mais, « l'hygiène buccale reste pourtant souvent un domaine négligé⁵² ». Les infirmières ressentent des difficultés à évaluer l'état buccodentaire et des difficultés à prodiguer des soins préventifs et curatifs. Elles n'ont pas toujours connaissance des objectifs à atteindre pour ce soin, ni des caractéristiques d'une bouche saine⁵³. En consultant la littérature, j'ai pu lire cette phrase : « Souvent les problèmes buccodentaires sont occultés par les problèmes médicaux qui sont aperçus comme plus urgents et plus évidents par le personnel soignant, les patients eux-mêmes et par la famille⁵⁴ ». Est-ce vrai ?

Pour prodiguer des soins de bouche de qualité, adaptés aux besoins de la clientèle, il est nécessaire de contrôler l'état buccal, en utilisant un outil simple d'évaluation de la sphère buccodentaire. L'outil qui est souvent mentionné est une grille d'évaluation nommée « Oral assessment guide » selon Eils et Nachnani⁵⁵. Il est décrit comme un outil simple, pratique et qui détermine un score qui définit l'état buccal du client. Celui-ci peut-être retranscrit en terme de diagnostic infirmier sous l'intitulé « Atteinte de la muqueuse buccale ». Les établissements des HUG⁵⁶ ont adapté leur propre grille à partir de l' « Oral assessment guide ». Selon le bulletin d'information du CAPP⁵⁷ du HUG, il est mentionné l'importance d'évaluer systématiquement l'état de la bouche à l'admission de chaque patient⁵⁸.

⁵² Unité de gérontopharmacologie clinique et la pharmacie des HUG, en collaboration avec les services de gériatrie, de pharmacologie et toxicologie cliniques. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *Bulletin d'information du CAPP* [en ligne]. décembre 2005, n° 37. Adresse URL : <http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf>.

⁵³ Caractéristiques d'une bouche saine : « Une bouche libre de mucus ou autres débris. Une langue humide, rosée, à l'aspect râpeux sans dépôts, ni lésions. Des gencives et des muqueuses humides, rosées et fermes sans dépôts, ni lésions. Une salive claire et aqueuse ».

MAINVILLE, Marie-Claude, DESMARAIS, Michèle. *Les soins de bouche*. In : Congrès AQSP 2007 Sherbrooke [en ligne]. Adresse URL : http://www.reseaupalliatif.org/images/CONGRES2007/Conférences/D_10_Soins_bouche.pdf.

⁵⁴ RIESEN, M., CHUNG, J.-P., PAZOS, E., BUDTZ-JORGENSEN, E. Interventions buccodentaires chez les personnes âgées. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2002, revue n° 586, p. 2.

⁵⁵ Unité de gérontopharmacologie clinique et la pharmacie des HUG. Bulletin d'information du CAPP. <http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf>.

Cette grille sera présentée en détaille sous la section Cadres de référence. Chapitre 3.2.2.

⁵⁶ HUG. Hôpital Universitaire de Genève.

⁵⁷ CAPP. Contact Avis Pharmacologique et Pharmaceutique.

⁵⁸ Unité de gérontopharmacologie clinique et la pharmacie des HUG, en collaboration avec les services de gériatrie, de pharmacologie et toxicologie cliniques. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *Bulletin d'information du CAPP* [en ligne]. décembre 2005, n° 37. Adresse URL : <http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf>.

L'utilisation d'un protocole de soin adapté au patient est mentionnée à plusieurs reprises. Selon, une infirmière travaillant au sein d'une clinique du Valais Romand. « *Il est essentiel de pouvoir unifier les pratiques et d'informer clairement les soignants de ce que l'on peut utiliser. Le but est aussi d'améliorer la qualité de ces soins* ».

« L'action mécanique et la fréquence du soin priment sur le type de produit utilisé⁵⁹ ». Les soins buccodentaires préventifs, avec application de produits non médicamenteux, sont des soins qui relèvent du rôle propre de l'infirmière et qui peut-être réalisé en collaboration avec les aides-soignantes, les ASSC,... Le soin doit-être adapté a chaque client, en privilégiant au maximum l'autonomie du patient.

Selon une étude⁶⁰ réalisée par Costeja Nadine, psychologue clinicienne dans un centre de gérontologie en France, les soins de bouche sont de qualité et de fréquence insuffisante, les raisons invoquées sont d'ordre matériel et intime. Il en ressort un manque de temps et des difficultés techniques du geste⁶¹ en lui-même et des facteurs plus intimes comme le dégoût et le caractère violent du soin⁶². Au travers de mes lectures, le manque de temps, le manque de personnel et le manque d'organisation du travail même s'ils sont nommés à plusieurs reprises ne sont pas les principales causes de négligence envers les soins buccodentaire.

Afin de promouvoir et prodiguer des soins de bouche de qualité au sein d'une institution, il est essentiel que le personnel soit formé. Selon l'article, « Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale⁶³? » de Genoud François, il ressort une insuffisance⁶⁴ notable quand à la formation des étudiants en soins infirmiers. Dans sa pratique, les cours⁶⁵ proposés aux professionnels sont peu ou pas demandés⁶⁶.

⁵⁹ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n° 2505, revue n° 495.

⁶⁰ COSTEJA, Nadine. « Soins de bouche aux personnes âgées : Réflexion sur un vécu de soignants ». *Gerosante.org. Le site des professionnels de la gériatrie et de la gérontologie* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/soins-bouche.pdf>.

⁶¹ Les difficultés techniques mentionnées sont : l'absence de visibilité et une mauvaise coopération de patients qui n'ouvrent pas la bouche ou qui peuvent mordre.

⁶² Par caractère violent du soin je sous-entends geste invasif.

⁶³ GENOUD, François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale ? *Pratique des soins*, 2003, n° 3, p.48-52.

⁶⁴ L'auteur de l'article ne mentionne pas de quel type d'insuffisance notable il ressort. Au niveau pratique ? Au niveau théorique ? Les deux ?

⁶⁵ Enquête réalisée auprès des infirmières et des aides-soignantes, à Genève.

⁶⁶ L'auteur de l'article ne mentionne pas pourquoi les cours proposés aux professionnels ne sont pas demandés.

On ne sensibilise pas les futurs professionnels sur la promotion⁶⁷ et la prévention⁶⁸ du soin buccodentaire, ni des conséquences d'un manque d'hygiène buccale sur la santé générale⁶⁹ et sur la qualité de vie⁷⁰.

Les personnes les plus touchées par des problèmes au niveau buccodentaire restent en majorité les enfants et les personnes âgées. Déjà depuis le jeune âge l'enfant est plus ou moins sensibilisé par le fait qu'une bonne hygiène buccodentaire est primordiale, que se soit par ses parents à la maison, par le pédiatre ou par l'intervention des infirmières scolaire.

En effet, en février 2007, 60 à 90 % des enfants scolarisés dans le monde avaient des caries⁷¹. Mais parmi, les différents âges, la population âgée présente l'état buccodentaire le plus précaire dû au processus de vieillissement, ils sont donc plus susceptibles aux maladies.

C'est vers cette catégorie d'âge, plus précisément les personnes âgées dépendantes⁷², (environ 20% de la population⁷³) que mon attention s'est portée.

⁶⁷ « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ».

OMS. Organisation mondiale de la santé. Santé buccodentaire [en ligne]. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986. avril 2006. Adresse URL : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french.

⁶⁸ « C'est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. » La prévention vise donc à éviter une détérioration de la santé (par exemple: campagne de vaccination, prévention antitabac, etc.).

BURNIER, Marie-Josée. De la prévention à la promotion de la santé : connaître les concepts et les applications pour être plus efficaces. *Promotion Santé Suisse Lausanne* [en ligne]. Adresse URL : http://www.ecoles-en-sante.ch/data/data_381.pdf.

⁶⁹ Le manque d'hygiène buccal peut causer beaucoup de problèmes de santé. Des maladies cardiovasculaires et respiratoires, des accidents vasculaires cérébraux et des perturbations de la glycémie chez un diabétique par exemple.

⁷⁰ Elles peuvent également avoir des difficultés au niveau de la communication et de la nutrition.

⁷¹ OMS. Organisation mondiale de la santé. *Santé buccodentaire* [en ligne]. février 2007. Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/index.html>.

⁷² « Situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, psychologique ou affectif ne peut remplir des fonctions ni effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc. »

IIDRIS. *Index international et dictionnaire de la réadaptation et de l'intégration sociale*. [en ligne]. 2004. Adresse URL : <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/fr/17/1761>.

⁷³ RIESEN, M., CHUNG, J.-P., PAZOS, E., BUDTZ-JORGENSEN, E. Interventions buccodentaires chez les personnes âgées. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2002, revue n° 586, p.1-12.

J'ai donc décidé de mener mon enquête sur cette population bien précise afin de répondre à ma question de recherche.

Selon Riesen⁷⁴ M. : « Parmi tous les groupes d'âge, celui de la population âgée présente le plus mauvais état buccodentaire. » L'auteur continue en disant que : « ...il est influencé par la santé générale, les médicaments⁷⁵ et la situation psychosociale⁷⁶ ». « Un maintien de l'hygiène buccale devrait être un soin de base pour les personnes âgées frêles ou dépendantes vivant dans les institutions et à domicile afin de prévenir les maladies buccodentaires et des complications potentielles au niveau de la santé générale⁷⁷ ».

Le patient en perte d'autonomie, hospitalisé en gériatrie est complètement dépendant du personnel pour les soins d'hygiène, y compris les soins buccodentaires. Si les soins d'hygiène de base sont bien intégrés dans la pratique quotidienne des soignants, le soin buccodentaire n'est pas inclus automatiquement dans le soin de base, il est souvent oublié. « Le soin de bouche demeure le parent pauvre des soins infirmiers⁷⁸ ». Le rôle du soignant s'exerce également au niveau de la promotion du soin buccodentaire, pour sensibiliser le client autonome pour l'hygiène buccale.

« Dans notre société, les dents blanches, propres et éclatantes sont synonyme de vie saine et procurent un bien être psychologique élevé. Inversement, la perte des dents, les caries importantes et les dents cassées affectent l'apparence physique du patient et donnent l'impression de négligence et de malpropreté⁷⁹ ».

Après avoir exposé ma problématique, concernant le thème des soins buccodentaires en milieu gériatrique, j'énonce ci-dessous ma question centrale de recherche.

⁷⁴ RIESEN, M., CHUNG, J.-P., PAZOS, E., BUDTZ-JORGENSEN, E. Interventions buccodentaires chez les personnes âgées. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2002, revue n° 586, p. 1-12.

⁷⁵ Tous les médicaments qui engendrent une diminution de la salive par exemple. Comme les psychotropes, les antihypertensifs, les anticholinergiques, les antihistaminiques et les diurétiques.

⁷⁶ Comme je l'ai cité dans mes motivations économiques et politiques, la loi fédérale Suisse n'inclut pas les soins buccodentaires dans les soins de base reconnus par la LAMal ce qui peut limiter l'accès à ce soin.

⁷⁷ RIESEN, M., CHUNG, J.-P., PAZOS, E., BUDTZ-JORGENSEN, E. Interventions buccodentaires chez les personnes âgées. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2002, revue n° 586, p.1-12.

⁷⁸ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113, p. 22-31.

⁷⁹ CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 193-203.

2.1. Question de recherche

Ma question de recherche est la suivante :

Quels sont les conditions⁸⁰ et les obstacles⁸¹ au développement⁸² des soins buccodentaires de qualité⁸³ ?

Afin de répondre à mon interrogation, je souhaite interroger des infirmières travaillant dans une unité de soins gériatrique au sein du Réseau Santé Valais.

2.2. Hypothèses

Sur la base de ma question de recherche rédigée au point 2.1, ainsi que sur la réflexion faite lors de la problématique, nous⁸⁴ avons formulé les quatre hypothèses suivantes :

1. Une meilleure sensibilisation à l'importance des soins buccodentaires lors de la formation initiale et continue des infirmières influencerait la qualité de la prise en charge.
2. L'utilisation d'outils d'évaluation de l'état buccodentaire, des protocoles ainsi que des diagnostics infirmiers spécifiques, intégrés au projet de soins, amélioreraient la qualité du soin.
3. Le ressenti de l'infirmière face au soin de bouche influencerait la pratique quotidienne du soin.
4. Les soins de bouche non thérapeutiques appartiennent au rôle propre et au rôle délégué de l'infirmière.

⁸⁰ Par « conditions », je sous-entends, les conditions mis à disposition pour les infirmières afin de prodiguer des soins buccodentaires de qualité. Comme la formation, les outils d'évaluations, le matériel à disposition, l'utilisation de diagnostics infirmiers spécifiques, etc.

⁸¹ Par « obstacles », je sous-entends, les obstacles qui entravent le bon déroulement du soin. Comme le ressenti des infirmières, le manque de formation spécifique à ce soin, le matériel non adéquat, l'absence d'unification du protocole, la non-collaboration du client face à ce soin, etc.

⁸² Par « développement » je sous-entends, la pratique quotidienne du soin.

⁸³ Le terme qualité sera repris et argumenté sous la section cadres de référence au chapitre 3.5 « Qualité des soins infirmiers ».

⁸⁴ Le nous, sous-entend Marie-Noëlle Baudin, ma partenaire sur ce travail, ainsi que moi-même.

Après la rédaction des hypothèses mentionnées ci-dessus, on s'est vu dans l'impossibilité de toutes les traiter. En effet, suite à une discussion avec notre directrice de recherche, nous avons décidé de nous partager les hypothèses. Le facteur qui a influencé ce choix est le temps à disposition pour la réalisation ce travail et le fait qu'il s'inscrive dans un contexte de recherche initial. Le partage des hypothèses s'est de la manière suivante : Marie-Noëlle Baudin travaille sur les hypothèses trois et quatre et moi-même sur les hypothèses une et deux.

2.3. Objectifs

Après avoir décrit la problématique, je me suis fixé un objectif général et quatre objectifs spécifiques à mon sujet d'étude.

2.3.1. Objectif général

- Développer mes connaissances au niveau des soins buccodentaires.

2.3.2. Objectifs spécifiques de recherche

- Identifier les éléments reçus sur les soins de l'hygiène buccale lors de la formation initiale.
- Nommer et analyser les outils utilisés pour évaluer l'état buccodentaire.
- Identifier les protocoles existant concernant les soins buccodentaires dans le service.

Les objectifs spécifiques que je cite ci-dessus sont en lien avec les hypothèses traitées⁸⁵.

⁸⁵ Je fais référence aux hypothèses une et deux développées sous la section 2.2.

3. Cadres de référence

Dans ce chapitre, sont présentés les différents cadres de référence⁸⁶ qui me permettront, dans un deuxième temps, d'écrire mon analyse. J'introduis ce chapitre en parlant de la bouche⁸⁷; dans le suivant je parlerai des soins buccodentaires, puis de la personne âgée, du rôle infirmier et enfin de la qualité des soins. Le contenu de chaque chapitre a été rédigé en lien avec mon objet d'étude.

3.1. La bouche

3.1.1. Anthropologie de la bouche

« La bouche nous accompagne tout au long de notre vie, c'est par elle que nous produisons notre premier cri et c'est à travers elle que s'échappe notre dernier souffle⁸⁸ ».

La bouche source de plaisir

Au début de notre vie, c'est par la bouche que nous éprouvons du plaisir en tétant pour obtenir notre nourriture. Le psychanalyste Sigmund Freud décrit dans le développement psychosexuel de l'enfant, la zone bucco labiale, comme étant la zone érogène du stade oral qui recouvre approximativement la première année de vie. La bouche permet de faire passer à l'intérieur de soi des éléments de l'environnement extérieur, comme la nourriture ou des informations sensitivo-sensorielles.

La bouche est gourmande, mais c'est la langue qui détecte les saveurs, les cellules gustatives sont réparties sur la langue et le palais. Lorsqu'un repas nous est présenté, nous nous réjouissons tout d'abord avec les yeux, ensuite c'est l'odorat qui entre en jeu pour aiguïser notre appétit, mais sans le goût notre repas serait insipide et nous n'aurions aucun plaisir à le déguster.

La bouche symbole de séduction

La frontière entre l'intérieur de soi et l'extérieur est délimité par les lèvres.

Les yeux et la bouche sont des atouts de la séduction, se sont eux que l'on rencontre en premier. Les lèvres s'exposent au regard des autres, elles marquent le rythme de notre vie affective, et de nos répulsions également.

⁸⁶ Je tiens à préciser que certains cadres de référence sont communs avec ceux de Marie-Noëlle (ma collègue qui travail avec moi sur ce thème) et d'autres me sont propres.

⁸⁷ Je tiens à préciser que l'anatomie, la physiologie de la bouche et les prothèses dentaires ne sont pas présentes dans ce chapitre mais en annexe. Annexe II.

⁸⁸ OLIEVENSTEIN, Claude. *Ecrit sur la bouche*. Editions : Odile Jacob France. 1995, p. 9.

« Elles sont garantes de l'authenticité des sentiments, quand bien même les propos sont démentis par la lippe⁸⁹ ». « Le sourire est l'expression faciale non verbale d'une émotion. Il naît de sentiments positifs comme le plaisir, la gaieté, l'affection, la tendresse, la sympathie, mais aussi négatifs comme l'ironie, le mépris ou la cruauté⁹⁰ ». Le sourire est généralement signe d'apaisement, il indique une absence d'agressivité. Le sourire est un signe de sociabilité, un visage souriant est plus agréable à observer qu'un faciès grimaçant.

Les dents participent également à la séduction, à l'esthétique du visage, et sont le support de l'image sociale. Dans la société actuelle les dents sont les cibles des publicitaires, les portraits de personnes souriant de leurs belles dents immaculées sont utilisés pour toutes les publicités quel que soit le produit représenté. « Les dents blanches, propres et saines sont synonymes de vie saine et procurent un bien-être psychologique élevé. Inversement la perte des dents, les caries importantes et les dents casées affectent l'apparence physique du patient et donnent l'impression de négligence et de mal propreté⁹¹ ».

Ce sont les lèvres qui forment le baiser⁹². Le baiser est une marque d'affection ou/et de respect dans de nombreuses cultures, surtout occidentales. On distingue le baiser amical, que l'on se donne mutuellement sur la joue entre amis et qui est une marque d'affection souvent désignée par le terme « bise », du baiser amoureux donné sur la bouche ou sur une autre partie du corps, qui lui est une expression d'affection romantique ou de désir sexuel.

« Sauf cas d'odeur insupportable, le baiser est bonheur, instant exceptionnel de la rencontre du plaisir⁹³ ».

Le baiser est vie, désir ; il nourrit et aide à grandir. Dès la naissance, le bébé reçoit des marques d'affection de son entourage au travers des baisers. La mère ressent du plaisir à les donner et l'enfant à les recevoir.

⁸⁹ OLIEVENSTEIN, Claude. *Ecrit sur la bouche*. Ed. Odile Jacob France. 1995, p. 93.

⁹⁰ GUGGEMOS, Alexia. *Le musée du sourire*. Qu'est-ce qu'un sourire ? 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.museedusourire.com/faq_sourire.html.

⁹¹ CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec: Ed. ERPI, 2006, p. 193-203.

⁹² Définition du baiser : Appliquer, poser ses lèvres sur une personne, une chose par affection, respect.

ROBERT, Paul. *Petit Robert*. Dictionnaire de la langue française. Ed. Dictionnaires Le Robert, Paris. 1996. p. 184.

⁹³ OLIEVENSTEIN, Claude. *Ecrit sur la bouche*. Ed. Odile Jacob France. 1995, p. 65.

Plus tard, l'enfant est capable de donner lui-même un baiser. À partir de l'adolescence, le baiser câlin se transforme en baiser sensuel, premiers prémices de la relation amoureuse.

La bouche synonyme de communication

Le langage est une aptitude innée à communiquer propre à l'être humain, il permet de communiquer avec les autres et de créer des relations. Si le langage des signes permet également d'exprimer ses pensées, le langage oral ajoute du son aux mots.

« Ce n'est pas la bouche qui choisit les mots, mais c'est elle qui les met en scène, comme d'ailleurs elle met en scène les tonalités, la sonorité : la bouche confère du bouquet, du corps, de la robe aux mots⁹⁴ ».

La bouche siège de dualité

La bouche permet de créer des contacts grâce au baiser ou au langage, mais parfois la bouche est cri et douleur. Une bouche saine s'ouvre et favorise la communication, mais la bouche souffrante reste silencieuse, instant déroutant pour celui qui attend les mots qui ne viennent pas et moment de frustration pour celui qui n'arrive plus à les prononcer. La bouche saine autorise toutes les audaces, la bouche souffrante reste fermée vers son soi intérieur qui demeure impénétrable à autrui.

3.1.2. Processus digestif se déroulant dans la bouche

La digestion commence dès que de la nourriture est apportée au niveau de la bouche. Les aliments ingérés subissent des processus mécaniques et chimiques qui vont permettre la dégradation des nutriments. « La cavité orale assure l'ingestion, amorce la digestion mécanique par la mastication et effectue la déglutition qui marque le début de la propulsion⁹⁵ ». Au niveau de la bouche, on ne dispose que d'un seul processus chimique. « L'amylase salivaire (enzyme de la salive) amorce la dégradation chimique des polysaccharides (amidon et glycogène) en fragments plus petits de molécules de glucose liées⁹⁶ ».

Au niveau de la cavité buccale, il n'existe presque pas d'absorption à l'exception de certains médicaments comme la Trinitrine Simple Laleuf® (la nitroglycérine est le principe actif).

⁹⁴ OLIEVENSTEIN, Claude. *Écrit sur la bouche*. Ed. Odile Jacob France. 1995, p.180.

⁹⁵ MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 921.

⁹⁶ Ibid., p. 921.

Ce médicament est un anti-angineux du groupe des dérivés nitrés, il intervient de manière rapide, son action est immédiate. Il présente un effet de premier passage⁹⁷.

La mastication

« Lorsque la nourriture pénètre dans la bouche, sa digestion mécanique est amorcée par la mastication⁹⁸ ». La mastication consiste alors à écraser, à broyer les aliments dans la cavité buccale à l'aide des dents (principalement les molaires) pour former de petits morceaux. Au même moment, les aliments sont imprégnés de salive afin de les ramollir.

« La mastication est partiellement volontaire et partiellement due à des réflexes⁹⁹ ». En effet, la mastication est volontaire car chacun de nous choisi de mettre la nourriture dans la bouche et d'activer les muscles qui ferment la mâchoire. « En revanche, les mouvements continus des mâchoires sont commandés par des réflexes d'étirement des muscles masticateurs et par réaction à la pression qui stimule des mécanorécepteurs¹⁰⁰ situés dans les joues, les gencives et la langue¹⁰¹ ».

La mastication peut devenir difficile pour une personne âgée. Le fait de n'avoir plus de dents, des prothèses inadaptées, ou diverses pathologies buccales, etc., peuvent influencer la mastication.

La déglutition

La nourriture, avant d'être acheminée de la bouche aux autres organes (pharynx, œsophage, estomac¹⁰²) est compactée à l'aide de la langue en bol alimentaire.

⁹⁷ « L'effet de premier passage consiste en une perte de médicament par métabolisme, ou par action des enzymes d'un organe, dès le premier contact de la substance médicamenteuse avec cet organe. Le composé est transformé en métabolites ».

Dessaigne, Agnès. *Maîtrisez la fiche posologique d'un médicament*. France, Ed. Heures de France, 2004. p. 44.

⁹⁸ MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 921.

⁹⁹ Ibid., p. 921.

¹⁰⁰ « Les mécanorécepteurs produisent des influx nerveux lorsqu'eux-mêmes ou les tissus adjacents sont déformés par des facteurs mécaniques tels que le toucher, la pression (y compris la pression artérielle), les vibrations, l'étirement et la démangeaison ».

MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Pearson Education. 2005, p. 504.

¹⁰¹ MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Pearson Education. 2005. p. 921.

¹⁰² Les organes annexes (pharynx, œsophage et estomac) sont cités mais ne sont pas développés, car ils ne concernent pas directement le sujet du travail.

« La déglutition est un processus complexe résultant de l'activité coordonnée de plus de vingt-deux groupes musculaires différents¹⁰³ ».

Deux étapes font parties de la déglutition : l'étape orale et l'étape pharyngo-œsophagienne.

- « L'étape orale est volontaire et se déroule dans la bouche. À ce stade, nous plaçons le bout de la langue contre le palais osseux et nous la contractons pour pousser le bol alimentaire dans l'oropharynx. Lorsque la nourriture parvient dans le pharynx, elle stimule des récepteurs tactiles et échappe à notre maîtrise ; son mouvement dépend alors uniquement de l'activité réflexe involontaire¹⁰⁴ ».
- « L'étape pharyngo-oesophagienne de la déglutition est réglée par le centre de la déglutition situé dans le bulbe rachidien et la partie inférieure du pont. Ce centre transmet des influx moteurs aux muscles du pharynx et de l'œsophage par l'intermédiaire de divers nerfs crâniens, en particulier les nerfs vagues¹⁰⁵ ». Grâce au péristaltisme, la nourriture est acheminée du pharynx vers l'œsophage puis jusqu'à l'estomac.

La presbyphagie est « l'ensemble des modifications structurelles et fonctionnelles du vieillissement sur la déglutition¹⁰⁶ ». Certains troubles comme les troubles de la vigilance (sommolence), les troubles de la posture, les affections au niveau de la sphère ORL, un mauvais état buccodentaire, les troubles masticatoires, etc., peuvent être des facteurs de risque à la déglutition de la personne âgée.

3.1.3. Les troubles dentaires et buccaux

Dans ce chapitre, les troubles dentaires et buccaux ainsi que les causes associées vont être traitées. Je tiens à souligner que ne seront abordées que les lésions, les affections les plus fréquemment rencontrées, lors de mes lectures.

¹⁰³ MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Pearson Education. 2005, p. 921.

¹⁰⁴ Ibid., p. 921.

¹⁰⁵ Ibid., p. 921.

¹⁰⁶ BAYLON H., PERETTI C. Les troubles de la déglutition. *Centre de Gériologie Clinique CHU de Montpellier*. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/troubles-deglutition.pdf>.

Les affections buccales

L'halitose

L'halitose est communément appelée mauvaise haleine, elle peut avoir plusieurs origines.

« Dans 85 à 90 % des cas, le problème réside au niveau de la langue et de la cavité buccale qui comportent de nombreuses niches dans lesquelles les bactéries peuvent se loger et se multiplier¹⁰⁷ ». « Dans 5 à 8 % des cas, l'halitose a une autre origine telle que problèmes digestifs, inflammation de la région pharyngée ou diabète¹⁰⁸ ».

Le traitement est en premier lieu une bonne hygiène buccodentaire. Le nettoyage de la langue est nécessaire. « Environ 60% des micro-organismes colonisant la cavité buccale sont localisés à la surface de la langue¹⁰⁹ ». Les causes sous-jacentes, les problèmes digestifs, inflammation de la région pharyngée ou diabète, doivent être traités en priorité.

La xérostomie

Le terme xérostomie désigne « la sécheresse excessive de la bouche due à une fabrication insuffisante de salive (hyposialie), voire nulle (asialie)¹¹⁰ ».

Les personnes ayant une xérostomie sentiront avant tout une immense gêne et une sensation de soif exacerbée. L'alimentation ainsi que l'élocution seront plus difficiles. A terme ce trouble peut provoquer des pathologies comme des caries et des gingivites.

Les causes sont nombreuses. La xérostomie peut survenir en cas d'anxiété, de déshydratation, lors de la prise de certains médicaments (les atropiniques et les antidépresseurs) et lors de radiothérapie au niveau du visage ou du cou.

Le traitement est associé à la cause : administration de médicaments favorisant la salivation, arrêt du médicament responsable de la xérostomie, utilisation de salive artificielle, etc.

¹⁰⁷ SSO. *Société Suisse d'Odonto-stomatologie*. Mauvaise haleine. [en ligne]. Adresse URL : http://www.sso.ch/index.cfm?uuid=74B660CDD9D9424C4D3E11D0ACA7ED03&cmd=&o_lang_id=8.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ LANG, Björn, FILIPPI, Andreas. *Clinique de chirurgie buccale, de radiologie et de stomatologie du Centre de médecine dentaire de l'Université de Bâle*. Mauvaise haleine ou halitose - 2^{ème} partie : Diagnostic et traitement. [en ligne]. Adresse URL : http://www.zahnaerzte.ch/doc/doc_download.cfm?uuid=88237851D9D9424C4C3E036AD8C65593.

¹¹⁰ CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Ed. Larousse, Paris 2006. p.1140.

Les aphtes

« Les aphtes sont de petites ulcérations blanches et douloureuses sur la surface interne de la bouche¹¹¹ ».

Ils peuvent être situés au niveau de la langue, des gencives, du voile du palais ainsi que sur la surface interne des joues. Ils évoluent par poussées et peuvent être de différentes tailles. Si les aphtes sont de petites tailles (moins d'un centimètre), ils se nommeront aphtes miliaires, s'ils sont de grandes tailles (plus d'un centimètre) elles s'appelleront aphtes géants.

La cause exacte des aphtes reste inconnue, cependant certaines causes favorisent leur apparition. Les blessures causées par exemple par un plombage ou un dentier ainsi que les morsures peuvent provoquer des aphtes. Une mauvaise hygiène buccale, le stress, certains aliments (fromage, noix, noisettes, etc), une carence en vitamine B12, peuvent aussi être des déclencheurs.

Le traitement préventif ainsi que la suppression des aliments déclencheurs sont importants pour une bonne hygiène buccale. Les aphtes durent en moyenne sept à huit jours. Pour certaines personnes, ils apparaissent et disparaissent sans traitement médicamenteux. Mais s'ils persistent plus de quinze jours ou s'ils s'infectent, des bains de bouche antiseptiques, des antibiotiques ou des anesthésiques locaux peuvent être prescrits.

Le muguet

Le muguet est « une affection de la muqueuse buccale due à une levure, *Candida albicans*¹¹² ».

Le *Candida albicans* est un champignon qui se trouve partout dans notre corps (l'intestin et la peau par exemple). Le muguet est une conséquence d'un développement incontrôlé de celui-ci. Il se manifeste par un dépôt blanchâtre au niveau de la langue, du palais, des gencives, des joues et peut se propager jusqu'à l'œsophage.

La cause principale est l'utilisation de manière incontrôlée d'antibiotiques, mais elle peut aussi être due à une diminution du système immunitaire. Le muguet s'observe surtout chez les enfants, mais aussi les personnes âgées porteuses de prothèse dentaire ou chez un client immunodéprimé (Sida). Le muguet est traité par des antifongiques.

¹¹¹ DR DAUM, Marie-France. *Le grand livre de la Santé*. Ed. France Loisirs, Paris 2004. p.565.

¹¹² CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Ed. Larousse, Paris 2006. p. 671.

Les maladies parodontales

La gingivite

La gingivite est une inflammation des gencives. Celles-ci deviennent alors rouges, tuméfiées, peuvent saigner et les dents peuvent, dans un ultime cas, se déchausser.

La cause de la gingivite est un mauvais brossage des dents. Un dépôt de tarte se forme sur la dent et irrite la gencive.

Le traitement préventif est conseillé, pour cela une bonne hygiène dentaire est préconisée.

Mais en cas de gingivite, le traitement consiste dans un premier temps à retirer le dépôt de tarte chez un dentiste, puis de reprendre un brossage minutieux au quotidien chez soi. En absence de traitement, la gingivite peut évoluer en parodontite. Celle-ci sera expliquée plus loin.

La gingivite ulcéronécrotique

« La gingivite ulcéronécrotique est une affection entraînant très rapidement des destructions massives de la gencive et de l'os sous-jacent¹¹³ ». Elle se manifeste par des saignements et des douleurs au niveau des gencives ainsi que par une nécrose des tissus gingivaux.

La cause de cette ulcération est déclenchée par des micro-organismes qui ne sont pas présent dans la bouche au départ.

Pour le traitement une consultation chez un dentiste est nécessaire.

La parodontite

La parodontite est l'inflammation du parodonte¹¹⁴. « La parodontite touche entre 10 et 20% de la population¹¹⁵ ». Elle se manifeste par la tuméfaction et la rougeur des gencives, des douleurs en contact avec des aliments chauds ou froids, des saignements, une halitose et la mobilité des dents.

¹¹³ CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Ed. Larousse, Paris 2006. p. 431.

¹¹⁴ « Le parodonte comprend les gencives, le ligament et l'os alvéolaire, qui forment les structures de soutien des dents ».

DR. DAUM, Marie-France. *Le grand livre de la Santé*. Ed. France Loisirs, Paris 2004. p. 561.

¹¹⁵ BORN, Frédéric. Médecin-dentiste SSO Lausanne. *Soins de gencives: gingivite et parodontite*. [en ligne]. Adresse URL : http://www.dents-blanches.ch/soins_des_gencives_gingivite_et_parodontite.html.

« Une parodontite est due à l'action néfaste de la plaque dentaire et du tartre, qui contiennent de nombreux germes, sur les tissus de soutien de la dent¹¹⁶ ».

Le traitement débute par un polissage des racines, puis la pratique de soins buccodentaires corrects permet d'éliminer régulièrement la plaque dentaire.

La carie dentaire

La carie

La carie est « une maladie détruisant les structures de la dent, évoluant de la périphérie (émail) vers le centre de la dent (pulpe dentaire)¹¹⁷ ». Elle se manifeste par des douleurs, une sensibilité accrue au froid et au chaud.

La cause de la carie résulte de trois facteurs : la plaque dentaire, qui est une substance qui se forme sur la dent, composée de débris alimentaires, de mucus salivaire ainsi que de bactéries, l'état de la dent et l'alimentation « Les bactéries de la plaque dentaire assimilent les sucres rapides, prolifèrent et sécrètent un acide qui attaque la dent et entraîne la formation d'une cavité, cela d'autant plus facilement que les tissus durs de la dent sont déminéralisés¹¹⁸ ».

La prévention est importante. Un brossage fréquent et quotidien diminue la plaque dentaire et une alimentation pauvre en sucres est conseillée.

Pour le traitement une consultation chez un dentiste est nécessaire.

L'abcès

L'abcès est une collection de pus suite à une carie dentaire qui n'a pas été traitée à temps ni correctement. L'infection se localise en premier temps au niveau de la pulpe, mais peut s'étendre à la racine puis à l'os.

L'abcès se manifeste par des douleurs au niveau des dents et de la mâchoire, une sensibilité accrue aux aliments et aux liquides froids ou chauds, un œdème au niveau de l'abcès, de la fièvre et de la fatigue.

Pour le traitement une consultation chez un dentiste est nécessaire.

¹¹⁶ CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Ed. Larousse, Paris 2006. p. 761.

¹¹⁷ Ibid., p. 171.

¹¹⁸ Ibid., p. 171.

Les risques pour la santé générale

La bouche constitue la porte d'entrée de certaines affections, celles-ci peuvent créer de graves conséquences sur la santé. Les caries non traitées ainsi que les parodontites peuvent engendrer de graves pathologies dues à la formation de foyers d'infection chronique à l'extrémité des racines ou au niveau du sillon de la gencive (formation d'une poche parodontale). En effet, les bactéries qui se trouvent au niveau des foyers se propagent par la circulation sanguine et peuvent atteindre certains organes cibles tels que le cœur, les reins et les poumons. Les bactéries stimulent la formation de caillots. Les répercussions sont graves voire très invalidante, elles peuvent provoquer une endocardite (inflammation de la tunique interne du cœur le plus souvent à des streptocoques), elles contribuent aussi à l'obstruction des artères coronaires ce qui peut entraîner le décès du client. D'autres pathologies sont la glomérulonéphrite ou la pneumonie et des affections telles que le rhumatisme aigu au niveau des articulations, des névralgies, des douleurs articulaires et des affections des sinus peuvent également survenir.

Tous ces risques sont d'autant plus accrus lorsqu'ils concernent une personne âgée. La santé de cette population est fragilisée du au processus de vieillissement¹¹⁹ ainsi que la perte d'autonomie physique et/ou psychique. Tous ces mécanismes s'établissent progressivement.

« L'hygiène buccodentaire est donc non seulement importante pour le maintien de la santé des dents et gencives, elle prévient aussi l'apparition de certaines maladies¹²⁰ ».

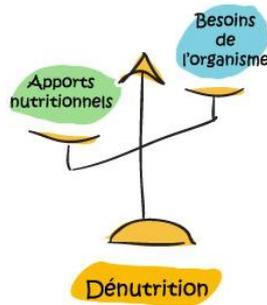
Risque de dénutrition

La dénutrition est la réponse à un apport insuffisant de différents nutriments. Elle résulte par un déséquilibre entre les apports nutritionnels (en déficit) et les besoins de l'organisme¹²¹.

¹¹⁹ Le système immunitaire s'amointrit, ce qui va provoquer la multiplicité des pathologies. L'instauration de divers traitements est donc indispensable.

¹²⁰ SSO. Société Suisse d'Onto-Stomatologie. *Manuel d'hygiène buccale pour les personnes âgées, les malades chroniques et les handicapés*. Guide à l'usage des soignants. 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.mundgesund.ch/jmuffin/upload/Handbuch_210x155_f.pdf.

¹²¹ Les besoins de l'organisme sont : les glucides, les protéines, les lipides, les vitamines ainsi que les minéraux.



Déséquilibre entre les apports et les besoins¹²²

« Le vieillissement entraîne divers troubles sensoriels, fonctionnels, métaboliques et également immunitaires qui fragilisent l'organisme. Ces troubles limitent la capacité d'adaptation des apports alimentaires aux besoins nutritionnels qui évoluent, ils sont susceptibles de conduire à une dénutrition globale comme à des carences spécifiques qui entraînent une dégradation de l'état général¹²³. »

Certains signes sont caractéristiques d'une dénutrition, comme une peau sèche, « une perte de poids de 5% en 1 mois ou de 10% en 6 mois¹²⁴ », une diminution de la masse musculaire, de l'asthénie, un manque d'appétit, des nausées, une langue rôtie douloureuse, des ongles cassants, etc. Mais chez une personne âgée, la dénutrition peut aggraver l'état général vu sa fragilité.

Plusieurs facteurs peuvent influencer la survenue d'une dénutrition comme : des nausées, un état inflammatoire, de la constipation, un iléus, des dysphagies douloureuses, les effets secondaires des médicaments¹²⁵, mais aussi tous les troubles de la cavité buccale cité plus haut ou des prothèses mal ajustées qui pourraient provoquer des lésions. En effet, la douleur étant présente les clients diminueront ou s'abstiendront de manger.

¹²² Dénutrition-gériatrie.com. Définition de la dénutrition. 2008. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.denutrition-geriatrie.com/selection.php?SelectionId=1>.

¹²³ Nutri'Mission Seniors. Dépistage de la dénutrition. *Les causes de la dénutrition*. janvier 2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.depistage-denutrition.com/pros/sujet_age/causes.php.

¹²⁴ Nutri'Mission Seniors. Dépistage de la dénutrition. *Quels sont les signes de la dénutrition ?* janvier 2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.depistage-denutrition.com/public/denutrition_seniors/signes.htm.

¹²⁵ Les médicaments tels que les morphiniques, les antibiotiques, etc.

3.2. Les soins buccodentaires

3.2.1. Technique de soins

Pour développer ce point, j'ai décidé de prendre comme référence le GUTS. Le GUTS étant le groupe d'unification des techniques de soins en Valais romand. Les participants au groupe de travail développent des protocoles¹²⁶ concernant tous les actes pouvant être pratiqués par les infirmières. Il est ainsi l'outil de référence pour tous les étudiants en soins infirmiers en Valais, pour les étudiants en ASSC et pour les professionnelles de la santé dans les principales institutions du Valais Romand. Je tiens à préciser qu'il existe d'autres protocoles que celui sélectionné.

Le protocole¹²⁷ qui est en lien avec mon sujet s'intitule « Soins de bouche » est se trouve sous la section « Soins d'hygiène et de confort ».

Le protocole en question commence par une brève définition des soins de bouche. C'est « l'action qui consiste à nettoyer la cavité buccale chez un bénéficiaire de soins ne pouvant effectuer ce soin lui-même¹²⁸ ». Puis, il développe précisément étape par étape la technique de ce soin. Il est précisé que le soin doit être effectué au minimum trois fois par jour après les repas. Le matériel qui est utilisé pour ce soin est varié : pince Kocher, abaisse-langue, bassin réniforme, brosse à dent, dentifrice, tampons ou bâtonnets montés. Pour une exécution optimale de ce soin, le client doit se trouver dans une position confortable, l'infirmière aussi, et le temps à disposition ne doit pas être limité.

Ce protocole comprend une deuxième partie, « les soins des dents et des prothèses dentaires ». Celle-ci commence par une brève définition. Le soin des dents et des prothèses dentaires est une « action qui consiste à nettoyer les dents et/ou les prothèses dentaires¹²⁹ ». Le brossage doit se faire sur toutes les faces des dents et se terminer par le rinçage de la bouche. Toutefois, ce protocole ne comporte pas de chapitre concernant l'évaluation de la cavité buccale.

Pour les soins des prothèses dentaires, l'infirmière ou le client doit déposer les prothèses dans un récipient prévu à cet effet et marqué par le nom du client. Les prothèses doivent être lavées à l'eau courante, puis brossées à l'aide d'une brosse à dent. Pour des raisons pratiques, la prothèse supérieure doit être mise avant la prothèse inférieure.

¹²⁶ Tous les protocoles peuvent être consultés sur <http://guts.hevs.ch>.

¹²⁷ Celui-ci est en intégralité en annexe. Annexe III.

¹²⁸ Groupe d'unification des techniques de soins, Hôpitaux de stages, U.H.H de l'ICHV et EVSI, section hygiène et confort, novembre 2001.

¹²⁹ Ibid.

3.2.2. Grille d'évaluation

Afin de prodiguer des soins buccodentaires adaptés aux besoins de chaque client, il est conseillé de contrôler la sphère buccale, en s'aidant d'un outil simple d'évaluation. L'outil qui est souvent proposé est une grille d'évaluation¹³⁰ adaptée de « Oral Assessment Guide » selon Eils et Nachnani. Cet outil permet de décrire, puis d'accompagner l'évolution de l'état buccal du client au moyen d'un score afin de définir si les soins palliés doivent être d'ordre préventif ou curatif.

« L'utilisation d'une grille est recommandée pour standardiser les soins, homogénéiser l'évaluation entre les différentes équipes et mettre rapidement en place un soins personnalisé¹³¹ »

À l'aide de cette grille, toutes les personnes aptes à pratiquer des soins buccodentaires peuvent évaluer la voix, les lèvres, les dents, les gencives, la langue, la salive, les muqueuses, la déglutition, le goût, l'odeur ainsi que les prothèses de leur client. Il faut aussi tenir compte que « le choix des items est à réaliser en fonction de l'état du malade. Par exemple, chez un malade inconscient, on ne gardera pas les indicateurs concernant la voix, la déglutition et la salive¹³² ». Pour aider les soignants, la méthode de mesure est décrite à coté de chaque item. Comme je l'ai cité plus haut, l'évaluation est faite au moyen d'un score ; si lors de l'évaluation le soignant décrit l'item comme étant sain, un point sera donné, s'il existe une légère altération deux points seront attribués et si une altération sévère est constatée trois points seront octroyés. Le score final est obtenu en effectuant la somme des points attribués au long des différents items. « Plus le score est élevé, plus la bouche est altérée, mais c'est surtout la systématique de l'évaluation et l'identification des altérations qui importent¹³³ ». Ce score qui décrit l'état buccal du client devrait être transcrit en terme de diagnostic infirmier sous l'intitulé « Atteinte à l'intégrité de la muqueuse buccale ».

¹³⁰ J'ai décidé de développer cette grille d'évaluation, du fait que c'est la seule que j'ai trouvée lors de ma recherche exploratoire. Je tiens à souligner que je ne prétends pas affirmer que cette grille d'évaluation de la sphère buccodentaire est la seule qui existe.

¹³¹ MACREZ, Annick, CHOUAID, Christos, COSQUER, Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

¹³² Ibid.

¹³³ Unité de gérontopharmacologie clinique et la pharmacie des HUG, en collaboration avec les services de gériatrie, de pharmacologie et toxicologie cliniques. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *Bulletin d'information du CAPP* [en ligne]. décembre 2005, n° 37. Adresse URL : <http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf>.

Selon le bulletin d'information du CAPP du HUG, à Genève, une évaluation systématique de l'état buccodentaire devrait être effectuée à l'admission de chaque patient pour une meilleure prise en charge. « L'évaluation à l'aide de la grille devrait être effectuée à nouveau après trois jours, afin d'évaluer l'efficacité du soin ou du traitement entrepris. Ensuite deux évaluations par semaine semblent être suffisantes pour avoir un réel suivi de l'état buccal du patient¹³⁴ ».

Comme le cite Huguel Hervé, dans son étude intitulée « Soins de bouche en gériatrie¹³⁵ », les services de gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève utilisent cet outil d'évaluation. Ils ont adapté cette grille en y incluant la déglutition et les prothèses dentaires.

¹³⁴ Unité de gérontopharmacologie clinique et la pharmacie des HUG, en collaboration avec les services de gériatrie, de pharmacologie et toxicologie cliniques. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *Bulletin d'information du CAPP* [en ligne]. décembre 2005, n° 37. Adresse URL : <http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf>.

¹³⁵ HUGUEL, Hervé. *Soins de bouche en gériatrie*. Université René Descartes-Paris V. [en ligne]. 2005-2006. Adresse URL : <http://www.ehpad.org/Formation/Bibliotheque/Memoires/memoire-herve-huguel.pdf>.

	Méthode de mesure	Evaluation			Score + dates / initiales				
		1	2	3					
Voix	Parler avec le patient et l'écouter	Normale	Rauque et sèche	Difficulté à parler					
Lèvres	Observer, toucher	Roses et humides	Sèches et fissurées	Ulcérées, avec saignements					
Dents	Observer	Propres et sans débris	Plaque(s) et débris localisés ou prothèse sale	Plaque(s) et débris généralisés, douleurs. Prothèse sale et abîmée					
Gencives	Observer	Roses, fermes et humides	Rougeur(s), oedèmes, dépôts blanchâtres	Saignements, dépôts blanchâtres épais					
Langue	Observer	Rose et humide. Présence de papilles	Pâteuse, moins de papilles, moins colorée	Rougeurs, fissures, boursouffures, coloration noire					
Salive	Observer	Aqueuse, transparente	Visqueuse, épaisse	Absente, bouche sèche					
Muqueuses	Observer	Roses et humides	Rougeurs, inflammations, dépôts, cloques, pas d'ulcération	Ulcérations avec ou sans saignements, douleurs					
Déglutition	Demander au patient d'avaler sa salive et observer	Normale	Difficulté à déglutir, douleurs	Incapacité à déglutir et à s'alimenter					
Goût	Demander au patient	Normal	Altération du goût	Goût métallique					
Odeur	Demander au patient de souffler par la bouche et sentir	Pas d'odeur ou odeur non inconfortable	Odeur franche ou modérément inconfortable	Odeur fortement à extrêmement inconfortable					
Hygiène prothèse	Demander au patient de l'enlever, observer	Propre, sans débris	Plaque et débris	Plaque et débris					
Rétention prothèse	Observer, toucher	Muqueuse rose	Prothèse tient	Prothèse instable					
				Score total					

Grille d'évaluation de l'état buccal

Adaptée de « Oral assessment guide » selon Eilers⁽³⁾ et Nachnani⁽⁴⁾

3.3. La personne âgée

3.3.1. La gériatrie

« La gériatrie est la branche de la médecine qui s'occupe de la santé à un âge avancé, ainsi que de tous les aspects cliniques (physiques et psychiques) de prévention, de réadaptation et des aspects sociaux des maladies des personnes âgées. Cela signifie donc une prise en charge comportant des traitements curatifs et préventifs, des traitements de réadaptation et de palliation qui incluent les aspects sociaux¹³⁶».

En 2007, « en moyenne, 11,5% de la population résidante suisse était âgés de 65 à 79 ans et 4,6% était âgés de 80 ans et plus¹³⁷ ». Le développement démographique des personnes âgées ne cesse d'augmenter. En effet, selon le scénario établis par l'Office fédéral de la statistique, « l'espérance de vie moyenne des hommes, qui est aujourd'hui de 76,5 ans, devrait se situer entre 82,5 et 85,5 ans en 2060. Chez les femmes elle passera des 82,5 ans actuels à 87,5 voire à 90 ans. Ces prévisions ne se réaliseront toutefois que si les structures sociales et sanitaires ne s'effondrent pas¹³⁸ ».

La gériatrie prend en charge tous clients ayant, en général, plus de 65 ans et pouvant présenter une ou plusieurs pathologies. En effet, dû au vieillissement la prévalence de pathologies chroniques, mentales ou physiques augmentent. Dû à tous ces facteurs, le client sera moins autonome que préalablement pouvant aller jusqu'à une dépendance partielle ou totale pour certains gestes de la vie quotidienne. En milieu gériatrique, le client doit être pris en charge dans sa globalité, il est une entité à part entière. En général les clients restent en gériatrie relativement longtemps dus aux comorbidités sous jacentes. En 2007, la durée moyenne des séjours en milieu gériatrique est de 33,1 jours en opposition la durée en soins aiguë n'est que de 7,8 jours¹³⁹.

¹³⁶ GROB, Daniel. *Société professionnelle Suisse de gériatrie*. Principes fondamentaux et concept de travail de la médecine de la personne âgée. Profil de la gériatrie en Suisse. [en ligne]. 2007. Adresse URL : http://www.saez.ch/pdf_f/2007/2007-04/2007-04-010.PDF.

¹³⁷ Observatoire suisse de la santé. La population de la suisse 2007. [en ligne]. 2008. Adresse URL : http://www.obsandaten.ch/indikatoren/1_1_1/2006/f/111.pdf.

¹³⁸ HÖPFLINGER, François, HUGENTOBLE, Valérie. *Observatoire suisse de la santé*. Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^{ème} siècle. [en ligne]. 2003. Adresse URL : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikations/datenbank.Document.90186.pdf>.

¹³⁹ Office fédéral de la statistique. Durée des hospitalisations. 2008. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/regionalportraits/tessin/blank/medienmitteilung.en.Document.114753.pdf>.

Il est important de souligner que dans ce milieu, l'équipe est plusieurs fois appelée à se réunir afin de confronter leur impression concernant différents points relatifs au client pris en charge. Le travail se fait alors en interdisciplinarité¹⁴⁰, en effet les intervenants sont divers et variés. L'équipe interdisciplinaire peut être formée : de médecins gériatres, d'infirmières, d'aides-soignantes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de diététiciennes, etc. « La prise en charge d'un malade âgé ne peut se limiter au seul aspect purement médical, mais elle prend en compte l'ensemble des conséquences psychiques, fonctionnelles et socio-économiques des patients, ainsi se préoccuper du retour à domicile et de ces conditions, savoir qui donnera les médicaments ou qui préparera les repas¹⁴¹ » tous ces facteurs sont essentiels pour une bonne prise en charge.

Une hospitalisation en unité gériatrique s'avère nécessaire pour les personnes âgées dans les situations suivantes¹⁴² :

- une maladie somatique (physique) avec une fragilité liée au vieillissement
- une maladie chronique avec un risque de perte d'autonomie et/ou d'invalidité
- une réadaptation neurologique, orthopédique ou globale consécutive à une maladie, une intervention chirurgicale ou un accident (traumatisme)
- une évaluation globale médicale, fonctionnelle et médico-sociale
- un accompagnement et des soins palliatifs pour la personne en fin de vie.

3.3.2. Le vieillissement

Le vieillissement « représente le processus lent et progressif qui rapproche chaque être humain de l'état de vieillesse mais aussi ce que toute personne subit durant la dernière période de sa vie¹⁴³ ». Plusieurs facteurs peuvent influencer le processus de vieillissement de chaque être humain.

¹⁴⁰ L'interdisciplinarité « concerne plusieurs disciplines, plusieurs sciences à la fois ».

ROBERT, Paul. *Petit Robert*. Dictionnaire de la langue française. Ed. Dictionnaires Le Robert, Paris. 1996. p. 1194.

¹⁴¹ Dr. KHELIFA, Ahmed. *La gériatrie pratique*. Médecine des personnes âgées. Le vieillissement humain. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.freewebs.com/geriatrie/gnralits.htm>.

¹⁴² RSV. Réseau santé Valais. Le domaine de la gériatrie. [en ligne]. Adresse URL : www.rsv-gnw.ch/.

¹⁴³ CHAMBRAUD, Véronique, DE GOUSSENCOURT, Christine, RICHAUVERT, Nathalie [et al.]. La vieillesse, le vieillissement, partie 1. In : *Gériatrie : compétences et rôles infirmiers*. Ed. Med-Line, Paris 2007. p. 23, p. 21-62.

En effet l'hérédité, la génétique, l'environnement dans lequel la personne vit, ainsi que la situation sociale et économique. Le vieillissement est propre à chacun, on ne vieillit pas tous de la même manière.

On peut distinguer deux types de vieillissement : le vieillissement primaire et le vieillissement secondaire. Le premier est un processus inévitable qui touche les êtres humains, ce processus n'est pas associé à une maladie. Le second représente les effets des diverses pathologies qui peuvent survenir. Les deux types de vieillissement peuvent être rencontrés en milieu gériatrique.

« Il faut noter que pour bon nombre de personnes âgées, la vieillesse est une étape qui les incite plus qu'avant à la philosophie et à la réflexion. C'est le moment de faire son bilan de vie, passant en revue les moments de leur existence (les pires comme les meilleurs). C'est aussi l'occasion, parce qu'il ravive des souvenirs, de renouveler les liens avec le passé, en réinterprétant et réintégrant ses souvenirs pour mieux comprendre sa trajectoire de vie¹⁴⁴ ».

Le vieillissement a un impact sur la qualité de vie la personne. En effet, le client subit au cours de celui-ci plusieurs modifications physiques, qu'elles soient externes¹⁴⁵ ou internes¹⁴⁶, ainsi que des modifications psychiques et intellectuelles¹⁴⁷. La problématique de la perte des dents est une modification physique interne.

¹⁴⁴ SOLIOZ, Emmanuel. La psychologie du développement : développement cognitif et psychosexuel de l'être humain, *Module APD3M3*, novembre 2005.

¹⁴⁵ Exemples de modifications physiques externes : cheveux gris et/ou blancs, peau fine, apparition de rides, diminution du système pileux, diminution de la taille, etc.

CHAMBRAUD, Véronique, DE GOUSSENCOURT, Christine, RICHAUVERT, Nathalie [et al.]. La vieillesse, le vieillissement, partie 1. In : *Gériatrie : compétences et rôles infirmiers*. Ed. Med-Line, Paris 2007. p. 23-24.

¹⁴⁶ Exemples de modifications physiques internes : les phases du sommeil sont modifiées, il y aura plus de périodes de sommeil léger que de sommeil profond, apparition de l'incontinence, augmentation de la tension artérielle liée à une rigidité des artères, l'ostéoporose, diminution des cinq sens (vue, ouïe, goût, odorat, toucher), etc.

CHAMBRAUD, Véronique, DE GOUSSENCOURT, Christine, RICHAUVERT, Nathalie [et al.]. La vieillesse, le vieillissement, partie 1. In : *Gériatrie : compétences et rôles infirmiers*. Ed. Med-Line, Paris 2007. p. 24-26.

¹⁴⁷ Exemples de modifications psychiques et intellectuelles : l'apprentissage devient plus lent, baisse de l'attention, la réalisation de certains gestes devient plus lent, la compréhension de certains mots du vocabulaire est diminué, etc.

CHAMBRAUD, Véronique, DE GOUSSENCOURT, Christine, RICHAUVERT, Nathalie [et al.]. La vieillesse, le vieillissement, partie 1. In : *Gériatrie : compétences et rôles infirmiers*. Ed. Med-Line, Paris 2007. p. 26-28.

Dû à celle-ci le client subira différents troubles tels que : la diminution de la production de salive dû à l'atrophie des glandes, les troubles de la mastication ainsi qu'une déglutition difficile, qui peut provoquer des « fausses routes ».

L'infirmière doit être attentive à toutes modifications liées au vieillissement qu'elles soient physiques, psychiques ou intellectuelles.

« Chaque être humain vieillit en fonction de ce qu'il est, de ce qu'il a été, de ce qu'il a vécu¹⁴⁸ ».

3.3.3. Autonomie¹⁴⁹ et dépendance

Etre autonome signifie pouvoir disposer librement de soi. L'ASI a défini l'autonomie dans sa brochure d'accompagnement des personnes âgées, mais cette définition s'applique à chaque personne quel que soit son âge.

Si l'autonomie d'une personne forme un tout, quatre domaines y sont définis¹⁵⁰ :

- L'autonomie des sentiments : la liberté, le pouvoir et la volonté d'avoir ses propres sentiments face aux personnes, aux événements et aux choses.
- L'autonomie de l'esprit (autonomie spirituelle) : la liberté, le pouvoir et la volonté de choisir le sens et la valeur que l'on donne aux événements et à sa vie.
- L'autonomie physique ou corporelle : la liberté, le pouvoir et la volonté de décider de son corps dans les activités de la vie quotidienne.
- L'autonomie sociale : la liberté, le pouvoir et la volonté de choisir son réseau social.

L'idée centrale de cette classification tient à préciser que la perte d'autonomie dans un domaine, ne supprime pas automatiquement l'autonomie dans les autres domaines.

Mon travail de recherche s'effectue auprès de clients dépendants envers les soins buccodentaires en gériatrie, ce qui correspond à un déficit du domaine de l'autonomie physique ou corporelle.

¹⁴⁸ CHAMBRAUD, Véronique, DE GOUSSENCOURT, Christine, RICHAUVERT, Nathalie [et al.]. La vieillesse, le vieillissement, partie 1. In : *Gériatrie : compétences et rôles infirmiers*. Ed. Med-Line, Paris 2007. p. 21-62.

¹⁴⁹ ASI-SBK. Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées. Berne, 2005.

¹⁵⁰ Ibid., p. 5.

Face à cette dépendance qui peut être momentanée ou permanente, l'infirmière doit identifier les besoins et les ressources du patient et supplée à ses besoins. Cette dépendance peut entraver le client dans l'accomplissement de certains gestes de la vie quotidienne, comme le fait de se laver les dents ou les prothèses dentaires. L'infirmière devra donc évaluer la perte d'autonomie de son client dans son recueil de données afin que sa prise en charge soit adéquate. Cette prise en charge fait appel au jugement de l'infirmière, à son rôle autonome (rôle propre).

Face à un client, en perte d'autonomie, l'infirmière doit faire à sa place un soin d'hygiène qu'il effectuait lui-même depuis sa petite enfance. Cette acceptation nécessite la création d'un climat de confiance. Afin d'obtenir l'approbation du patient, l'infirmière doit établir avec lui un projet thérapeutique commun, dans lequel sont inscrits des objectifs réalistes.

En tant que soignant, il faut être attentif au fait que, si le client est en perte d'autonomie physique ou corporelle, par exemple pour le soin de bouche, son autonomie doit être favorisée dans les autres domaines. En agissant ainsi, l'infirmière renforce la dignité¹⁵¹ de la personne soignée. Elle effectue tous les soins nécessaires pour redonner un état de bien-être au patient, elle respecte sa dignité et son intimité. Respecter la dignité du client en perte d'autonomie, plus spécifiquement pour les soins d'hygiène, est pour moi une des valeurs fondamentales des soins infirmiers. Ma définition personnelle du respect est le fait d'accepter les autres personnes telles qu'elles sont. Chaque personne étant un être humain complexe et unique qui a droit au respect.

Dans la définition du Petit Robert, le mot respect¹⁵² est associé à la dignité. Respecter la pudeur du patient, son intimité lors d'un soin d'hygiène, c'est lui permettre de rester digne en acceptant que quelqu'un d'autre fasse à sa place un soin intime. Le soin buccodentaire, qui fait partie des soins au corps, est un soin intime. Face à ce soin, le soignant doit déployer tout son savoir-faire et son savoir-être pour s'adapter au contexte. Parfois, il devra accepter un refus ou différer le soin. L'attitude du soignant empreinte de respect, favorisera la collaboration du patient.

¹⁵¹ La dignité est : « le respect que quelqu'un mérite », « le respect de soi : amour-propre, fierté, honneur ».

ROBERT, Paul. *Petit Robert*. Dictionnaire de la langue française. Ed. Dictionnaires Le Robert, Paris. 1996. p. 645.

¹⁵² Le respect est : 1) Fait de prendre en considération ; 2) Sentiment qui porte à accorder à quelqu'un une considération admirative, en raison de la valeur qu'on lui reconnaît et à se conduire envers lui avec réserve et retenue.

ROBERT, Paul. *Petit Robert*. Dictionnaire de la langue française. Ed. Dictionnaires Le Robert, Paris. 1996. p. 1954.

Le concept de dépendance est défini comme suit par la FERPA¹⁵³ : « Sont dénommées personnes dépendantes celles qui, pour des raisons liées au manque de capacité physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'une aide importante pour réaliser les activités de la vie quotidienne ». Pour ainsi dire, la dépendance engendre un état de besoin. Ce qui signifie que le transfert vers une tierce personne de certaines démarches sont nécessaires pour assurer les activités et les fonctions de la vie courante.

Une bouche soignée apporte un bien-être au client, ce qui lui procurera de la satisfaction. Permettre à la personne d'avoir une bouche fonctionnelle, qui facilite la mastication, des muqueuses buccales humides qui apportent de la fraîcheur, ainsi qu'une haleine saine qui ne rebute pas l'entourage, c'est restaurer sa dignité. La personne qui retrouve sa dignité osera ouvrir sa bouche et ainsi s'ouvrir aux autres. Soigner une bouche douloureuse, c'est permettre l'expression orale, c'est favoriser la relation.

3.4. L'infirmière

3.4.1. Histoire des soins

« Soigner, prendre soin de la vie est à l'origine de toutes les cultures. Depuis le début de l'histoire de l'humanité les hommes et les femmes se sont efforcés de trouver comment survivre. À l'encontre de ce que l'on croit aujourd'hui, ce n'est pas autour de la maladie que se sont développées les pratiques de soins, mais autour de tout ce qui permet de survivre : lutter contre la faim, être à l'abri¹⁵⁴. ».

Les pratiques du corps s'élaborent autour de deux grands passages de la vie : la naissance et la mort.

L'histoire des femmes soignantes

De tout temps se sont les femmes qui se sont acquittées des soins, pour assurer la continuité de la vie et faire reculer la mort.

Des le XIII^{ème} siècle, ce sont les religieuses qui prodiguent les soins. Ce modèle social restera dominant jusqu'après la deuxième guerre mondiale.

¹⁵³ FERPA. *Fédération européenne des retraités et des personnes âgées*. Le droit des personnes dépendantes à être prises en charge par des systèmes publics. [en ligne]. Adresse URL : <http://ferpa.etuc.org/a/113>.

¹⁵⁴ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie*. Ed. Masson, Paris 2001, p. 456.

Comme on opposait la pureté de l'âme aux souillures du corps, les soins d'hygiène au corps étaient dispensés par un personnel subalterne, issu des pauvres, des malades et des déshérités.

Fin XVIII^{ème} - XIX^{ème} siècle, ce sont toujours les femmes qui soignent. Aux côtés des religieuses, on trouve des nourrices, des sages-femmes et des dames visiteuses. La pratique des soins consiste à suppléer à tout ce que la personne ne peut pas faire par elle-même, se nourrir, apporter des soins au corps, veiller aux fonctions d'élimination, assurer une présence. Les femmes soignantes préparent et administrent des remèdes prescrits par des médecins, ou des potions et des tisanes issues de la croyance populaire.

Fin XIX^{ème} siècle jusque vers les années 1970, les infirmières laïques diplômées font leur apparition aux côtés des religieuses soignantes. Seul le corps malade est alors pris en considération, la maladie devient l'épicentre des techniques de soins. Selon M.-F. Collière¹⁵⁵, les infirmières se muent en professionnelles de la maladie au détriment des soins d'entretien de la vie, des soins d'hygiène de base. Les spécialisations se multiplient et les tâches en rapport avec la maladie sont fragmentées. Les rapports humains deviennent de plus en plus compliqués et impersonnels, ceci en dépit du désir implicite des soignants à veiller au bien-être du patient et à prendre soin de lui. Cette situation a créé un malaise au sein de la profession infirmière, la réalité de leur travail orienté sur la technique, ne correspond plus à leur idéal du « prendre soin » du patient, de lui apporter réconfort et soutien.

Dans les années 1970, grâce au développement des sciences humaines, on assiste à la revalorisation de la relation soignant/soigné. Il ne suffit plus de prendre en compte seulement la maladie, l'infirmière doit prendre en compte le retentissement de la maladie sur l'ensemble des besoins de la personne. « Les professionnels infirmiers deviennent des éducateurs de santé au service non plus « des malades », mais des personnes ayant des problèmes de santé, afin de les aider à les résoudre et à retrouver au plus vite possible leur autonomie¹⁵⁶ ». Cette orientation axée sur le développement de la santé, permet de retrouver la signification originelle et primordiale des soins : celle de maintenir, promouvoir, développer tout ce qui existe ou tout ce qui demeure de potentiel de vie au sein des êtres vivants.

¹⁵⁵ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie*. Ed. Masson, Paris 1982, réédition 2000, p.127.

¹⁵⁶ MAGNON, René. *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*. Ed. Masson. Paris, 2001, p. 89.

Afin d'utiliser les informations recueillies auprès du client pour déterminer ses besoins en soins infirmiers, le processus de soins infirmiers¹⁵⁷, méthode scientifique de résolution de problèmes, a été développé. Grâce à cet outil, l'infirmière peut exercer un jugement clinique en établissant un diagnostic infirmier, et un jugement thérapeutique par la mise en œuvre du plan de soins. Dans ce domaine spécifique, l'infirmière a un rôle propre, autonome.

Dans le but d'assurer la continuité des soins, dans le contexte d'interdisciplinarité, et également pour conserver les informations concernant chaque malade, les infirmières vont développer, dans les années septante, le dossier de soins.

Soigner

« Les soins sont le propre de tout un chacun pour assurer la survie; par contre, dans certaines circonstances, comme les passages difficiles de la vie, de la maladie ou l'accident, ils relèvent de la fonction infirmière, mais ne sont pas spécifiquement infirmier pour cela¹⁵⁸ ».

« Etre soigné,...se soigner,...soigner,... qui au cours de sa vie n'a connu chacun de ces impératifs¹⁵⁹ ? »

Du premier cri à notre dernier souffle, notre vie se dessine par une succession de passages, qui pour être franchis, demandent à être entourés de soins.

- Au départ de la vie nous avons recours aux autres, pour « **être soignés** ». Durant la petite enfance, le nourrisson reçoit des autres tout ce qui est nécessaire pour assurer sa survie et son développement.
- « **Se soigner** » se substitue à « être soigné ». Ce sont les soins que l'on peut assurer soi-même, (les auto-soins) indispensables à notre quotidien : se nourrir, se laver, s'habiller, évacuer...mais aussi échanger avec les autres.
- Puis, vient le temps de « **soigner** », soigner l'enfant dont on a la responsabilité en tant que parents, mais également nos aînés qui vieillissent.

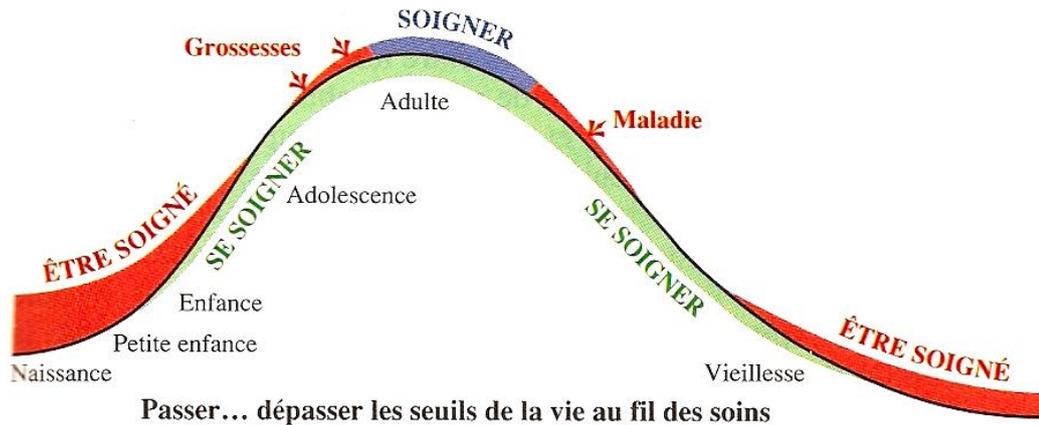
¹⁵⁷ Aussi appelé PSI.

¹⁵⁸ COLLIERE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie*. Ed. Masson, Paris 2001, p. 121.

¹⁵⁹ COLLIERE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie*. Ed. Masson, Paris 1982, réédition 2000, p. 12.

Les professionnels de la santé assument également ces soins, auprès des personnes qui, temporairement ou définitivement, ne peuvent pas le faire par eux-mêmes en raison de dépendances causées par l'âge, la maladie ou l'accident, mais également lors de la grossesse et durant le temps de la naissance.

« De la naissance à la mort, être soigné,...se soigner ...soigner...se succèdent non pas en se juxtaposant, mais en se chevauchant¹⁶⁰ ».



Seuils de la vie au fil des soins par M.F. Collière¹⁶¹

Soigner ne saurait être assimilé à traiter. Dans la pratique des soins, il y a méprise constante entre ce qui est de l'ordre des soins et des traitements, ce qui laisse à penser que seuls les traitements représentent l'action thérapeutique.

Afin d'imager ce paradoxe, M.-Françoise Collière dans son livre, « Soigner...Le premier art de la vie¹⁶² » prend comme exemple le travail des jardiniers et des horticulteurs.

Ces professionnels exploitent la différence fondamentale entre « soin » et « traitement ». Les soins apportés aux plantes assurent leur croissance et leur développement. Par contre, si une plante est malade, ils sélectionnent un produit pour les traiter et endiguer la maladie. Pendant toute la durée du traitement, ils continuent cependant à soigner ces plantes, à assurer leurs fonctions vitales, à leur donner à boire et de la lumière, etc. Sans compter que plus un traitement prend la place des soins, plus il devient nuisible. En parlant de l'être humain, on oublie parfois le sens originel du mot « soins », on confond les traitements avec les soins, on donne la priorité aux traitements au détriment des soins.

¹⁶⁰ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie*. Ed. Masson, Paris 2001, p. 137.

¹⁶¹ Ibid., p. 173.

¹⁶² Ibid., p.173.

« Les soins s'adressent à tout ce qui stimulent les forces de la vie, les réveille les maintient. Les traitements s'adressent à la maladie et aux dégâts qu'elle cause¹⁶³ ».

Soigner c'est entretenir la vie, assurer les besoins indispensables à la vie, si divers soient-ils.

Les soins d'entretien ou de maintien de la vie regroupent tous ces soins permanents et quotidiens, indispensables au développement de la vie. Ils sont liés aux activités qui assurent la continuité de la vie: boire, manger, évacuer, se laver, se lever, bouger, se déplacer, etc.

Les soins de réparation ou de traitement ont pour objectif de limiter la maladie, de lutter contre elle et de s'attaquer à ses causes. Ces soins ne sauraient avoir de sens ni d'effets, s'ils ne sont pas complémentaires aux soins d'entretien de la vie qu'ils ne peuvent jamais remplacer d'ailleurs.

Les soins indispensables à la vie semblent évidents. On n'en mesure pas l'absolue nécessité tant ils semblent banals. Le temps passé aux soins d'entretien de la vie demeure un travail invisible aux regards des soins médicaux, mais une carence ou leur absence aboutit à des coûts cachés dont on ne mesure pas toujours l'incidence.

Soigner c'est aider à vivre

Pendant des milliers d'années, l'histoire de l'humanité fut une lutte constante pour le maintien de la survie de l'espèce humaine. La notion de santé est relativement récente dans le monde occidental, elle apparaît avec les recherches scientifiques qui ont permis d'identifier les causes de nombreuses maladies. La santé fut définie comme l'absence de maladie en la limitant au seul aspect physique. Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, l'OMS donne la définition suivante « La santé n'est pas seulement représentée par l'absence de maladie, elle est un état complet de bien-être physique, mental et social¹⁶⁴ ».

Cette conception de la santé ne se limite pas à l'absence de maladie. Elle signifie que lorsqu'il y a maladie, il n'y a pas obligatoirement perte de la santé, mais seulement altération de celle-ci et qu'il est primordial d'utiliser ce qu'il reste des capacités de vie pour lutter contre la maladie.

¹⁶³ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie*. Ed. Masson, Paris 2001, p. 184.

¹⁶⁴ Ibid., p. 232.

Cette définition montre également que l'homme est un tout indivisible, qu'il existe au travers de l'interrelation entre l'aspect physique, mental et social de la santé. Au-delà de cette définition, on ne peut parler de la santé ou de la maladie comme des entités en soi, mais elles sont étroitement dépendantes de la vie dans ses différentes manifestations.

« Il ne peut y avoir, dans la pratique professionnelle, de dichotomie entre le corps et l'esprit, entre la relation et la technicité, et que pour être un bon soignant il est nécessaire d'être un habile et intelligent technicien, rompu à toutes les facettes de la communication et des relations humaines¹⁶⁵ ».

3.4.2. Définitions du rôle infirmier

Définition de l'OMS

« La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie.

Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé¹⁶⁶ ».

¹⁶⁵ MAGNON, René. *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*. Ed. Masson. Paris, 2001. p. 98.

¹⁶⁶ BONNEAU, ALAIN. A ma santé. *Les soins infirmiers*. 2008. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.amasante.com/infirmierie-quebec.php>.

Définition du conseil international des infirmiers

« On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés -malades ou bien-portants- quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation¹⁶⁷ ».

Définition de l'Association Suisse des Infirmières, ASI

« Les soins infirmiers s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités. Les soins infirmiers contribuent notamment à la promotion et au maintien de la santé. Les infirmières incitent les individus à adopter un mode de vie susceptible de maintenir et d'améliorer la santé en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne¹⁶⁸ ».

Formation Bachelor

« La formation en soins infirmiers prépare l'étudiant(e) à faire face à des situations humaines complexes, problématiques et difficilement prévisibles. Elle est conçue pour former des praticien-ne-s réflexifs-ives capables de penser et de mobiliser des connaissances théoriques dans leur pratique. L'accent est mis ainsi sur la capacité d'analyser les situations dans leur évolution, d'en percevoir les particularités et d'adapter l'intervention professionnelle en fonction de la singularité et de l'imprévisibilité des personnes et des contextes. Grâce aux soins corporels, à la relation et aux différentes approches liées aux innovations technologiques et thérapeutiques, les infirmiers et les infirmières accompagnent au quotidien, de la naissance à la mort, les personnes qui traversent des crises et des deuils, en privilégiant au maximum l'autonomie de la personne et le retour à son environnement¹⁶⁹ ».

¹⁶⁷ Conseil international des infirmières. *Le CII ou la promotion des soins infirmiers et de la santé 1899-2008*. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.icn.ch/french.htm>.

¹⁶⁸ ASI-SKB. Association suisse des infirmières et infirmiers. *Normes de qualité pour les soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 2006. p. 3.

¹⁶⁹ HES-SO. Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Formation Bachelor. Soins infirmiers, description. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.hes-so.ch/CMS/default.asp?ID=1363>.

La filière dispense une formation généraliste élaborée sur la base d'un référentiel de neuf compétences¹⁷⁰ professionnelles, l'étudiant(e) doit atteindre au terme de sa formation le niveau expertise.

Malgré des similitudes dans les définitions, j'ai choisi de décliner le rôle infirmier selon le standard mondial, pour sa référence dans le monde entier. Le conseil international parce qu'il permet aux infirmières des différentes nationalités qui travaillent en Suisse d'avoir un standard commun. L'association suisse des infirmières, car c'est elle qui défend le rôle infirmier sur le plan national. Pour terminer avec la définition de l'infirmière Bachelor, pour préciser le rôle infirmier développé au travers cette formation.

3.4.3. Champs d'activité de l'infirmière

Le modèle trifocal

Comme mentionné dans la définition des soins infirmiers par le CII¹⁷¹ : l'infirmière prodigue des soins de « manière autonome ou en collaboration¹⁷² ».

Le concept de « **rôle propre infirmier** » englobe toutes les tâches et activités que l'infirmière peut mener de manière autonome. Les actions réalisées par l'infirmière sont sous l'entière responsabilité, en toute légalité.

Quant au terme « **en collaboration** », il rassemble deux fonctions distinctes de l'infirmière :

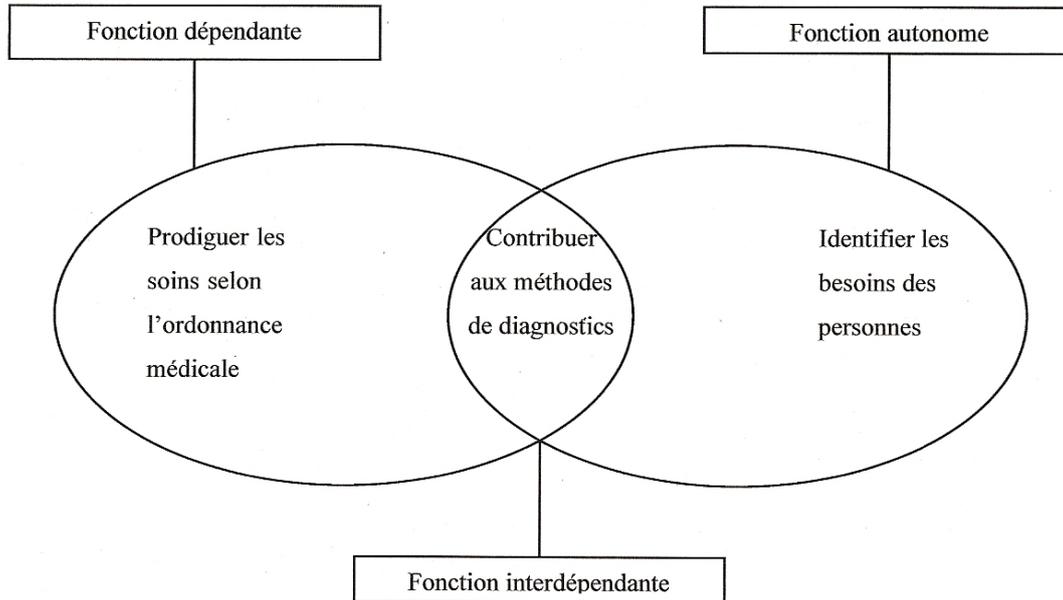
- **La fonction dépendante** : aussi appelée « rôle médico-délégué » : l'infirmière exerce des interventions prescrites par le médecin, donc sous la responsabilité directe de celui-ci.
- **La fonction interdépendante** : l'infirmière « collabore » à la prescription, au traitement par des actions décidées de son propre chef, et qui recouvrent essentiellement le domaine de la prévention et de la surveillance.

¹⁷⁰ Référentiel de compétences en annexe. Annexe IV.

¹⁷¹ CII : Conseil International des infirmières.

¹⁷² Le rôle autonome ainsi que le rôle délégué seront développés plus en détaille sous le chapitre 3.4.5.

L'infirmière se voit attribuer trois champs d'activité ou trois rôles, c'est le modèle trifocal qui peut s'illustrer par le schéma suivant :



Le modèle trifocal¹⁷³

3.4.4. Le rôle spécifique de l'infirmière en gériatrie

« Les quatre responsabilités essentielles de l'infirmière sont: promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance¹⁷⁴ ».

En gériatrie, l'infirmière doit prendre en charge la personne âgée de manière globale. Celle-ci doit alors tenir compte des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles de son client ainsi que de son histoire de vie. L'infirmière a un rôle essentiel en gériatrie, elle est responsable de la qualité des soins et de la qualité de vie de la personne âgée. En effet, lorsqu'un client est hospitalisé en milieu gériatrique celui-ci est limité au niveau de son autonomie physique, par exemple, il est dépendant pour une ou plusieurs activités de la vie quotidienne. De ce fait, le rôle de l'infirmière est d'évaluer le besoin d'aide compensatoire en fonction de l'handicap sous-jacent.

¹⁷³ BIZIER, N. *De la pensée au geste : un modèle concept en soins infirmiers*. Paris, 3^{ème} Ed. Maloine, 1992, p. 42.

¹⁷⁴ PAYCHENG, Odile, SZERMAN, Stéphane. *L'éthique dans les soins : de la théorie à la pratique. Cas concrets*. Ed. Heures de France, 1998. p. 155.

« Les soins infirmiers en gériatrie sont à la fois des soins préventifs, curatifs, palliatifs et sont reliés à la chronicité et à la santé mentale. Ils constituent à la fois des soins de base et des soins spécialisés¹⁷⁵ ». L'infirmière intervient, entre-autre, au niveau des soins d'hygiène et de confort visant à éviter l'apparition de complications.

Les soins buccodentaires ou de prothèse dentaires font partis des ces soins. L'infirmière doit connaître les besoins, les ressources de son client et s'inquiéter de sa réalisation pour que des répercussions sur l'état général du client âgé ne surviennent pas.

« Etre infirmière en gériatrie demande santé, bonne manutention, patience, compétence, courage, joie et ouverture d'esprit¹⁷⁶ ».

3.4.5. Rôle autonome, rôle délégué

Rôle autonome¹⁷⁷

Les principes organisateurs de l'autonomie sont : la présence d'Autrui, la présence de la Loi et la conscience de Soi. Ce sont les trois axes autour desquels se définit l'autonomie¹⁷⁸.

L'infirmière dans l'exercice de sa fonction est à la fois dépendante de la prescription médicale mais indépendante dans la qualité de son exécution, le moment de son application aura été établi en interdépendance avec le médecin en fonction des besoins du patient et des nécessités du traitement¹⁷⁹. Les infirmières définissent leur autonomie comme l'ensemble des actes qu'elles peuvent initier sans dépasser les limites de leurs compétences¹⁸⁰.

Etre autonome c'est se comporter en personne responsable, à partir de ses représentations, l'infirmière définit son autonomie comme la « prise en charge du patient » et l'adaptation des informations aux besoins spécifiques du patient¹⁸¹.

¹⁷⁵ ENGELSTEIN, Ariane. L'équipe soignante en gériatrie, des spécificités à prendre en compte. [en ligne]. Adresse URL : http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/equipe_soignante.pdf.

¹⁷⁶ DESIR, Daniel. *CHU Brugmann*. Etre infirmière en gériatrie. décembre 2004. [en ligne] .Adresse URL: <http://www.chu-brugmann.be/fr/nursing/dept-geria.asp>.

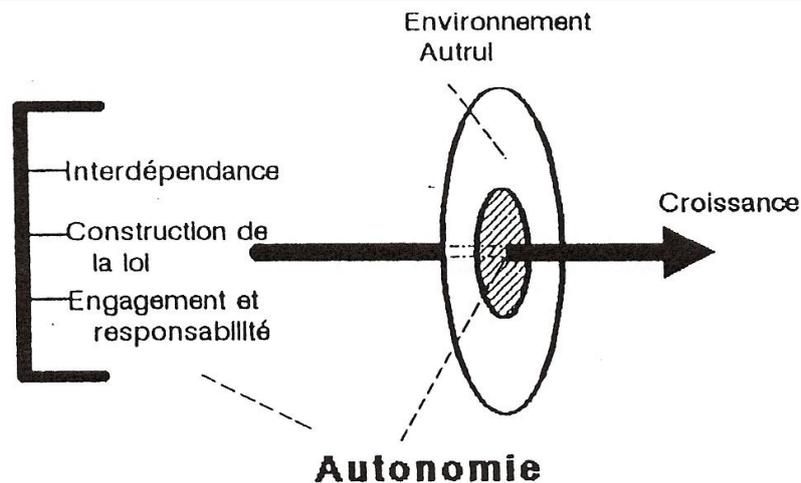
¹⁷⁷ Le chapitre suivant ce réfère à : PÔLER-MASSET, Anne-Marie. *Passeport pour l'autonomie. Affirmez votre rôle propre*. Chapitre 1. Paris : Ed. Lamarre, 1993, p. 15-23.

¹⁷⁸ Ibid., p. 16.

¹⁷⁹ Ibid., p. 16.

¹⁸⁰ Ibid., p. 16-17.

¹⁸¹ Ibid., p. 17.



Représentation du concept « autonomie »¹⁸²

Etre autonome c'est¹⁸³ :

- faire des choix,
- prendre des responsabilités,
- se situer, se donner des règles, se prendre en charge.

L'autonomie de l'infirmière s'exprime par la réalisation du processus de soins infirmiers (PSI), qui s'organise autour de cinq étapes :

- Identifier les besoins de la personne
- Poser un diagnostic infirmier
- Formuler des objectifs de soins
- Mettre en œuvre les actions appropriées
- Evaluer

Ces actions mises en œuvre pour la réalisation du processus de soins, sont la partie visible du travail de l'infirmière, au travers de la transmission écrite du PSI dans le dossier du client.

Responsabilité dans le cadre des professions soignantes¹⁸⁴

Etre autonome signifie accepter la responsabilité de ses actes. La responsabilité, quant à elle, entraîne une prise de décision, puis son application en regard des risques et des conséquences s'y rapportant, évalués pour assurer la sécurité d'autrui.

¹⁸² PÔLER-MASSET, Anne-Marie. *Passeport pour l'autonomie. Affirmez votre rôle propre*. Chapitre 1. Paris : Ed. Lamarre, 1993, p. 18.

¹⁸³ Ibid., p. 18.

¹⁸⁴ Ibid., p. 18.

Elle implique des connaissances dans tous les domaines spécifiques pour prodiguer des soins infirmiers, mais aussi la connaissance de la personne, celle des structures de travail, des liens hiérarchiques et fonctionnels, du domaine de compétence et de ses limites de décision.

La responsabilité pénale des soignants est entière s'il est établi de façon formelle qu'il existe une faute dans l'organisation ou l'exécution des soins, dans l'exercice de son rôle et si une relation de cause à effet existe entre cette faute reconnue et le dommage subi par le malade.

Le rôle délégué

Le rôle médico-délégué

Le rôle médico-délégué inclut tous les actes infirmier accomplis sur prescription médicale, comme l'administration de médicaments, les injections, les pansements, etc. Le médecin est responsable de la prescription, et l'infirmière de la mise en œuvre de celle-ci. Elle n'est cependant pas qu'une simple exécutante, elle doit être en mesure de comprendre toutes les prescriptions et faire le lien entre ses connaissances et les ordonnances faites par les médecins pour ne pas appliquer une prescription insensée.

La délégation de l'infirmière à l'aide-soignante ou à l'ASSC

Seul un acte relevant du rôle propre de l'infirmière peut-être délégué à l'aide-soignante, ou à l'ASSC. L'infirmière est responsable des actes effectués par cette dernière. Elle doit vérifier que la personne à laquelle elle délègue un soin ait les compétences nécessaires pour le réaliser. Elle doit ensuite superviser la réalisation du soin, si celui-ci est exécuté pour la première fois.

3.4.6. Modèle de soin de Dorothy Orem¹⁸⁵

Pour exercer son jugement clinique, dans sa pratique professionnelle l'infirmière se réfère à une conception de soins infirmiers. « Des conceptions spécialement élaborées pour la profession infirmière permettent de définir la personne, l'environnement, la santé et le soin ainsi que les liens qui les unissent¹⁸⁶ ». Ces modèles conceptuels orientent la pratique de l'infirmière en fournissant une description, par exemple du but qu'elle poursuit, de son rôle et de ses activités de soins.

¹⁸⁵ Dorothy Orem, Infirmière de nationalité américaine. En 1971, son ouvrage intitulé *Nursing, concepts of Practice* introduit le concept du self-care (auto-soin). Vécue de 1914 à 2007.

¹⁸⁶ KEROUAC S., PEPIN J., DUCHARME F. [et al.] *La pensée infirmière*. 2^{ème} édition. Ed. Beauchemin. Québec, 2003, p. 30.

« Tout en accordant une place encore importante à la maladie et aux problèmes de santé, les conceptions de l'école des besoins ont marqué le point de départ d'un centre d'intérêt spécifique à la discipline infirmière, soit une orientation vers la personne¹⁸⁷ ». L'école des besoins est celle qui nous a été enseignée durant ma formation.

Pour Virginia Henderson, l'individu forme un tout présentant des besoins fondamentaux. Le soin est centré sur l'indépendance de la personne aux vues de la satisfaction de ses besoins vitaux. Dorothy Orem considère l'être humain en interaction avec l'environnement¹⁸⁸, sur sa capacité d'exercer les auto-soins envers lui-même et envers les autres. Un auto-soin peut se définir comme « une capacité complexe et acquise qui permet à une personne se satisfaire ses propres exigences continues de soins. Cette capacité varie selon les stades du développement, l'état de santé, la capacité d'apprendre, les expériences vécues, les influences culturelles et les ressources de la vie quotidienne¹⁸⁹ ».

J'ai choisi comme référence le modèle conceptuel de D. Orem, car le soin infirmier y est décrit comme un outil aidant le client à atteindre son autonomie maximale, et aussi parce que le soin de bouche est un auto-soin que l'individu exerce pour prendre soin de lui-même. Mais c'est également le modèle que je connais le mieux, puisque c'est celui qui a été enseigné en priorité durant ma formation. La structure du dossier de soins informatisé au sein du RSV appelé Phoenix est construite sur le modèle des huit auto-soins de D. Orem. C'est de dossier que je serai amenée à utiliser dans ma pratique professionnelle.

Le modèle

Le modèle de D. Orem se base sur cinq postulats :

1. L'être humain a **besoin** que des apports (air, eau, affection) continus et délibérés lui soient fournis ainsi qu'à son environnement.
2. L'être humain exerce sa **capacité** d'agir lorsqu'il prend soin de **lui-même et des autres**, en identifiant et en fournissant les apports nécessaires. (capacités d'auto-soins).
3. L'être humain adulte est confronté à l'expérience de sa **capacité limitée** de prendre soin de lui-même (limitation d'auto-soins, déficits d'auto-soins).

¹⁸⁷ KEROUAC S., PEPIN J., DUCHARME F. [et al.] *La pensée infirmière*. 2^{ème} édition. Ed. Beauchemin. Québec, 2003, p. 32.

¹⁸⁸ Le concept d'environnement est, ici pris au sens large, puisqu'il comprend tous les facteurs externes à l'organisme humain.

¹⁸⁹ Tiré du document de cours de Mme FELLAY-CHILINSKI, C. « L'école des besoins ». HES-SO. *Module A1D2M1*, 2005.

4. La capacité humaine d'action s'exerce par la découverte, le développement et la transmission aux autres des moyens d'identifier et de fournir les apports nécessaires.
5. Les sociétés répartissent les tâches et responsabilités pour dispenser des soins aux personnes limitées dans leurs capacités à se fournir les soins nécessaires (recourt aux soins infirmiers).

L'auto-soin vise à satisfaire des nécessités spécifiques appelées **nécessités d'auto-soins**¹⁹⁰ :

- **Universels**, applicables à tout un chacun, au cours de la vie, ils comprennent tous les actes se rapportant aux processus vitaux. Ils regroupent : l'eau, l'air, la nourriture, l'élimination, l'activité, le repos, la solitude et les interactions sociales.
- **Développementaux**, liés aux différents événements de la vie qu'il s'agisse de développement naturel ou de situations imprévues. Ces événements exigent de l'homme qu'il opère des changements de vie et qu'il s'y habitue.
- **Reliés à l'altération de la santé**, en rapport avec une perturbation de la santé : maladie, choc, handicap, traitements, baisse d'estime de soi, etc.

Pour identifier et satisfaire ces nécessités, les individus utilisent leur capacité de se prendre en charge, appelée **capacité d'auto-soins**. La capacité d'auto-soins est une capacité complexe : c'est le pouvoir d'agir et de prendre en charge sa santé.

Pour exercer leur capacité d'auto-soins, les individus doivent¹⁹¹ :

1. Acquérir les connaissances relatives à leur état de santé.
2. Juger et décider des actions à poser pour maintenir ou rétablir leur état de santé.
3. Agir pour accomplir l'auto-soin proprement dit, c'est-à-dire : Connaître les moyens et les méthodes à employer, avoir la motivation et avoir l'énergie et les ressources nécessaires pour y parvenir.

Si à un moment donné, vu son état de santé, la personne ne peut plus accomplir elle-même un soin de bouche, il y a limitation de la capacité d'auto-soins universels.

¹⁹⁰ AMAR, B., GUEGUEN, J.-P. *Nouveaux cahiers de l'infirmière. Soins infirmiers 1 : Concepts e les théories de soins*. Chapitre 17. 3^{ème} édition. Ed : Masson. Paris, 2003. p. 156.

¹⁹¹ LANIEL, Mélissa. *Département de soins infirmiers. Notre philosophie*. [en ligne]. 2005. Adresse URL : http://www.colvir.net/départements/soins_infirmiers/pages/philosophie.html.

Dans une telle situation, la nécessité d'auto-soins comporte des exigences qui dépassent la capacité d'auto-soins des personnes. Ces dernières se retrouvent dans une situation de déficit d'auto-soins, et c'est alors qu'elles ont besoin de recourir aux soins infirmiers.

La théorie du déficit d'auto-soins est au cœur du modèle de D. Orem. Pour elle, les buts des soins infirmier sont de :

- Maintenir, restaurer ou promouvoir l'intégrité de la personne grâce aux auto-soins.
- Prévenir les dommages ultérieurs grâce à un auto-soin continu.
- Protéger, développer ou assurer la régulation de l'exercice de sa capacité d'auto-soins.

C'est en utilisant la méthodologie du processus de soins infirmiers¹⁹² que l'infirmière peut identifier les exigences d'auto-soins de ses clients, les limites qui les empêchent de les satisfaire et les interventions susceptibles de corriger cette situation.

Selon le niveau d'autonomie de leurs clients, elle développe des systèmes de soins :

- totalement compensatoire,
- partiellement compensatoire,
- ou encore de soutien-éducation.

Dans la problématique d'un patient dépendant pour le soin de bouche, le système de soins infirmiers est totalement compensatoire. L'infirmière accomplit le soin de bouche à la place du client, mais selon l'évolution vers une autonomie retrouvée ou partielle, le mode d'assistance va s'adapter.

Le modèle conceptuel d'Orem, permet à l'infirmière de « concevoir un système d'assistance infirmière, de planifier la prestation de l'assistance spécifiée et enfin d'assurer et de contrôler la prestation de cette assistance¹⁹³ ».

La démarche de soins de D. Orem comporte trois étapes¹⁹⁴, qui recouvrent les cinq étapes du processus de soins infirmiers, développé dans le chapitre suivant.

¹⁹² Le processus de soins infirmiers est développé sous la section 3.5.1.

¹⁹³ OREM D. Traduit par GOSSELIN D. *Soins infirmiers : les concepts et la pratique*. Chapitre 7. Ed. Maloine. Montréal : Décarie. 1987. p. 272.

¹⁹⁴ Tiré du document de cours de Mme FELLAY-CHILINSKI, C. « L'école des besoins ». HES-SO. *Module A1D2M1*, 2005.

J'illustre ci-dessous les modes d'assistance¹⁹⁵ que l'infirmière utilise pour compenser les limitations d'auto-soins en lien avec un diagnostic d'atteinte à l'intégrité de la muqueuse buccale.

Agir pour aider une autre personne relève du « entièrement compensatoire » pour satisfaire l'exigence d'auto-soins thérapeutiques. La collaboration du patient est nécessaire pour agir à sa place, tout en respectant son intimité. Cependant, dans la mesure du possible, il faut remplacer graduellement ce premier mode d'assistance par ceux qui consistent à guider, à soutenir.

Guider et procurer un soutien physique sont souvent utilisés conjointement. L'infirmière dispense au client dépendant, des soins d'hygiène buccale pour lui permettre de retrouver une bouche saine et ainsi rétablir les capacités d'auto-soins universels. Elle aide le client à faire des choix, en lui fournissant les informations nécessaires à la prévention de la santé.

Procurer un soutien psychologique lorsque le client fait face à des situations désagréables, douloureuses ou difficiles. L'attitude du soignant doit favoriser l'expression des sentiments en créant un climat de confiance. Avec une bouche saine la personne est à l'aise pour parler à ses proches, la communication est maintenue. On évite ainsi la distance que l'entourage pourrait imposer à une personne dont l'état de la bouche empêcherait les contacts.

Procurer un environnement qui favorise un développement personnel et permet de satisfaire les exigences d'action présentes ou futures, car l'être humain se développe au contact des autres. Le rôle infirmier consiste à éviter l'isolement social en favorisant les contacts.

Enseigner les étapes d'un soin de bouche, mais également les bienfaits d'une bouche saine par rapport aux incidences sur la santé globale. Selon les capacités d'auto-soins, on peut débiter par le rinçage de bouche. Ensuite, selon son degré d'autonomie la personne peut effectuer elle-même le soin. Favoriser la participation de la famille lorsque cela est possible. Enseigner fait aussi partie de la délégation du soin à un autre professionnel dans un esprit de collaboration interdisciplinaire.

¹⁹⁵ OREM D. traduit par GOSSELIN D. *Soins infirmiers : les concepts et la pratique*. Chapitre 7 p.172, 174 Paris : Maloine, Montréal : Décarie, 1987, p. 352

3.5. Qualité des soins infirmiers¹⁹⁶

Aujourd'hui dans le monde professionnel, le label qualité est un certificat qu'une grande majorité des entreprises désirent obtenir. C'est la garantie de leur bonne pratique professionnelle auprès de la société, que ce soit dans les domaines de la fabrication, des procédures ou des services. L'Association Suisse des Infirmières et des Infirmiers (ASI) a élaboré différents standards de qualité pour la pratique des soins infirmiers dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins.

Afin d'introduire la qualité des soins dans mon étude, j'ai décidé d'utiliser comme référence « Les normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers » aussi appelé « Standards de soins¹⁹⁷ » ainsi que « Les caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins¹⁹⁸ » qui seront développées postérieurement.

« Les standards font donc partie d'une stratégie globale qui vise à assurer, évaluer et améliorer la qualité des soins en procurant aux professionnels des critères d'évaluation objectifs, plutôt qu'implicites¹⁹⁹ ». L'association suisse des infirmières et des infirmiers a développé trois standards de qualité :

- Standard 1 : Les soins
- Standard 2 : L'organisation des soins infirmiers
- Standard 3 : La formation continue et complémentaire du personnel infirmier

Je vais développer certains points des trois standards en regard de mon objet d'étude.

Le premier standard fait référence au processus de soins ainsi qu'au savoir professionnel de l'infirmière. Les soins doivent être « individualisés, adaptés à la situation et orientés vers des buts²⁰⁰ ».

¹⁹⁶ Inspiré de : ASI-SBK. Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins. Berne, 1998, p. 1-16.

¹⁹⁷ Ibid.

Les standards des soins se trouvent en intégralité en annexe. Annexe V.

¹⁹⁸ EXCHAQUET, N. ; ZUBLIN, L. Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux de soins généraux. Etude de soins infirmiers en Suisse. Berne, 1975, annexe 5.

Les caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins sont sous forme de grille en annexe. Annexe VI.

¹⁹⁹ ASI-SBK. Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins. Berne, 1998, p. 6.

²⁰⁰ Ibid., 10-11.

L'infirmière doit pouvoir favoriser l'échange d'informations avec le client et sa famille afin que tout un chacun participe aux différentes étapes du processus de soins. L'infirmière peut établir des objectifs à atteindre avec le client et réajuster le plan de soins en conséquence. Les besoins et les ressources du client en matière de soins buccodentaires doivent être évalués dans l'anamnèse des soins. Sans oublier que les pathologies de la sphère buccale peuvent avoir de graves répercussions sur la santé, rendant de ce fait la prévention indispensable. Des pathologies peuvent survenir. L'infirmière doit alors s'assurer que le client reçoive des informations sur sa pathologie ainsi que des soins et des traitements associés. Après le soin buccodentaire, l'infirmière doit notifier ses observations sur un document écrit ou informatisé, afin de laisser une traçabilité et assurer la continuité du soin. La priorité est de favoriser le confort du client.

Les soins donnés aux clients sont basés sur **le processus de soins**. Ils sont **individualisés, adaptés à la situation et orientés vers des buts**. L'infirmière met tout en œuvre pour que **l'autonomie** des personnes qui réclament ses services soit respectée. Les clients et leurs proches sont soutenus dans la recherche de solutions aux problèmes de soins ou situations de crise. Pour atteindre ces buts, l'infirmière utilise le processus de soins et son savoir professionnel. Afin de prodiguer des soins de bouche optimaux, l'infirmière doit planifier ses interventions de manière efficiente, en se référant aux treize critères du standard un de l'ASI.

Le deuxième standard fait référence à l'organisation des soins infirmiers. « Dans un hôpital, service de soins à domicile, service de santé communautaire, clinique ou home, un service des soins infirmiers organisé et dirigé par une infirmière diplômée formée pour ce poste est une condition préalable pour assurer la qualité des soins infirmiers²⁰¹ ». La responsable du service peut mettre à disposition un document écrit spécifiant le niveau de qualité requis pour le soin buccodentaire. Ce document aiderait ainsi à évaluer la qualité ainsi qu'à réajuster les actions si besoin. L'infirmière responsable du service doit aussi assurer une dotation en personnel suffisante pour que les normes de qualité soient respectées.

Plusieurs personnes peuvent graviter autour du client (les infirmières, les ASSC, les aides-soignantes, etc.), l'infirmière responsable doit ainsi définir les tâches, les responsabilités ainsi que les compétences du personnel soignant travaillant au sein de service. Il reste à souligner que toutes les personnes citées plus haut peuvent réaliser des soins buccodentaires.

²⁰¹ ASI-SBK. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 1998, p. 12.

Le troisième standard fait référence aux formations continues et complémentaires du personnel soignant. « Chaque infirmière est responsable de sa formation continue et complémentaire. L'employeur est responsable de lui fournir les moyens nécessaires pour un perfectionnement régulier²⁰² ». L'infirmière a la possibilité de pouvoir se perfectionner durant son cursus professionnel. Elle doit donc être attentive aux opportunités de formations internes offertes dans son service, concernant par exemple les soins buccodentaires. L'infirmière responsable peut favoriser la participation à la formation complémentaire, externe ou interne, ainsi qu'à la formation continue, en gérontologie par exemple. Celle-ci peut aussi organiser des ateliers pratiques et théoriques en lien avec les soins buccodentaires au sein même de son service. Ce moyen de procéder vise à répondre aux besoins non seulement des infirmières, mais aussi des autres professionnels de la santé qui travaillent auprès de personnes âgées comme les ASSC, les aides-soignantes, les aides-infirmières à réajuster ou à développer de nouvelles compétences pour ce soin.

Jusqu'à présent, dans ce chapitre, j'ai fait référence aux normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Comme cité précédemment, je me réfère à un document qui s'intitule « Caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins²⁰³ ». Les caractéristiques peuvent être développées dans différents domaines tels que : les soins de base, les soins thérapeutiques, la prise en considération des besoins d'ordre psychique et social, la communication ainsi que la planification des soins et transmissions des informations. Tous ces domaines peuvent être évalués à différents niveaux, soit : les soins « optimaux » réalisés par le client lui-même, les soins « adaptés » au client, les soins dits « sûrs ou minimaux » qui font partie des soins de routine, ainsi que les « soins dangereux » qui peuvent être nuisibles au client.

En rapport avec mon étude, les soins dits « adaptés » sont les plus appropriés. En effet, comme mon travail traite des soins buccodentaires prodigués par des infirmières aux clients dépendants en milieu gériatrique, les soins « optimaux » ne sont pas adéquats car ils devraient être réalisés par le client lui-même. Les soins « adaptés » sont, quant à eux, des soins individualisés, adaptés aux besoins de chaque client. Le client est informé, si besoin est, de son traitement. Il peut ainsi exprimer ses besoins grâce à un climat de confiance qui a été créée entre lui et le soignant.

²⁰² ASI-SBK. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 1998, p. 13.

²⁰³ EXCHAQUET, N. ; ZUBLIN, L. *Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux de soins généraux. Etude de soins infirmiers en Suisse*. Berne, 1975, annexe 5.

3.5.1. Processus de soins infirmiers

Je ne peux pas parler de qualité des soins infirmiers sans vous exposer l'outil par lequel l'infirmière exprime son autonomie professionnelle, c'est-à-dire le processus de soins infirmiers également appelé démarche de soins. Dans la brochure de l'ASI sur la qualité des soins infirmiers, il est mentionné que pour aller vers des soins optimaux, dans une prise en charge globale du patient, l'infirmière doit utiliser le processus de soins et son savoir professionnel.

Le processus de soins infirmiers (PSI)

Au début des années 1950, apparaît le terme de « Démarche de soins », pour décrire une méthode de planification des soins infirmiers. En Suisse, au début des années huitante, les infirmières commencent à utiliser le processus de soins, avec les cinq étapes que l'on connaît aujourd'hui. Cet outil leur servait à formuler un problème de soins infirmiers. Dans les années nonante, le diagnostic infirmier, selon la taxinomie de ANADI²⁰⁴ a été introduit dans les programmes de formation et dans la pratique infirmière.

La démarche de soins « est centrée sur les actions infirmières dans n'importe quel cadre, parce qu'il s'agit d'une méthode efficiente d'organisation des processus de pensées pour pendre des décisions cliniques et résoudre des problèmes²⁰⁵ ». La démarche de soins infirmiers est à la base de toutes les interventions infirmières, elle constitue l'essence même des soins infirmiers. Le processus de soins est un instrument de travail fondamental pour chaque infirmière. Il requiert l'implication du patient à chaque étape du processus et permet d'établir un plan de soins individualisé pour répondre aux besoins du patient en matière de santé.

Buts du processus de soins infirmiers

Le processus de soins est un jugement clinique²⁰⁶ qui permet d'identifier les problèmes de santé réels et potentiels de la personne, en se basant sur deux axes :

²⁰⁴ ANADI : Association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier. En anglais : NANDA.

²⁰⁵ C.COX, Helen. Applications cliniques des diagnostics infirmiers. Chapitre introduction. Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2004. p. 14.

²⁰⁶ Le jugement est : « La faculté de l'esprit permettant de bien juger les choses qui ne font pas l'objet d'une connaissance immédiate certaine, ni d'une démonstration rigoureuse ».

La clinique est : c'est la personne « qui observe directement les manifestations de la maladie au chevet du malade ».

ROBERT, Paul. Petit Robert. Dictionnaire de la langue française. Ed. Dictionnaires Le Robert, Paris. 1996, p. 391 et p. 1235.

Le jugement diagnostique qui consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à identifier les problèmes biologiques, psychiques, sociaux ou spirituels que le patient peut présenter en réaction à son problème de santé. L'analyse et l'interprétation des données observées permettent la pose d'un diagnostic infirmier²⁰⁷.

Le jugement thérapeutique consiste à déterminer les besoins en soins infirmiers pour résoudre les problèmes identifiés. En accord avec la personne soignée, l'infirmière met en œuvre un plan de soins adapté et individualisé.

Afin d'illustrer concrètement un processus de soins, je développe ci-dessous les cinq étapes qui le composent :

1^{ère} étape : la collecte de données

Le recueil de données permet de déterminer l'état de santé global (dans les différentes dimensions : bio-psycho-socio-spirituel) du client.

Les sources d'informations sont en premier lieu le patient, mais également sa famille, son entourage, les membres de l'équipe de soins interdisciplinaire, la consultation de son dossier de soins antérieur et actuel, le dossier médical.

Les données sont subjectives²⁰⁸ et objectives²⁰⁹. Les observations infirmières peuvent ainsi être objectivées avec l'utilisation d'une grille d'évaluation de la cavité buccodentaire.

C'est le rôle autonome de l'infirmière qui s'exerce au travers de l'examen clinique. L'observation est la compétence la plus importante que l'infirmière doit acquérir durant sa formation et maîtriser plus tard dans sa pratique quotidienne. Pour regrouper les données de façon systématique, l'infirmière s'inspire d'un modèle de soins infirmiers, par exemple les huit auto-soins universels de D. Orem. Les données recueillies sont enregistrées dans le dossier de soins infirmiers.

²⁰⁷ Le diagnostic infirmier est développé juste après le processus de soins.

²⁰⁸ « Faits exposés par le patient qui montrent sa perception, sa compréhension et son interprétation de ce qui arrive ».

C.COX, Helen. Applications cliniques des diagnostics infirmiers. Chapitre introduction. Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2004. p. 16.

²⁰⁹ « Faits observables et mesurables par l'infirmière. Elle les recueille pendant l'examen clinique, l'entretien, et l'observation ce qui implique l'utilisation des sens de la vision, de l'écoute, de l'odorat et du toucher ».

Ibid., p.16.

2^{ème} étape : L'analyse (interprétation) des données qui aboutit à la détermination du problème et au diagnostic infirmier

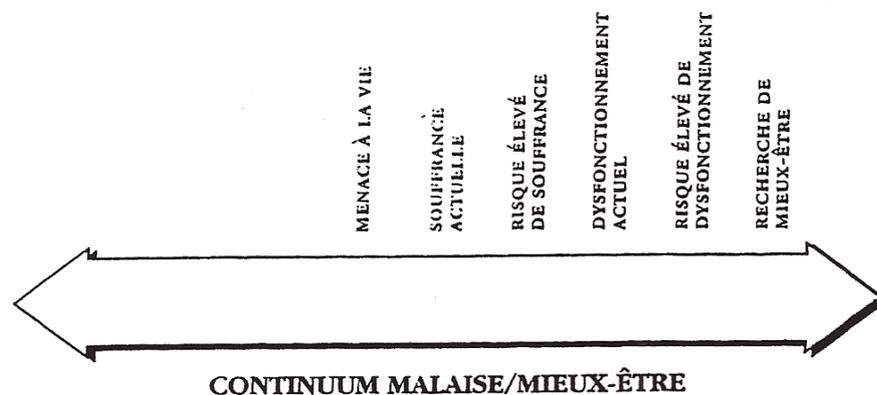
« Les modèles conceptuels proposent une méthode systématique pour l'évaluation initiale et l'orientation de la pratique infirmière en favorisant l'organisation et l'intégration de ce qui est connu de la santé de l'être humain, de la maladie et des soins²¹⁰ ».

L'analyse selon le modèle de D. Orem permet de déterminer les déficits d'auto-soins qui nécessiteront des interventions infirmière, celles-ci seront exprimées par la formulation de diagnostics infirmiers individualisés.

3^{ème} étape : La planification : Elaboration du plan de soins

Plusieurs diagnostics peuvent être formulés pour un patient. Pour une planification optimale des soins, il est nécessaire de déterminer un ordre de priorité. Plusieurs méthodes sont disponibles pour définir les priorités :

- le continuum malaise/mieux-être permet de fixer les priorités par rapport aux menaces que le problème pose sur le pronostic vital.

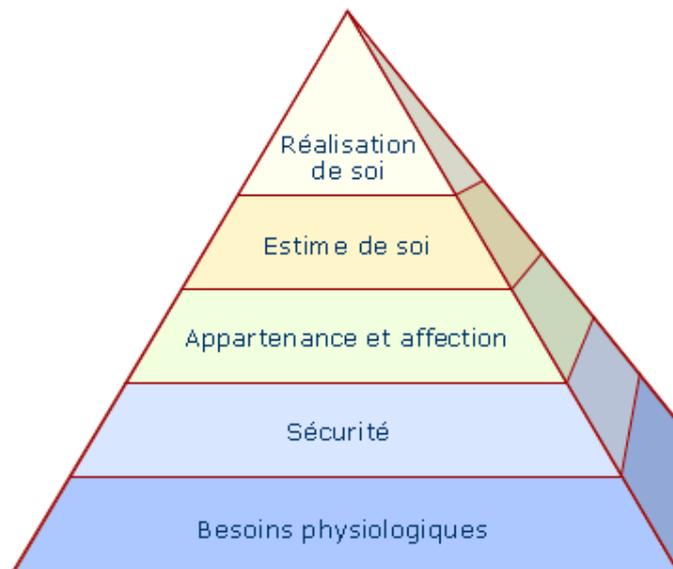


Continuum malaise/mieux-être²¹¹

- selon la hiérarchie des besoins de Maslow, les besoins physiologiques nécessiteront une attention particulière avant de prendre en compte des besoins particuliers.

²¹⁰ C.COX, Helen. Applications cliniques des diagnostics infirmiers. Chapitre introduction. Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2004. p. 26.

²¹¹ LEFEVRE, Monique, DUPUIS, Andrée. Le Jugement Clinique en Soins Infirmiers. Chapitre 1. Ed. Du Renouveau pédagogique, Canada, 1993, p. 30.



Pyramide de Maslow²¹²

- 1 - Besoins physiologiques : ceux-ci sont liés à la survie (alimentation, hydratation, élimination, etc.) ;
- 2 - Besoin de sécurité : il consiste à se protéger des dangers ;
- 3 - Besoin d'appartenance et d'affection : il est lié à la dimension sociale de l'individu et à sa capacité à avoir des relations avec les autres ;
- 4 - Besoin d'estime : l'individu a besoin de reconnaissance ;
- 5 - Besoin de s'accomplir, de réalisation de soi : il vise à un épanouissement de la personne.

Pour dispenser des soins de qualité, il est essentiel que l'infirmière établisse des priorités, formule des **objectifs** et choisisse des **interventions** permettant de les atteindre. L'objectif est « l'énoncé qui indique le but global des interventions de l'équipe de soins. Il peut être à court ou à long terme²¹³ ». Le sujet des objectifs est le patient et non l'infirmière.

²¹² Choisir-son-psy.com. Les méthodes psychothérapeutiques. Etat des lieux. [en ligne]. juin 2009. Adresse URL : <http://www.choisir-son-psy.com/courants.php>.

²¹³ Tiré du document de cours de Mme FELLAY-CHILINSKI, C. Démarche de soins. Le jugement clinique de l'infirmière. HES-SO. *Module A1D1M6*, 2005.

La formulation des objectifs comporte les éléments suivants : Un sujet (qui?), un verbe (fait quoi?), le délai de réalisation de l'objectif (quand?), les conditions (comment? où?) ainsi que les critères de réalisation de l'objectif (combien? comment? où?)²¹⁴.

Les objectifs doivent être observables, mesurables et réalistes. Ils doivent être négociés et validés avec le patient.

Les interventions infirmières à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs.

Les interventions choisies doivent être adaptées aux particularités du patient et tenir compte de ses ressources. C'est à partir des diagnostics infirmiers que l'infirmière choisit les interventions relevant de son champ de responsabilités. Certains ouvrages sur les diagnostics infirmiers, suggérant des interventions de soins, peuvent guider l'infirmière à déployer tout son potentiel pour exercer son rôle propre.

Le plan de soins est enregistré dans le dossier du patient, ce qui permet d'assurer la continuité des soins au sein de l'équipe soignante.

4^{ème} étape : Exécution des interventions : mise en œuvre du plan de soins

L'étape de l'exécution englobe toutes les interventions infirmières qui visent à résoudre les problèmes du patient et à satisfaire ses besoins en matière de santé.

Selon D. Orem les mesures d'assistance sont mises en place pour compenser et surmonter les limitations d'auto-soin, pour stimuler et préserver les capacités d'auto-soin et prévenir le développement de nouvelles limitations d'auto-soin.

Lors des interventions, l'infirmière recueille en continu des données sur le patient pour voir si sa situation a changé, si les diagnostics sont toujours d'actualité, si les soins planifiés sont toujours appropriés. L'infirmière doit donc faire preuve de souplesse et adapter son plan de soins à la situation quotidienne du patient.

L'étape de l'exécution prend fin une fois que les interventions infirmières ont été menées à bien et que les réactions du patient ont été notées dans le dossier. Ces notes doivent être concises, précises et objectives.

²¹⁴ Pour mieux comprendre, je cite ci après un exemple: D'ici deux jours, Mr. X. ne présentera plus aucun signe ou symptôme de majoration de l'intégrité de la muqueuse buccale.

5^{ème} étape : Evaluation des résultats obtenus

L'efficacité du plan de soin est définie par l'atteinte des résultats escomptés. L'évaluation consiste à porter un jugement clinique sur les résultats mesurés. Lorsque tous les objectifs sont atteints, que le patient peut se donner les auto-soins nécessaires, le plan de soins est terminé. Si nécessaire, des réajustements sont apportés. L'évaluation joue aussi un rôle de garantie dans la qualité des soins.

3.5.2. Diagnostics infirmiers

« Un diagnostic infirmier est un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels ou aux processus de vie, d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable²¹⁵. »

La pose de diagnostics infirmiers en opposition aux diagnostics médicaux appartient au rôle propre de l'infirmière. Il n'est pas directement centré sur la pathologie mais sur les besoins du client. En intégrant les diagnostics infirmiers au processus de soin, les infirmières cherchent à prévenir, à réduire, à alléger ou à recouvrir un ou plusieurs problèmes de santé du client. Il est important de préciser que les diagnostics infirmiers doivent être réévalués quotidiennement.

L'utilisation de diagnostics infirmiers présente de nombreux avantages dans la prise en charge d'un client²¹⁶ :

- Ils fournissent aux infirmières un langage commun.
- Ils permettent de fixer des objectifs appropriés.
- Ils fournissent des informations précises.
- Ils permettent d'établir des normes de pratique.
- Ils fournissent une base pour l'amélioration de la qualité.

Pour poser des diagnostics infirmiers, l'infirmière doit se baser sur la clinique du client. L'observation de signes²¹⁷ et/ou de symptômes²¹⁸ est nécessaire. Elle doit aussi mettre à profit ses compétences, son expérience ainsi que son intuition.

²¹⁵ NANDA International. *Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2007-2008*. Ed. Elsevier Masson, Paris 2008, p. 372.

²¹⁶ DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., BURLEY J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Ed. Maloine, 1995, p. 38-39.

²¹⁷ « Les signes sont les manifestations objectives ou observables d'un problème de santé ».

Pour poser des diagnostics infirmiers spécifiques, en lien avec mon étude, il faut se baser sur l'observation, l'utilisation d'un ou de plusieurs outils d'évaluation peut ainsi se révéler nécessaire. La grille d'évaluation ainsi que le protocole de GUTS, tous deux développés sous le chapitre 3.2., peuvent être ces outils. Les connaissances sur les caractéristiques d'une bouche saine ainsi que son anatomie sont indispensables pour poser un diagnostic. A partir de tous ces facteurs, je nomme ci-dessous deux diagnostics infirmiers²¹⁹ en accord avec ma thématique.

- Atteinte de la muqueuse buccale reliée à une mauvaise hygiène buccale se manifestant par une élocution difficile, une douleur buccale, des lésions ou ulcères buccaux, une halitose, une stomatite, une sensation de difficulté à manger ou à avaler, une sensation de diminution ou absence de goût, etc.
- Dentition altérée reliée à une hygiène buccale déficiente se manifestant par une plaque dentaire excessive, des caries au niveau de la couronne ou de la racine de la dent, une halitose, une absence complète ou partielle de dents, des maux de dents, etc.

3.5.3. Recommandations de bonne pratique

Afin de parler de recommandations de bonne pratique, j'ai décidé d'utiliser comme référence les soins de bouche pratiqués au HUG²²⁰, article paru en 2004 dans la revue médicale suisse. Mon choix s'est posé sur cet article, car il me paraît pertinent, de plus celui-ci est relativement récent.

Avant de parler de la « solution CESCO²²¹ » ou « solution Guggisberg²²² », j'ai trouvé important d'énoncer leurs objectifs des soins buccodentaires ainsi que les caractéristiques d'une bouche saine.

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., BURLEY J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Ed. Maloine, 1995, p. 38.

²¹⁸ « Les symptômes sont des changements physiques ou fonctionnels ressentis par le client et indiquant une maladie ou un de ses stades ».

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., BURLEY J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Ed. Maloine, 1995, p. 38.

²¹⁹ Pour élaborer ces deux diagnostics infirmiers, je me suis basée sur le livre :

NANDA International. *Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2007-2008*. Ed. Elsevier Masson, Paris 2008, p. 76-77 et p. 176-177.

²²⁰ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495.

²²¹ CESCO : Centre de Soins Continus des Hôpitaux Universitaires de Genève.

« Les objectifs des soins de bouche sont : de maintenir les caractéristiques physiologiques de la cavité buccale, de restituer la capacité fonctionnelle, d'assurer le confort du patient, de prévenir les complications (inflammations, lésions, infections, etc.)²²³ ». « Les caractéristiques d'une bouche saine sont : une bouche libre de mucus ou autre débris, une langue humide rosée à l'aspect râpeux, des gencives rosées et fermes, des muqueuses humides, rosées, sans dépôts, ni lésions et une salive claire et aqueuse²²⁴ ».

La solution CESCO est composée de « Mycostatine® pour son rôle antifongique, de bicarbonate pour diminuer l'acidité salivaire, de vitamines censées favoriser la régénération des muqueuses buccales et de NaCl²²⁵ ». Cette solution était la solution de choix utilisée pour les soins buccodentaires aux HUG, jusqu'au printemps 2003.

Durant l'année 2000, une étude sur la solution CESCO a été réalisée, il fut établi que l'action antimycosique était faible. « La nystatine²²⁶ est très sensible à l'air et à la lumière et son activité diminue rapidement avec le temps en présence de vitamines²²⁷ ». Le retrait de ce produit était donc inéluctable et une autre solution dut être mise au point. Actuellement, ils utilisent la « Solution soins de bouche aromatisée stérile Bischel® ». Elle contient du bicarbonate de sodium, pour diminuer l'acidité de la salive, du NaCl pour humidifier la muqueuse ainsi qu'un arôme à la banane²²⁸. En effet, l'amélioration du goût est un facteur important pour l'acceptation du produit par le client.

²²² La solution Guggisberg est nommée ainsi en hommage à Elisabeth Guggisberg, infirmière spécialiste clinique au CESCO au HUG, qui a étudié, avec la collaboration du Dr Georges Zelger, pharmacien du département de gériatrie, la problématique de l'altération de la muqueuse buccale chez les clients en milieu gériatrique et en milieu palliatif.

KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495

²²³ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495.

²²⁴ Ibid.

²²⁵ Ibid.

²²⁶ La nystatine est le principe actif de la Mycostatine®

Compendium suisse des médicaments®. Mycostatine® Forte. [en ligne]. 2004. Adresse URL : <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi>

²²⁷ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495.

²²⁸ Ibid.

Il existe d'autres solutions pour effectuer les soins buccodentaires. La chlorhexidine aqueuse²²⁹ est une alternative, mais elle est peu utilisée car elle peut colorer les dents. Les glaçons à l'ananas sont utilisés pour rafraîchir la bouche suite à une éventuelle sécheresse.

« Les solutions de soin de bouche utilisées plusieurs fois par jour, en plus du brossage mécanique, sont une bonne manière de prévenir les altérations de la muqueuse et de rafraîchir les patients²³⁰ ». Toutefois, il est aussi important de considérer que « l'action mécanique et la fréquence priment sur le type de produit utilisé²³¹ ».

²²⁹ La chlorhexidine aqueuse est un antiseptique pour les muqueuses. Celle qui est utilisée au HUG est la chlorhexidine 0,1%.

Pharmacie des HUG. Tableau des antiseptiques admis aux HUG pour les soins aux patients. [en ligne]. septembre 2008. Adresse URL : http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/utilismedic/tab_antiseptiques.pdf

²³⁰ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495.

²³¹ Ibid.

4. Méthodologie

Dans ce chapitre, j'explique de manière précise la démarche méthodologique que j'ai suivie afin de répondre à ma question de recherche : « Quels sont les conditions et les obstacles au développement des soins buccodentaires de qualité ? »

Ci-dessous, j'expose tout d'abord le type de recherche entreprise ainsi que quelques caractéristiques. Je présente ensuite la méthode d'investigation choisie en nommant l'outil construit et utilisé pour les investigations. Dans le sous-chapitre suivant, l'échantillonnage utilisé pour mon étude est identifié, le type ainsi que la taille sont mentionnés. La construction de l'outil d'investigation est également décrit et argumenté et j'inclus dans ce même sous-chapitre le déroulement de mon pré-test ainsi que le déroulement de l'utilisation de l'outil. Pour terminer, les principes éthiques ainsi que la protection des données sont décrits et argumentés.

4.1. Type de recherche

D'un point de vue méthodologique, ma recherche se situe dans une démarche qualitative²³² de nature exploratoire²³³. Celle-ci a été étoffée par des lectures en lien avec ma question de départ ainsi qu'à partir de constatations et d'observations faites lors de mes stages. Ces faits m'ont permis de construire une problématique et de parvenir à une question centrale de recherche. J'ai postérieurement rédigé quatre hypothèses. Afin de pouvoir répondre aux exigences de cette recherche initiale, il a été convenu avec ma directrice de recherche, de travailler seulement sur deux hypothèses, les deux autres étant développées par ma collègue qui travaille avec moi sur ce thème.

Mon axe de recherche étant le soin buccodentaire, des interrogations sont apparues et pour tenter d'y répondre, j'ai conduit des entretiens semi-directifs auprès d'infirmières. Mais avant de partir en entretiens, j'ai développé différents éléments théoriques dans le cadre de référence.

²³² « La recherche qualitative est l'analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple ».

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. ERPI, Québec 2007, p. 17.

²³³ « Les recherches exploratoires sont des contacts empiriques préliminaires avec la réalité qui sera étudiée d'une manière systématique dans les autres étapes de la démarche scientifique ».

DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines*. Les presses de l'université Laval. Editions De Boeck Université, Bruxelles 2000. p. 108.

Ils ont tous été rédigés en lien avec mon objet d'étude et m'ont permis dans un premier temps d'établir ma grille d'entretien et dans un deuxième temps d'écrire mon analyse. Cette étude a pour but d'identifier comment les infirmières incluent les soins buccodentaires dans leur pratique professionnelle de prise en charge globale, pour des patients en perte d'autonomie pour ce soin en gériatrie.

4.2. Méthode d'investigation

Afin de répondre à ma question centrale de recherche « Quels sont les conditions et les obstacles au développement des soins buccodentaires de qualité ? », j'ai réalisé des entretiens²³⁴ semi-directifs en milieu de soin gériatrique. Les outils d'investigation mobilisés dans le cadre de cette recherche sont l'entrevue exploratoire et l'entretien semi-dirigé.

« Le but des entretiens semi-directifs est d'étudier les sujets dans leur singularité et de découvrir les significations profondes des phénomènes auxquels les sujets enquêtés participent et qu'ils décrivent. Cette technique implique une attitude réflexive du chercheur lui-même sur sa position dans l'interaction, qui lui permet, précisément, d'avoir accès aux données²³⁵ ». Les entretiens permettent de recueillir des informations de nature privée sur les comportements, les opinions, les points de vue et les attitudes des individus sur un sujet donné. La structure des questions ouvertes laisse au participant une grande liberté pour le choix des réponses.

Cependant l'entretien structuré comporte des limites. En effet, la relation face à face engendre le risque que l'interlocuteur veuille apporter la meilleure réponse, celle qui est la plus socialement appréciée ou qui fait le plus plaisir à l'enquêteur plutôt que de présenter sa propre réalité.

Les entretiens semi-directifs m'ont permis d'explorer le thème choisi préalablement, tout en laissant la personne interrogée s'exprimer librement. Cette méthode permet d'approfondir la pensée des interlocuteurs.

²³⁴ L'entretien « est un mode d'investigation basé sur une communication verbale et sur un but précis ».

DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Editions De Boeck Université, Bruxelles 2000. p. 314.

²³⁵ ZHANG, Chengran. Des entretiens semi-directifs, un moyen d'accès aux représentations que les chinois ont de la France. In : CAIN, Albane. BRIANE, Claudine. BERGER, Catherine [et al.] *L'entretien : ses apports à la didactique des langues*. Editions Le Manuscrit, 2006. p. 107.

Durant les différents entretiens, j'ai eu une attitude chaleureuse et empathique envers mes interlocuteurs tout en respectant les moments de silence ainsi que les moments de réflexion. J'ai pu ainsi favoriser une bonne ambiance et l'aisance entre les interlocuteurs et moi-même, s'est faite de manière naturelle.

4.3. Echantillonnage

Afin de mener à terme mes entretiens, j'ai choisi un échantillonnage raisonné de type boule de neige²³⁶. Ces deux méthodes sont non probabilistes. En effet, je ne me suis pas appuyée sur le hasard afin de sélectionner la population interrogée. Je tiens à indiquer que ce type d'échantillonnage n'est pas représentatif de la population, je ne prétends donc pas de ce fait généraliser les résultats obtenus, mais faire émerger des tendances.

Ne sachant pas à qui m'adresser pour les entretiens, j'ai pris contact avec l'infirmière responsable d'un service de soin gériatrique afin de lui exposer ma requête. Suite à ce rendez-vous, cette dernière a désigné, selon la disponibilité de chacun, les infirmières qui étaient susceptibles de convenir à mon étude. Je lui ai transmis par la même occasion les lettres concernant le consentement libre et éclairé²³⁷ ainsi que les lettres d'informations²³⁸ pour chacun des participants, en lui spécifiant que ces derniers seraient libres d'accepter ou de refuser ma requête. Puis dans un deuxième temps, j'ai téléphoné à chacun des soignants précédemment choisis par l'infirmière responsable, afin de demander leur accord.

J'ai émis deux critères d'inclusion :

- les infirmières devaient comprendre et parler le français²³⁹.
- les infirmières devaient travailler depuis au minimum un an dans ces services²⁴⁰.

²³⁶ « Cette technique est très simple à utiliser et aussi très pratique lorsqu'on procède par choix raisonné, ne dispose pas d'une liste des unités de la population mère et connaît très peu d'individus qui correspondent aux variables ou aux critères retenus ». « En bref, il s'agit de constituer l'échantillon en demandant à quelques informateurs de départ de fournir des noms d'individus pouvant faire partie de l'échantillon ».

DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Editions De Boeck Université, Bruxelles 2000. p. 227.

²³⁷ Le consentement libre et éclairé tel qu'il a été présente aux participants se trouve en annexe. Annexe VII.

²³⁸ La lettre d'information telle qu'elle a été présente aux participants se trouve en annexe. Annexe VIII.

²³⁹ Ce critère a été posé car il était important pour moi que les entretiens soient clairs pour les deux parties.

L'échantillon de cette recherche comprenait à l'origine huit soignants, des hommes et des femmes, tous infirmier/ères ayant effectué leur formation en Suisse et en Europe. Je dois tout de même préciser que deux personnes n'ont pas voulu participer à la recherche pour différentes raisons personnelles. Contenu du temps mis à disposition pour effectuer cette recherche, je me suis trouvé dans l'incapacité de trouver deux nouvelles personnes. Je tiens donc à préciser que de ce fait mon seuil de saturation peut ne pas être atteint. Mon échantillonnage comprend donc six infirmières ayant une expérience dans le milieu des soins qui varie entre deux et trente-deux ans. Deux infirmières sont certifiées en gérontologie et deux autres n'ont pas obtenu leur diplôme en Suisse.

4.4. Construction de l'outil

Pour la construction de l'outil, j'ai créé une grille d'entretien²⁴¹. Celle-ci comprend ma question centrale de recherche, mes deux hypothèses, mes objectifs de recherches ainsi que quelques questions ouvertes avec d'éventuelles relances. Les questions ouvertes ainsi que les relances ont pour but de répondre à ma question centrale de recherche et de confirmer ou d'infirmier mes hypothèses. Afin de ne pas perturber la dynamique de l'entretien, les questions d'ordre personnel²⁴² ont été posées en fin d'entretien.

Après la phase théorique de la création de l'outil, j'ai réalisé un pré-test²⁴³. Le pré-test permet d'estimer la fiabilité et la validité de l'outil. J'ai réalisé le pré-test avec ma grille d'entretien auprès d'une infirmière travaillant comme praticienne formatrice. J'ai ainsi pu évaluer la compréhension et la pertinence des mes questions. J'ai également demandé une appréciation à l'infirmière qui a participé au pré-test. Il s'est avéré que ma grille correspondait aux critères cités ci-dessus, je ne l'ai donc pas modifiée. Je tiens à préciser que l'infirmière qui a participé à mon pré-test n'est pas incluse dans l'échantillonnage.

²⁴⁰ Pour poser ce critère j'ai supposé que ce n'était pas la première expérience professionnelle pour les infirmières. De ce fait, celles-ci ont durant leur parcours professionnel ont pu observer différentes situations relatives à mon sujet d'étude.

²⁴¹ La grille d'entretien est présentée en annexe. Annexe IX.

²⁴² Les questions que j'ai posées d'ordre personnel sont : l'âge, combien d'années de diplôme, où la formation a-t-elle été faite, combien d'années de service, à quel pourcentage ils travaillaient et s'ils avaient une formation post-grade ou une formation continue.

²⁴³ Le pré-test est une « collecte de données effectuée avant l'intervention. C'est une mise à l'essai d'un instrument ou d'un questionnaire dans le but d'en détecter les imperfections ou d'en évaluer les exigences en matière de temps d'administration ».

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. Ed. ERPI, Québec 2007, p. 185.

4.5. Déroulement des entretiens

Les six entretiens ont été réalisés au sein même du service, en tête-à-tête, dans une pièce calme. Ils se sont déroulés dans une période de sept jours et ont une durée qui varie entre vingt et quarante-cinq minutes.

Avant de débiter l'enregistrement, j'ai récolté le consentement éclairé de chaque intervenant et j'ai expliqué le déroulement de l'entretien. Pour éviter tout effet de surprise, j'ai précisé dès le départ que l'entretien était enregistré, mais que les données resteraient anonymes. Avant de débiter, je leur ai également donné la possibilité de me poser des questions afin de lever toute interrogation éventuelle. Pour les entretiens, je me suis tenu à ma grille tout en posant les questions ainsi que les relances associées²⁴⁴.

Pour conclure l'entretien, j'ai laissé à chacun la possibilité de rajouter quelques mots en lien avec mon thème. Tous les intervenants ont répondu à toutes mes questions, ils se sont montrés très coopératifs et chaleureux.

Tous les entretiens se sont bien déroulés, mais je dois dire que je n'étais pas très à l'aise pour le premier entretien. Mon principal souci était que les questions ne soient pas comprises ou que les relances ne soient pas adéquates. Puis, voyant que ce n'était pas le cas, les entretiens suivants se sont déroulés de manière plus détendus.

4.6. Principes éthiques et protection des données

L'aval de la direction des soins du RSV étant nécessaire afin de mener ma recherche dans les milieux de soins, une lettre explicative a ainsi été rédigée puis envoyée. Lorsque l'autorisation de procéder au recueil de données au sein du RSV a été délivrée, j'ai pu contacter la responsable du service de gériatrie afin de planifier un rendez-vous dans le but de lui exposer ma requête.

Toute personne participant à cette étude est protégée par des règles ainsi que des principes éthiques qui visent à les prémunir d'éventuels dommages qui pourraient être occasionnés, tel que le non-respect de l'anonymat. Les participants à l'étude sont avertis qu'ils peuvent se retirer à tout moment de la recherche.

Les infirmières ont été invitées à participer à l'étude sur une base volontaire, elles sont donc libres d'accepter ou de refuser.

²⁴⁴ Je tiens tout de même à préciser que j'ai dû déployer d'autres relances que celles notifiées au départ, ceci afin d'apporter un éclairage quand cela a été nécessaire.

Les lettres d'information ainsi que les lettres de consentement éclairé ont été remises à l'infirmière responsable du service afin qu'elle les transmette aux infirmières susceptibles de vouloir participer à l'étude. Dans la lettre d'information figurent les objectifs, la nature, le déroulement ainsi que la durée de la recherche et dans la lettre de consentement éclairé figurent notamment les droits des personnes interrogées. Avant chaque entretien, les deux lettres ont été approuvées et la lettre de consentement éclairé signée.

Les infirmières sont informées que les informations transmises lors des entretiens sont confidentielles et que les informations enregistrées seront détruites six mois après la soutenance, au plus tard en février 2010.

5. Analyse

Dans ce chapitre, je vais procéder à l'analyse des données recueillies au cours des six entretiens effectués auprès d'infirmiers et d'infirmières²⁴⁵ dans un service de gériatrie au sein du Réseau Santé Valais. Le recueil de données a été effectué dans un délai de sept jours afin d'éviter des biais méthodologiques.

La méthode choisie afin d'écrire mon analyse est la suivante. Dans un premier temps, je vais effectuer une analyse descriptive, puis dans un deuxième temps, l'ensemble du contenu des entretiens sera analysé en m'aidant des différents cadres de référence développés dans le chapitre trois. Finalement, je me positionnerai. Je pourrai ainsi les mettre en relation avec les données récoltées au cours de mes entretiens.

Pour construire mon analyse, j'ai choisi de réaliser une analyse thématique. Cela signifie donc que j'ai mis en évidence des thèmes²⁴⁶ représentatifs, pertinents et récurrents du contenu en regard de mes entretiens. Les thèmes sont en lien avec mon objet d'étude, les soins buccodentaires en milieu gériatrique, et sont donc les suivants :

- ⇒ la formation initiale
- ⇒ la formation continue
- ⇒ les outils d'évaluations
- ⇒ les protocoles utilisés
- ⇒ les diagnostics infirmiers spécifiques aux soins buccodentaires.

Je dois tout de même mentionner que d'autres thèmes à savoir, le rôle propre infirmier qui comprend l'évaluation, la délégation, les transmissions et la pratique des soins buccodentaires incluant le ressenti, les obstacles, la collaboration ont été traités par ma collègue Marie-Nöelle Baudin dans le cadre de son Travail Bachelor. Le facteur qui a influencé ce choix est en lien avec les hypothèses²⁴⁷ traitées par chacune.

²⁴⁵ Je souhaite préciser que pour des mesures de simplifications, j'emploie le terme infirmière pour désigner les professionnels des deux sexes.

²⁴⁶ Un thème est un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos.

PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Edition Armand Colin, Paris, 2005, p. 133.

²⁴⁷ Les hypothèses sont sous la section 2.2.

Avant d'exposer mon analyse, je tiens à expliquer la manière dont j'ai procédé pour trier et classer les données que j'ai recueillies lors des six entretiens. J'ai alors procédé de la manière suivante : après avoir réalisé les entretiens, j'ai retranscrit intégralement sur papier les données transmises par mes interlocuteurs et mes interlocutrices, à partir des enregistrements, en tenant compte de ne pas transformer leurs propos. Puis, après plusieurs relectures²⁴⁸, j'ai pu ressortir les points principaux en essayant de trouver les similitudes ainsi que les différences des discours de chaque participant. Suite à la retranscription des six entretiens, j'ai cherché à classer les informations de différentes infirmières sous forme de tableau, à partir de mes questions principales. J'ai ensuite pu classer les données par thèmes : la formation initiale, la formation continue, les outils d'évaluations et les protocoles utilisés ainsi que les diagnostics infirmiers spécifiques aux soins buccodentaires.

5.1. Avant-propos

Les premières questions de mes entretiens ne sont pas directement en lien avec les hypothèses établies, mais elles me donnent l'occasion de savoir quelle définition les infirmières ont des soins buccodentaires. Je souhaite aussi par la même occasion savoir si elles pensent qu'en pratique, dans leur service, elles effectuent plus de soins non-thérapeutiques ou au contraire plus de soins thérapeutiques.

Quelle définition avez-vous des soins buccodentaires ?

Les réponses qui m'ont été données définissent, en majorité, le soin buccodentaire comme étant un soin d'hygiène pour maintenir une propreté au niveau buccal. Quatre personnes ont relevé le fait que c'est soin préventif qui conduit à une bonne hygiène buccale et évite ainsi certaines pathologies, certaines affections. Quatre personnes ont également souligné qu'elles inséraient automatiquement le soin des prothèses dentaires. Dans la littérature, les soins buccodentaires sont définis comme suit : « On définit comme soins de bouche, les soins permettant de maintenir une hygiène buccale adéquate chez un patient, afin d'assurer son confort, de maintenir les caractéristiques physiologiques de sa cavité buccale, de prévenir toutes complications ou lésions à ce niveau et de rétablir l'intégrité de la muqueuse et la capacité fonctionnelle de la bouche²⁴⁹ ».

²⁴⁸ Cette manière de faire m'a permis de m'imprégner des différents discours.

²⁴⁹ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495.

J'ai ainsi pu constater que pour la majorité des infirmières interrogées les soins buccodentaires maintiennent une propreté buccale et favorisent la diminution des pathologies sous-jacentes à une mauvaise hygiène buccale. « *C'est la propreté et l'hygiène buccale dans le but d'éviter certaines pathologies*²⁵⁰ ». De plus, les soins de bouche jouent un rôle essentiel dans la communication, l'alimentation et l'hydratation. En effet, les affections pouvant occasionner des douleurs entravent la mastication ainsi que la communication.

Pensez-vous qu'il y a plus de soins thérapeutiques ou non thérapeutiques dans votre service ?

Avant de poser cette deuxième question aux infirmières, j'ai jugé important de présenter une définition des soins thérapeutiques et non-thérapeutiques dans le but que toutes comprennent et répondent sans aucun quiproquo à cette question.

Les définitions sont donc les suivantes :

- Les soins thérapeutiques : « Les soins de bouche avec application de produits médicamenteux et en tant que besoin d'aide instrumentales, sont accomplis sur prescription médicale ». « Elle est réalisée à visée curative, parfois préventive et comprend l'application de produit médicamenteux : antibiotique, etc.²⁵¹ ».
- Les soins non thérapeutiques : « Les soins de bouche non médicamenteux relèvent du rôle propre de l'infirmier. Ils sont liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, ils visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'une personne ou d'un groupe de personnes. L'infirmier accomplit cet acte en visant notamment à assurer le confort du patient, son éducation et celle de son entourage. Ils peuvent être réalisés en collaboration avec l'aide-soignante²⁵² ».

En ce qui concerne les soins thérapeutiques ou non-thérapeutiques, toutes les infirmières affirment qu'elles pratiquent plus de soins non-thérapeutiques dans leur service et que les soins thérapeutiques sont réalisés occasionnellement.

²⁵⁰ Au cours de cette analyse, toutes les phrases comprises entre guillemets et en caractère italique sont issues des témoignages des différentes professionnelles interrogées.

²⁵¹ MACREZ, Annick, CHOUAID, Christos, COSQUER, Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

²⁵² Ibid.

Une personne affirme que : « *Les soins thérapeutiques sont quelquefois prescrits s'il y a des mycoses. Au niveau de la fréquence, une fois ou deux dans l'année (...) souvent pour des gens qui ont eu des chimiothérapies et qui ont des atteintes au niveau de la muqueuse* ».

J'ai également constaté que les soins buccodentaires non thérapeutiques sont inclus dans les soins d'hygiène de base. Ceux-ci sont en effet effectués, selon les dires d'une infirmière, deux fois par jour. « *On fait des soins non-thérapeutiques journaliers, quotidiens à tous nos patients (...) c'est deux fois par jour, une fois le matin et une fois le soir (...)* ». Or, le GUTS (groupe d'unification des techniques de soins) mentionne que le soin doit être effectué au minimum trois fois par jour après chaque repas ou plus fréquemment si cela s'avère nécessaire²⁵³.

5.2. Hypothèse 1

Une meilleure sensibilisation à l'importance des soins de bouche lors de la formation initiale et continue des infirmières influencerait la qualité de la prise en charge.

5.2.1. Formation initiale

Quels éléments reçus lors de votre formation initiale (que se soit au niveau théorique ou pratique) vous ont permis d'offrir des soins buccodentaires de qualité ?

OBJECTIF : Identifier les éléments reçus sur les soins de l'hygiène buccale lors de la formation initiale.

A cette première interrogation deux personnes affirment n'avoir pas reçu, lors de leur formation initiale, de cours concernant les soins buccodentaires et une personne dit ne plus s'en rappeler, mais mentionne que des ateliers pratiques auraient pu l'aider à mieux se confronter à la réalité du terrain en début de formation. Je note donc ici une certaine insatisfaction. Cette même infirmière affirme : « *Je m'adaptais à ce qui se présentait (...) chacun faisait comme il savait et pouvait* ». Le soin buccodentaire est « une pratique empirique, chacun procède à sa façon²⁵⁴ ».

²⁵³ Groupe d'unification des techniques de soins, Hôpitaux de stages, U.H.H de l'ICHV et EVSI, section hygiène et confort, novembre 2001.

²⁵⁴ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113, p. 26.

Une des infirmières qui n'a pas reçu de cours sur les soins buccodentaires affirme qu'elle a appris sur le tas et que lorsqu'elle avait des doutes elle demandait des informations aux autres collègues plus expérimentées. Elle rajoute « *je n'ai pas eu de cours pratiques ni théoriques sur les soins buccodentaires lors de la formation initiale, mais je me demande si c'est vraiment nécessaire en fait* ». Avec ce témoignage, je peux souligner qu'elle ne voit pas la nécessité d'enseigner dans la formation initiale en soins infirmiers les soins buccodentaires et qu'elle a appris ce soin en pratiquant dans les différents milieux de soins où elle a travaillé. Le fait que ces infirmières n'aient pas reçu de cours sur les soins de bouche lors de leur formation initiale m'interpelle. Faut-il posséder des pré-requis pour effectuer ce soin? L'infirmière peut-elle exercer son jugement clinique sans avoir reçu lors de la formation de base un enseignement sur les critères d'évaluation de la cavité buccale ?

La notion « (...) *brosser les dents ne vient pas de ma formation d'infirmière, mais depuis mon jeune âge* » est mentionnée par une infirmière. Si je me réfère à Dorothy Orem cette notion fait appel à la capacité de l'être humain à exercer sa capacité d'agir lorsqu'il prend soin de lui-même, en identifiant et en fournissant les apports nécessaires, autrement dit à la capacité d'auto-soin.

Les trois autres infirmières affirment qu'elles ont reçu quelques notions de base sur les soins buccodentaires. L'une d'entre elles dit avoir reçu un cours sur les produits médicamenteux. Une autre atteste, « *les cours que j'ai eu par rapport aux soins buccodentaires c'était lorsqu'on a parlé des soins de base (...), j'ai eu quelques éléments lorsqu'on a vu la toilette au patient. Pour la pratique, les enseignants nous faisaient laver les dents les uns aux autres* ». Je peux déduire après avoir obtenu cette affirmation, que le mode d'enseignement concernant les soins buccodentaires n'a pas changé, même après plusieurs années. En effet, la même manière de procéder m'a été enseignée lors de mon année préparatoire. Il est important de signaler toutefois que les cours concernant les soins buccodentaires ont été modifiés. Lors de l'année préparatoire, les étudiants ont eu un atelier sur le lavage des dents. En effet, les étudiants de première et de deuxième année Bachelor ont eu un atelier de soin autour des soins de bouche comprenant une partie théorique basée sur le GUTS et une partie pratique, avec un exercice à réaliser entre étudiants. Cet enseignement fait partie du programme Bachelor, axe fin de cycle de vie, modules 1005 et 2005 à la HES-SO Valais.

La troisième personne affirme avoir eu un cours sur les soins buccodentaires, mais mentionne n'avoir rien appris de nouveau par rapport à ce soin. Elle garantit que ses connaissances ont été acquises lors des différents stages lors de la formation et après avoir débuté une activité professionnelle. Ainsi, je peux conclure que pour elle le soin s'apprend et se perfectionne à travers une pratique régulière.

Lors de votre formation initiale, estimez-vous que les éléments reçus sont adaptés à votre besoin ?

Le but de cette question était de savoir si les éléments enseignés, concernant les soins buccodentaires lors de la formation initiale, étaient adaptés aux besoins des infirmières participant aux entretiens.

Trois infirmières ont répondu non de façon catégorique en invoquant des raisons différentes. L'une d'elles mentionne : « (...) *quand je suis arrivée dans mon premier stage j'étais frustrée (...), je me sentais mal à l'aise face à ce soin (...), j'ai appris sur le tas* ». Il est important de souligner que cette personne était mal à l'aise face à ce soin et a ressenti une profonde frustration lors de son premier stage car elle n'avait pas eu de cours théoriques ou pratiques lors de sa formation. Elle a donc dû apprendre ce soin uniquement au travers de sa pratique en tant qu'étudiante en soins infirmiers puis en tant que professionnelle dans un milieu de soin. Ce qui est inadéquat, si je me réfère aux propos de Bernard Marie-Fleur qui relève qu'« une formation spécifique pourrait redonner à l'hygiène buccodentaire toute son importance²⁵⁵ ».

Une autre infirmière mentionne n'avoir pas reçu d'enseignement sur le soin de prothèse dentaire lors de sa formation initiale, ce qui l'a selon elle, empêché de prodiguer des soins adaptés. Cet enseignement fut pour elle le seul manque à nommer. Ainsi, l'enseignement du soin de prothèse dentaire répondrait aux besoins des étudiants en soins infirmiers. Elle précisa aussi la manière dont elle aurait voulu bénéficier de cet enseignement. Elle aurait voulu disposer d'un vrai dentier durant ces cours sur les soins buccodentaires afin de se familiariser avec cet objet. Ainsi, elle aurait eu l'opportunité de toucher une prothèse dentaire et d'exercer le soin avant d'aller en stage. Cela dit, il existe selon elle des obstacles d'ordre éthique, « *on est obligé d'être sur le terrain pour pouvoir faire des soins buccodentaires à des personnes qui ont des dentiers* ».

²⁵⁵ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113 p. 30.

La troisième infirmière n'a reçu aucun cours que se soit au niveau pratique ou théorique. Il est donc évident que les cours qu'elle a suivis lors de sa formation, sur le thème des soins buccodentaires, ne répondent pas à ses besoins. Néanmoins, elle mentionne avoir reçu des cours sur les soins buccodentaires lorsqu'elle a débuté sa pratique en tant qu'infirmière en gériatrie. Elle dit avoir reçu : « *Des cours théoriques sur les pathologies buccales les plus fréquemment rencontrées ainsi que différents produits utilisés et un peu sur la prévention (...) laver les dents trois fois par jour* ». En effet, les infirmières, si elles le désirent, ont la possibilité durant leur cursus professionnel de se perfectionner. Celle-ci a donc saisi l'occasion qui lui a été présentée pour se former aux soins buccodentaires.

Les autres infirmières affirment que les éléments qu'elles ont reçus lors de la formation initiale sont adaptés à leurs besoins. « *Sur la base de ce que je fais, ils sont adaptés* ». Malgré tout, je me demande si les habitudes personnelles des infirmières vis-à-vis de leurs propres soins d'hygiène influencent la fréquence des soins de bouche effectués aux clients en milieu hospitalier ? « *Dans les soins de bouche, il n'y a pas que la formation. Je pense que nous en tant que personne on y est pour quelque chose. Si j'ai conscience que ce soin est important pour moi, je le ferais plus volontiers aux autres. Si je suis une personne qui se lave les dents rarement ou jamais, je n'aurai pas le réflexe d'aller prodiguer ce soin aux autres* ».

J'ai identifié encore une autre problématique, une des infirmières assure que les éléments de base sur les soins buccodentaires qu'elle a appris durant sa formation initiale sont adaptés à ses besoins. Par contre, elle déplore n'avoir rien appris sur les différentes pathologies buccales.

Quels peuvent être pour vous les bénéfices d'un soin buccodentaire?

L'objectif de cette question était de savoir quels bénéfices, les infirmières participants à l'étude, pensaient procurer en effectuant des soins buccodentaires à leurs clients. Toutes ont répondu que ce soin permettait, si effectué régulièrement, d'éviter ou de diminuer les infections et les pathologies, sous-jacentes à une mauvaise hygiène buccale. Certaines infirmières donnent comme exemple les caries, les candidoses et les aphtes.

Dans la littérature le soin de bouche vise à « prévenir, guérir ou du moins améliorer l'état buccal déjà altéré ; à obtenir une diminution ou une disparition des douleurs ou des odeurs ; à récupérer sa capacité fonctionnelle et entre autres le goût, l'appétit, la déglutition, une meilleure communication et la pratique des rites religieux ; et à prévenir les surinfections ORL et digestives²⁵⁶ ». Deux personnes renforcent que la prévention est importante, elle « joue un rôle considérable lors du vieillissement et lorsque le système immunitaire perd de son efficacité²⁵⁷ », elle fait partie intégrante du rôle propre de l'infirmière. Le rôle propre étant pour Poet-Masset Anne-Marie, « l'ensemble des actes que les infirmières peuvent initier sans dépasser les limites de leurs compétences²⁵⁸ ».

Deux infirmières soulignent que pour elles le soin buccodentaire permet d'éviter ou de diminuer l'halitose. Il est nécessaire de mentionner que l'halitose peut avoir plusieurs origines, soit buccale soit digestive. Dans les deux cas, un traitement est nécessaire et une bonne hygiène buccale est essentielle. « L'haleine peut parfois rendre les échanges difficiles, créer un éloignement lors de discussions, empêcher un malade d'être embrassé par ses proches et isoler la personne²⁵⁹ ».

La majorité des infirmières font référence aux prothèses dentaires. Celles-ci décrivent qu'il est important de vérifier, lors du soin, si la prothèse est correctement adaptée. Les clients, selon elles, arrivent alors mieux à manger et de ce fait un régime mixé ou haché ne serait plus indispensable. « L'alimentation est facilitée par une bouche propre, bien humidifiée. Elle permet de respecter l'apport calorique nécessaire, faciliter la déglutition. Un apport par voie orale est important à conserver pour certains patients, par exemple les personnes âgées. De plus, manger, demeure un plaisir que l'on ne peut pas négliger²⁶⁰ ». En plus, les prothèses dentaires permettent une phonation adéquate et redonnent de l'esthétisme à la bouche.

²⁵⁶ MASSON. L'infirmière et les soins palliatifs « Prendre soin » : éthique et pratique. Paris : Ed. Masson, 1999, chapitre 6, p. 148.

²⁵⁷ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113 p. 24.

²⁵⁸ POLET-MASSET, Anne-Marie. *Passeport pour l'autonomie. Affirmez votre rôle propre*. Ed. Lamarre, 1993. p. 16-17.

²⁵⁹ MACREZ, Annick, CHOUAID, Christos, COSQUER, Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

²⁶⁰ Ibid.

Une seule personne fait référence à la communication, au fait que si le client a une mauvaise hygiène buccale cela entreverrait le fait de parler, d'entrer en communication avec les autres. « La communication verbale avec la famille ou l'entourage s'avère difficile avec une bouche pâteuse et sèche²⁶¹ ». Avec une bouche saine la personne est à l'aise pour parler, la communication est maintenue et les relations peuvent ainsi se créer.

Toutefois, il est étonnant de constater que la respiration est un besoin qui n'a pas été invoqué par les infirmières, pourtant celui-ci améliore considérablement cette fonction. « La respiration est une fonction pour laquelle la cavité buccale a un retentissement. Une bouche encombrée, sèche peut entraver les fonctions respiratoires. L'apport d'oxygène est réalisé en majorité par le nez mais aussi par la bouche pour certaines personnes. L'hygiène buccale est une façon de diminuer le nombre d'entrées de micro-organismes et de prévenir dans certains cas l'apparition de pneumopathies²⁶² ». En effet, par la circulation sanguine les bactéries qui se trouvent au niveau des foyers se propagent et peuvent être transportées vers certains organes cibles tels que le cœur, les reins et les poumons.

Identifier les éléments reçus sur les soins de l'hygiène buccale lors de la formation initiale.

En résumé, la moitié des infirmières interrogées disent avoir reçu lors de leur formation initiale, au moins un cours concernant les soins buccodentaires. Pour une infirmière, ce cours est intégré lors des ateliers de soin de base (hygiène et confort). Lors de cet atelier, le soin est pratiqué sur un ou une collègue puis vice et versa. Les autres mentionnent qu'elles ont reçu quelques notions sur les produits ainsi que quelques notions théoriques de base sur le sujet. Toutes les infirmières interrogées affirment qu'il est primordial d'être sur le terrain pour effectuer des soins buccodentaires et ainsi évoluer dans sa pratique face à ce soin.

Toutes les infirmières ont affirmé qu'un soin buccodentaire est considéré comme un bénéfice lorsque celui-ci permet d'éviter ou de diminuer les infections ainsi que les pathologies sous jacentes à une mauvaise hygiène buccale. Le fait de diminuer l'halitose, l'importance de prothèses adaptées ainsi qu'une bonne communication sont trois autres bénéfices cités lors des entretiens.

²⁶¹ MACREZ, Annick, CHOUAID, Christos, COSQUER, Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

²⁶² Ibid.

Réflexion personnelle sur la première hypothèse

L'objectif des questions posées était d'identifier les éléments que les infirmières interrogées ont reçus au niveau des soins buccodentaires lors de leur formation initiale. Les éléments qu'elles avaient appris ont donc été pris en compte. Je pense qu'il est important de notifier que deux des infirmières interrogées ont effectué leur formation initiale à l'étranger. De ce fait, je ne peux donc pas généraliser les résultats obtenus, le cursus pouvant être différent d'un pays à un autre. Il est aussi important de prendre en compte que la majorité des infirmières interrogées ne se souvenaient pas de façon claire et précise ce qu'elles ont reçu sur le sujet durant leur formation initiale. Le facteur qui a été évoqué fait référence au temps écoulé depuis leur formation initiale jusqu'à nos jours. Dû à ce facteur, les réponses obtenues ne sont pas étoffées. Malheureusement, peu d'éléments ont été mentionnés.

Je trouve intéressant, avant d'aller plus loin, de faire un récapitulatif des différents cours que j'ai reçu concernant les soins buccodentaires et de comparer avec ce qui a été dit.

En ce qui concerne l'enseignement pratique sur les soins buccodentaires, j'ai eu un atelier d'une demi-journée sur les soins d'hygiène en année préparatoire. J'ai exercé ce soin seulement au travers de la manipulation d'un tampon monté sur une pince Kocher. Cette manière de procéder coïncide avec ce qu'une infirmière m'a transmis lors de l'entretien. Celle-ci reste donc inchangée même après plusieurs années. En ce qui concerne les apports théoriques, j'ai reçu précisément un enseignement théorique sur l'importance du soin de bouche lors du module 1005, fin de vie, mort et deuil en première année Bachelor. L'intérêt de prodiguer fréquemment les soins buccodentaires a été mentionné à plusieurs reprises. Le but étant de maintenir une bonne fonction respiration, une meilleure communication, une alimentation adéquate ainsi qu'une hydratation suffisante, en conservant ainsi sa capacité fonctionnelle, permettant au client une meilleure estime de soi. En deuxième année, les soins buccodentaires ont été enseignés dans le module de soins palliatifs (module 2005, soins palliatifs), il a été mentionné qu'une bonne hygiène buccale peut favoriser une alimentation adéquate. Cette notion a été relevée par une infirmière qui affirme qu'ainsi le client pourra bien manger et un régime ne sera donc pas nécessaire.

Selon les réponses obtenues, les six infirmières démontrent qu'il existait une insuffisance au niveau de la sensibilisation des futures professionnelles sur la promotion et la prévention du soin ainsi qu'un manque de pratique sous forme d'ateliers au sein de l'école. « *Je ne me rappelle pas avoir eu des ateliers, ce qui aurait pu être une bonne idée en début de formation* ». Seules quelques notions faisant référence à la qualité de vie, tel qu'une meilleure communication ainsi qu'une meilleure alimentation ont été mentionnées. Il est aussi important de souligner que la majorité des infirmières affirment que les soins buccodentaires sont appris et développés à travers la pratique régulière de ce soin. Cette pratique s'est fait lors des stages puis dans leurs pratiques professionnelles en tant qu'infirmières diplômées. De nos jours, des réajustements ont pu être fait permettant ainsi aux étudiants de mieux se familiariser avec ce soin.

5.2.2. Formation continue

Pensez-vous qu'un complément de formation vous serez utile, concernant les soins buccodentaires ? Si oui, lequel(s) et pourquoi. Si non, pourquoi.

OBJECTIF : Identifier les besoins d'une formation continue sur les soins buccodentaires.

En ce qui concerne cette question, deux infirmières m'ont répondu qu'elles pensent qu'effectivement un complément de formation concernant les soins buccodentaires serait utile. Une des personnes qui a répondu de manière positive à cette question a reçu lors de sa formation initiale des cours concernant les soins buccodentaires et l'autre mentionne qu'elle ne se rappelle plus si elle a reçu ou non des cours à propos de ce sujet. Les deux personnes ciblent leurs attentes spécifiquement sur la pharmacologie des produits relatifs aux soins buccodentaires. Une personne affirme qu' : « *il y a des nouveaux produits qui apparaissent* ». Selon un article apparu dans la revue médicale suisse « les préparations destinées aux soins de bouche ont évolué²⁶³ ». Cette personne démontre son intérêt en ce qui concerne les produits et demande alors d'actualiser ses connaissances. L'autre personne souligne que : « *Dans les soins de bouche ce qui pour moi serait intéressant d'avoir comme complément c'est tout ce qui tourne autour des produits. Parce qu'on a toutes sortes de choses : Cesco, Bischel. Et puis quoi, quand, comment ?* ». Il est de noter ici son désarroi face aux différents produits disponibles sur le marché. Cette infirmière demande alors que cela soit uniformisé dans les services.

²⁶³ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495.

Le produit qui est utilisé actuellement par les hôpitaux universitaires de Genève concernant les soins buccodentaires est la solution de soins de bouche aromatisée stérile Bischel®. Elle contient du bicarbonate de sodium, pour diminuer l'acidité de la salive, du NaCl pour humidifier la muqueuse ainsi qu'un arôme à la banane²⁶⁴. En effet, l'amélioration du goût est un facteur important pour l'acceptation du produit par le client. « L'utilisation de la nouvelle solution au bicarbonate est désormais recommandée pour tous les soins de bouche effectués de manière préventive aux HUG²⁶⁵ ». Cette solution est nouvelle car auparavant la solution utilisée était la solution Cesco jusqu'en 2003. Le produit a été retiré car l'action antimycosique était faible. Je pense qu'il est important de souligner que « ce n'est pas la composition de la solution qui semble avoir un effet préventif mais le soin de bouche effectué fréquemment²⁶⁶ ».

D'autres demandes ont été signalées par cette même infirmière. Celle-ci souhaite avoir des cours théoriques sur l'anatomophysiologie de la bouche, ainsi elle pourra « *mieux comprendre comment certaines pathologies surviennent* » ainsi que des cours pratiques. « Ces connaissances de base sur la santé buccodentaire sont nécessaires, car elles permettent aux soignants de détecter certaines anomalies et de diriger rapidement le résident qui en a besoin vers un dentiste ou un médecin²⁶⁷ ». La même infirmière ajoute « (...) *beaucoup de personnes pensent qu'on sait bien faire les soins de bouche, que c'est dans les meurs, mais est-ce vrai ? Même moi, en réfléchissant, je ne sais pas si les soins de bouche que je donne sont faits correctement, dans les règles de l'art* ». Celle-ci se remet en question, elle doute de la qualité de sa technique.

L'autre infirmière, quand à elle, ne souhaiterait pas avoir de cours pratiques concernant les soins buccodentaires. « *Je dirais qu'un professionnel en gériatrie est quand-même sensé connaître comment il faut faire un soin de bouche* ». Par contre, elle souhaiterait toutefois que si une formation continue sur ce thème vienne à voir le jour que les enseignants mettent l'accent sur la sensibilisation. Car « *le soin de bouche c'est parfois celui qui sera plus facilement laissé de côté* ».

²⁶⁴ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495.

²⁶⁵ Ibid.

²⁶⁶ GENOUD, François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale ? *Pratique des soins*, 2003, n° 3, p. 49.

²⁶⁷ CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 194.

Bernard Marie-Fleur mentionne que la négligence et l'insuffisance d'intérêt porté aux soins de bouche aux personnes âgées sont préoccupantes, puisque les conséquences sont considérables²⁶⁸.

En ce qui concerne les quatre autres infirmières que je n'ai pas citées, toutes affirment qu'un complément de formation sur le thème des soins buccodentaires ne serait pas utile. La moitié des personnes qui ont répondu négativement à cette question affirme avoir reçu lors de la formation initiale des cours concernant les soins buccodentaires. Les arguments cités font référence principalement à l'expérience des infirmières. En effet, celles-ci argumentent qu'elles ont plusieurs années d'expérience et que ce soin est acquis pour elles. Au regard de ce constat, je me questionne : pourquoi les infirmières qui disent n'avoir pas reçu de cours sur les soins buccodentaires lors de la formation initiale ne ressentent pas la nécessité d'avoir des compléments d'information sur ce même sujet ? Est-ce un soin qui est parfaitement maîtrisé après plusieurs années d'expérience ?

Une personne affirme que ce soin est routinier, qu'il n'y a donc rien à apprendre de nouveau, sauf s'il est pratiqué dans certaines conditions spécifiques, avec des clients souffrent de problèmes ORL ou en fin de vie. Trois infirmières sur les quatre qui affirment ne pas ressentir pas la nécessité d'avoir des cours relatifs aux soins buccodentaires expriment qu'il est préférable d'avoir des formations continues sur d'autres soins, des soins plus complexes ou sur certaines pathologies. Les soins qui ont été cités sont : les porth-à-cath, la dialyse et l'antalgie. Je peux donc conclure qu'elles ne ressentent donc pas la nécessité de faire un complément de formation sur les soins buccodentaires.

A partir des données recueillies auprès des infirmières participant à ce travail, je peux mettre en évidence que la formation continue, pour les soins buccodentaires, n'est pas un besoin réel pour la majorité des infirmières.

Identifier les besoins d'une formation continue sur les soins buccodentaires.

En résumé, la majorité des infirmières ne ressent pas la nécessité d'un complément de formation concernant les soins buccodentaires. Seulement, deux personnes considèrent qu'un cours serait bénéfique pour elles. Celles-ci ciblent sur les produits pharmaceutiques en lien avec le soin de bouche, des cours théoriques sur l'anatomophysiologie ainsi que des cours pratiques.

²⁶⁸ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113 p. 23.

Les infirmières qui le désirent, ont la possibilité durant leur cursus professionnel de pouvoir se perfectionner. Celles-ci doivent donc être attentives aux opportunités de formations internes que le service ou l'institution pourrait offrir, concernant dans ce cas précis les soins buccodentaires.

L'infirmière responsable du service peut favoriser la participation à la formation complémentaire, qu'elle soit externe ou interne, ainsi qu'à la formation continue. Celle-ci ou une infirmière du service qui serait intéressée par développer ce projet, avec l'accord de ses supérieurs, peut aussi organiser des ateliers pratiques et théoriques en lien avec les soins buccodentaires au sein même de son service. Le but étant de pouvoir apporter de nouvelles connaissances aux professionnelles qui le désirent ou simplement de les actualiser.

5.3. Hypothèse 2

L'utilisation d'outils d'évaluation de l'état buccodentaire, des protocoles ainsi que des diagnostics infirmiers spécifiques, intégrés au projet de soin améliorerait la qualité du soin.

5.3.1. Outils d'évaluation

OBJECTIF : Nommer les outils utilisés pour évaluer l'état buccodentaire.

Comment procédez-vous pour évaluer l'état buccal du client ?

Observer, regarder et tenir compte des plaintes sont les termes qui ont été énoncés par toutes les infirmières pour désigner comment elles évaluent l'état buccal des clients. Pour Huguel Hervé, l'étape de l'évaluation de la cavité buccale se déroule en deux temps. L'interrogation en premier puis l'observation et l'examen clinique postérieurement²⁶⁹. L'interrogation « consiste à s'enquérir auprès du patient et/ou de sa famille des habitudes en matière d'hygiène buccale, de son degré d'autonomie pour la réalisation des soins, du port de prothèses dentaires ainsi que des symptômes ressentis²⁷⁰ ».

²⁶⁹ HUGUEL, Hervé. *Soins de bouche en gériatrie*. Université René Descartes-Paris V. [en ligne]. 2005-2006. Adresse URL : <http://www.ehpad.org/Formation/Bibliotheque/Memoires/memoire-herve-huguel.pdf>.

²⁷⁰ Ibid.

« Elle se poursuit par un examen de l'état buccal réalisé selon différents critères tels que l'état de la voix, de la langue, des lèvres, des muqueuses, des gencives, de la salivation, de la déglutition, des dents ou des prothèses dentaires. Cet examen doit être pratiqué la plus doucement et scrupuleusement possible en utilisant des gants, un abaisse-langue et une lampe²⁷¹ ».

Une personne évoque le rôle d'alerter le médecin, si lors de l'observation clinique l'infirmière détecte une affection buccale qui doit être validée par un diagnostic médicale. L'infirmière exerce son autonomie par son esprit de collaboration interdisciplinaire. L'évaluation de la sphère buccodentaire « permet d'adapter la fréquence des soins de bouche et de référer le patient au médecin et/ou dentiste²⁷² ».

Devant un refus, les infirmières doivent rechercher la collaboration. Elles doivent établir un climat de confiance qui favorise une alliance thérapeutique pour créer un climat propice à la relation. Mais, si le client reste sur son opposition, l'infirmière doit le respecter, « *on ne peut pas le forcer, l'obliger* ». « Face au refus effectif, il est recommandé au soignant d'être vigilant, d'essayer de comprendre les raisons et de trouver le moment favorable à la réalisation du soin. Il s'avère inutile d'insister et de rendre le soin agressif²⁷³ ». En mon sens, l'infirmière ne doit-elle pas trouver des solutions afin de convaincre la personne de l'importance du soin de bouche pour sa santé ?

Les plaintes sont citées comme précurseur d'une gêne, d'un problème au niveau buccal et c'est souvent par ce biais que des problèmes sont découverts. Caron Christian dit dans le livre « Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie » que « généralement, la détection n'est effectuée que si les lésions buccales sont suffisamment douloureuses pour que le résident se plaigne²⁷⁴ ». Je m'interroge, faut-il être seulement attentif aux clients qui expriment leur ressenti ? Une évaluation systématique chez tous les patients ne pourrait-elle pas détecter des problèmes sous-jacents ?

Deux infirmières relèvent que les odeurs peuvent être un signe qui les avertit qu'un problème buccal peut-être présent. Deux autres infirmières font référence, dans leur discours, à des objets qui leur permettent de mieux évaluer.

²⁷¹ PEDRO Da SILVA, Valérie, DESMARET, Valérie, TRIVALLE, Christophe. Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs. *Revue : Soins gérontologies*. 2005, n° 51, p. 37.

²⁷² GENOUD, François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale ? *Pratique des soins*, 2003, n° 3, p. 50.

²⁷³ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113 p. 25.

²⁷⁴ CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 196.

Les objets qui ont été cités sont : la lampe de poche ou une autre source de lumière, un abaisse langue et des bâtonnets montés prêts à l'usage. Pour une infirmière, le fait d'aller évaluer l'état buccal du client, le geste en lui-même, lui évoque « *les marchants d'esclaves qui allaient regarder les dents des prisonniers* ». Le sentiment d'effraction est fortement évoqué, « réaliser ce soin nécessite une proximité, une certaine familiarité²⁷⁵ ».

Il rajoute qu'il est parfois réticent à demander aux clients d'ouvrir la bouche car « *on entre dans l'intimité de la personne* ». Je peux conclure que l'infirmière en question et le client ne sont pas prêts à une telle intimité. « Accepter de pénétrer dans ce lieu qu'est la bouche n'est pas sans conséquences pour la personne, ni sans effets pour le soignant²⁷⁶ ». Le témoignage recueilli me questionne : La proximité physique imposée par ce soin est-elle toujours une entrave à la réalisation de celui-ci ?

Je trouve qu'il est important de souligner que « l'examen visuel de la cavité buccale exige de connaître l'aspect des tissus buccodentaires sains. Ces connaissances devraient donc faire partie de la formation en sciences infirmières²⁷⁷ ». Les caractéristiques d'une bouche saine sont : « Une bouche libre de mucus ou autres débris. Une langue humide, rosée, à l'aspect râpeux sans dépôts, ni lésions. Des gencives et des muqueuses humides, rosées et fermes sans dépôts, ni lésions. Une salive claire et aqueuse²⁷⁸ ».

Disposez-vous d'un outil d'évaluation dans votre service ?

Toutes les infirmières interrogées ont répondu négativement à cette question. Celles-ci n'ont donc pas connaissance d'un outil d'évaluation concernant les soins buccodentaires. D'après mes lectures, un outil d'évaluation de la cavité buccale peut permettre d'affiner les observations. Ce constat pour moi est exact.

Je tiens tout de même à préciser que lors des différents entretiens une grille d'évaluation adaptée de « Oral Assessment Guide » selon Eils et Nachnani leurs a été présentée et du temps leur a été donné, si elles le désiraient, pour prendre connaissance de cette grille.

²⁷⁵ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113 p. 25.

²⁷⁶ Ibid., p. 25.

²⁷⁷ CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 196.

²⁷⁸ MAINVILLE, Marie-Claude, DESMARAIS, Michèle. *Les soins de bouche*. In : Congrès AQSP 2007 Sherbrooke [en ligne]. Adresse URL : http://www.reseaupalliatif.org/images/CONGRES2007/Conférences/D_10_Soins_bouche.pdf.

Cet outil permet de décrire puis d'accompagner l'évolution de l'état buccal du client au moyen d'un score afin de définir si les soins palliés doivent être d'ordres préventifs ou curatifs. Il est « considéré comme très commode pour communiquer à l'équipe soignante les changements de l'état buccodentaire et pour déterminer et planifier les interventions de soins²⁷⁹ ». J'ai décidé de montrer cette grille d'évaluation, du fait que c'est la seule que j'ai trouvée lors de ma recherche exploratoire, mais je ne prétends pas affirmer que celle-ci est la seule qui existe. Cette manière de faire m'a permis de répondre à leur curiosité.

En effet, toutes les infirmières ont été surprises d'apprendre qu'il existe une grille d'évaluation concernant les soins buccodentaires. « Plutôt que se référer à une approche scientifique, formalisée, ils préfèrent s'appuyer sur leur sens clinique, sur leur expérience ou procèdent par raisonnement et déduction²⁸⁰ ».

Est-ce qu'une grille d'évaluation faciliterait votre évaluation ?

La moitié des infirmières interrogées affirment qu'une grille ou un outil faciliterait l'évaluation pourvu que celui-ci soit pratique et accessible par toutes les infirmières. Dans la littérature, la grille d'évaluation de la sphère buccale « Oral Assessment Guide » selon Eils et Nachnani est considéré comme « un outil d'évaluation simple et pratique, il permet de donner aux soignants les ressources nécessaires pour appréhender avec confiance ces soins²⁸¹ ». Deux infirmières renforcent en disant que la grille d'évaluation permet d'objectiver ce qui a été vu lors du soin et ainsi mieux faire le relais avec le médecin si un problème est identifié. « En somme, le rôle de l'infirmière est d'assurer le dépistage précoce des lésions apparentes afin de les faire traiter sans délai par un dentiste ou par un spécialiste²⁸² ».

L'autre moitié quand a elle garantit qu'une grille d'évaluation ne leur faciliterait pas l'évaluation de la cavité buccale. En effet, une infirmière affirme qu'elle ne voit pas la nécessité d'avoir une grille d'évaluation pour les soins buccodentaires; qu'elle se sent capable d'évaluer sans l'aide d'aucun support.

²⁷⁹ GENOUD, François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale ? *Pratique des soins*, 2003, n° 3, p. 50.

²⁸⁰ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113 p. 23.

²⁸¹ Unité de gérontopharmacologie clinique et la pharmacie des HUG, en collaboration avec les services de gériatrie, de pharmacologie et toxicologie cliniques. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *Bulletin d'information du CAPP* [en ligne]. décembre 2005, n° 37. Adresse URL : <http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf>.

²⁸² CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 198.

Pour Huguel Hervé, « cette grille d'évaluation permet d'objectiver l'état buccal initial grâce au score établi (plus le score est élevé, plus la bouche est altérée) et d'en suivre l'évolution mais surtout de sensibiliser le personnel à la surveillance et à l'identification des pathologies buccales. D'autre part, il permet de définir le type de soins qu'il soit préventif ou curatif et d'en évaluer l'efficacité grâce à un rythme préconisé de deux évaluations par semaine²⁸³ ».

Ce constat m'interpelle : L'utilisation d'une grille d'évaluation ne permet-elle pas d'harmoniser l'évaluation entre les différentes équipes ? Celle-ci ne permet-elle pas de prodiguer un soin personnalisé plus rapidement ?

Une autre infirmière trouve que le genre de grille que je lui ai présenté serait plus adéquat dans certains milieux, dans certains services plus spécifiques. Celle-ci me cite quelques exemples comme en soins palliatifs, en oncologie ou en traumatologie lors d'un traumatisme au niveau du visage, lors d'une fracture des maxillaires, mais ne trouve pas utile de l'utiliser en gériatrie. Initialement, cette grille « a été construite principalement pour les patients en cure de chimiothérapie, il ne prenait pas en compte les facteurs spécifiques liés aux personnes âgées²⁸⁴ ». Puis, celle-ci a été adaptée. L'hygiène des prothèses dentaires et la déglutition ont notamment été ajoutées.

La dernière personne qui a répondu négativement à cette question affirme qu'elle ne trouve pas utile d'utiliser ce genre de grille lorsque les infirmières ont plusieurs années d'expérience derrière elles. Par contre elle assure, qu'elle pourrait être utilisée par les étudiants ou par d'autres personnes qui n'ont pas beaucoup l'habitude de pratiquer ce soin. La remarque de la dernière infirmière m'interpelle dans le sens que l'expérience ne nécessite pas un outil d'évaluation. Qu'est-ce que pour elle une infirmière expérimentée ? Sur quels critères se base-t-elle ? Cette réflexion demanderait un autre développement qui ne rentre pas dans le cadre de mon travail.

²⁸³ HUGUEL, Hervé. *Soins de bouche en gériatrie*. Université René Descartes-Paris V. [en ligne]. 2005-2006. Adresse URL : <http://www.ehpad.org/Formation/Bibliotheque/Memoires/memoire-herve-huguel.pdf>.

²⁸⁴ GENOUD, François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale ? *Pratique des soins*, 2003, n° 3, p. 50.

Estimez-vous utile d'évaluer l'état buccodentaire systématiquement dans l'anamnèse d'entrée ? Si oui, pourquoi. Si non, pourquoi.

Toutes les infirmières ont répondu négativement à cette question. Celles-ci ne trouvent donc pas utile d'évaluer l'état buccodentaire lors de l'anamnèse d'entrée. Pour Caron Christian, « le but du dépistage précoce des lésions ou des problèmes buccodentaires vise à faciliter les traitements et à réduire la morbidité associée à ces maladies²⁸⁵ ». Par contre l'unique élément que les infirmières qui ont été interrogées demandent lors de l'anamnèse d'entrée, par rapport à la cavité buccale, c'est si les clients possèdent ou non des prothèses dentaires. Cette donnée est notifiée dans le plan de soin informatisé.

Trois infirmières affirment que lors de l'entrée du client au sein du service celles-ci sont plus attentives au motif d'hospitalisation, au diagnostic médical et aux comorbidités qu'à l'évaluation de la cavité buccale du client. « Souvent les problèmes buccodentaires sont occultés par les problèmes médicaux qui sont aperçus comme plus urgents et plus évidents par le personnel soignant, les patients eux-mêmes et par la famille²⁸⁶ ». De plus, « il est rare que le médecin et l'infirmière recherchent à titre préventif les anomalies des tissus dentaires et muqueux de la cavité buccale. Il serait cependant possible de procéder à une détection plus précoce des problèmes buccodentaires. Par exemple, une infirmière pourrait effectuer un dépistage lors de l'admission des nouveaux résidents²⁸⁷ ». « L'évaluation à l'aide de la grille devrait être effectuée à nouveau après trois jours, afin d'évaluer l'efficacité du soin ou du traitement entrepris. Ensuite deux évaluations par semaine semblent être suffisantes pour avoir un réel suivi de l'état buccal du patient²⁸⁸ ». Cette évaluation est identifiée comme importante mais pas prioritaire lors de l'entrée du client. Cette affirmation m'interpelle. Lors de l'anamnèse d'entrée, n'est-il pas nécessaire de réaliser un recueil de données qui soit complet ? L'évaluation survient alors plus tard dans le temps, lors de la première toilette du matin par exemple. Le plan de soin n'est pas rempli entièrement lors de l'entrée mais au fur et à mesure de l'hospitalisation.

²⁸⁵ CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 198.

²⁸⁶ RIESEN, M., CHUNG, J.-P., PAZOS, E., BUDTZ-JORGENSEN, E. Interventions buccodentaires chez les personnes âgées. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2002, revue n° 586, p. 2.

²⁸⁷ CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 196.

²⁸⁸ Unité de gérontopharmacologie clinique et la pharmacie des HUG, en collaboration avec les services de gériatrie, de pharmacologie et toxicologie cliniques. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *Bulletin d'information du CAPP* [en ligne]. décembre 2005, n° 37. Adresse URL : <http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf>.

Il est important de signaler que si l'infirmière ne note pas dans le plan de soin lorsqu'il y a un problème lié à la sphère buccale, ni dans les annotations, les collègues de l'équipe n'ont aucune information sur les soins prodigués.

Nommer les outils utilisés pour évaluer l'état buccodentaire.

Pour procéder à l'évaluation de l'état buccodentaire du client, les infirmières n'utilisent pas de critères précis, chacune y va selon ses habitudes. A l'unanimité, les infirmières observent, regardent et tiennent compte des plaintes des clients. L'observation peut-être faite en s'aidant d'une source de lumière, en utilisant un abaisse-langue et des bâtonnets montés prêts à l'emploi. L'évaluation n'est pas réalisée lors de l'anamnèse d'entrée car identifié comme importante mais pas prioritaire.

Aucune infirmière n'a connaissance de l'existence d'un outil d'évaluation avec des items précis à observer concernant les soins buccodentaires. Cependant, la moitié des infirmières interrogées affirment qu'un outil faciliterait l'évaluation pourvu qu'il soit pratique et accessible. L'outil qui leur a été présenté s'appelle « Oral Assessment Guide » selon Eils et Nachnani.

OBJECTIF : Identifier les bénéfices ainsi que les inconvénients de l'utilisation d'outils d'évaluation.

Quels sont pour vous les avantages ainsi que les inconvénients de l'utilisation d'outils d'évaluation ?

Les infirmières qui avaient répondu positivement à la question « est-ce qu'une grille d'évaluation faciliterait votre évaluation ? » estiment qu'il existe des avantages relatifs à l'utilisation d'outils d'évaluation. Une meilleure prise en charge de la cavité buccale du client dû à une grille d'évaluation comprenant différents items précis a été mentionnée. Cet outil est cité comme pouvant être un guide en ce qui concerne l'évaluation de la sphère buccale, pour les infirmières. « Il constitue un outil clinique fiable et utile pour évaluer l'état buccodentaire et identifier les changements²⁸⁹ ». Les infirmières peuvent ainsi accompagner l'évolution de l'état oral du client durant toute son hospitalisation. La traçabilité du soin a été mentionné deux fois et le fait d'utiliser cet outil comme document pouvant être transmis au médecin une fois.

²⁸⁹ GENOUD, François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale ? *Pratique des soins*, 2003, n° 3, p. 50.

Néanmoins, plusieurs inconvénients ont été signalés de la part de toutes les infirmières. En effet, celles-ci affirment qu'elles ont de plus en plus de tâches administratives à accomplir est que le « *plus important c'est d'être auprès du patient* ». Je conclus donc que les infirmières ont l'impression de passer plus de temps à retranscrire ce qu'elles font, qu'être chevet du client. Cette même conclusion est présente dans une étude réalisée par Bernard Marie-Fleur intitulée « Représentations mentales et difficultés des soignants »²⁹⁰. L'outil d'évaluation des soins buccodentaires est considéré comme un outil de plus, celui-ci est envisagé par certaines infirmières comme inutile car l'évaluation de la sphère buccale peut-être fait simplement par l'observation. Cependant, « l'utilisation d'une grille est recommandée pour standardiser certaines études, homogénéiser l'évaluation entre les différentes équipes et mettre rapidement en place un soin personnalisé²⁹¹ ».

Identifier les bénéfices ainsi que les inconvénients de l'utilisation d'outils d'évaluation.

La moitié des infirmières estiment qu'il existe des avantages relatifs à l'utilisation d'outils d'évaluation, mais toutes considèrent que des inconvénients sont présents et pas négligeables. Les inconvénients sont surtout orientés vers un supplément de charge de travail se rajoutant aux différentes tâches administratives que les infirmières doivent réaliser durant leur service.

5.3.2. Diagnostics infirmiers

Pensez-vous que cet outil contribuerait à l'élaboration du diagnostic infirmiers spécifiques aux soins buccodentaires ?

La majorité des infirmières affirment que l'outil qui a été mentionné auparavant peut contribuer à l'élaboration d'un ou de plusieurs diagnostics infirmiers spécifiques aux soins buccodentaires. La raison qui a été évoquée fait référence à la variabilité des items présents sur la grille d'évaluation. Les items qui ont été ressortis sont : les lèvres, la voix, les gencives, la salive, les muqueuses et le goût. Tous ces facteurs peuvent alors les aider à mieux cibler les diagnostics infirmiers.

²⁹⁰ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113 p. 26.

²⁹¹ MACREZ Annick, CHOUAID Christos, COSQUER Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

Pour poser des diagnostics infirmiers spécifiques, il faut se baser sur l'observation pour réaliser l'examen de l'état buccal, de ce fait l'utilisation d'un ou de plusieurs outils d'évaluation peut-être nécessaire. Guggisberg Elisabeth met en évidence, dans son article « l'importance du diagnostic des affections buccales dans la prise en soins des patients²⁹² ». Celle-ci affirme qu'il permet de « prévenir ou traiter les infections et autres complications ; de maintenir la capacité fonctionnelle de la cavité buccale ; et d'éviter ou de maîtriser des manifestations invalidantes et douloureuses au malade pour lequel nos soins ont pour but premier d'assurer tout le confort possible²⁹³ ».

Une personne souligne que la grille peut lui permettre de poser des diagnostics infirmiers basés sur des résultats probants et que ceux-ci peuvent l'aider à mieux cibler les objectifs puis les interventions à atteindre. « Le résultat de cet examen conduit automatiquement à un projet de soins spécifique au malade. Dès que le diagnostic est posé, le processus de soins commence. Le but à court, moyen ou long terme sera toujours le confort du patient, voire la guérison de l'affection²⁹⁴ ». Une autre infirmière mentionne que l'outil peut contribuer à élaborer des diagnostics infirmiers mais, comme signalé dans la réponse à la question précédente, celle-ci ne trouve pas qu'il soit approprié pour un service tel que la gériatrie mais plutôt dans un service de soins palliatifs, d'oncologie ou de traumatologie faciale. En intégrant les diagnostics infirmiers au processus de soin, les infirmières cherchent à prévenir, à réduire ou à alléger un ou plusieurs problèmes de santé du client. Cette remarque exprimée par une seule infirmière m'interpelle : Pourquoi donc l'utilité des diagnostics infirmiers en gériatrie est mise en cause ? Cette réflexion demanderait un autre développement qui ne rentre pas dans le cadre de mon travail.

La dernière personne qui a répondu de manière affirmative à cette question signale que pour l'instant les diagnostics infirmiers ne sont pas utilisés dans le service ou elle travaille mais assure que l'outil peut contribuer à l'élaboration de diagnostics infirmiers spécifiques aux soins buccodentaires.

L'unique personne qui a répondu négativement évoque qu'elle ne travaille pas avec les diagnostics infirmiers du au fait qu'elle ne sait pas les rédiger. Du a ce facteur, celle-ci ne trouve aucune utilité à utiliser la grille dans le but d'élaborer des diagnostics infirmiers.

²⁹² GUGGISBERG, Elisabeth. Prévention des affections buccales chez les patients en phase terminale. L'importance du diagnostic infirmier. *Revue Soins infirmiers*. 1989, n°1, p. 73.

²⁹³ Ibid., p. 73.

²⁹⁴ Ibid., p. 72.

Identifier si les outils d'évaluation peuvent contribuer à la réalisation d'un ou de plusieurs diagnostics infirmiers.

La plupart des infirmières soutiennent qu'un outil d'évaluation peut contribuer à la réalisation d'un ou de plusieurs diagnostics infirmiers spécifiques aux soins buccodentaires. Toutefois, les diagnostics infirmiers ne sont pas utilisés.

5.3.3. Protocoles

Disposez-vous d'un protocole pour les soins de bouche non thérapeutiques dans votre service ? Si oui, lequel(s). Si non, faire référence au GUTS.

OBJECTIF : Identifier les protocoles utilisés dans le service

La majorité des infirmières ont répondu qu'elles ne possèdent pas de protocoles pour les soins de bouche non thérapeutiques dans leur service. « La majorité n'utilisent pas de protocoles, il n'y en a pas dans leurs unités. Certains n'en voient pas l'utilité²⁹⁵ ». Par rapport à cette réponse je m'interroge : est-ce que l'utilisation d'un protocole pourrait améliorer la qualité du soin ?

Une seule personne fait référence instinctivement à un classeur contenant des protocoles. Le classeur en question, appelé GUTS a disposition dans les unités, comprend différents protocoles de soins. Le protocole décrit la procédure pour nettoyer la cavité buccale ainsi que les buts du soin, mais il est nécessaire de mentionner qu'il n'y a pas d'information sur la manière d'évaluer la sphère buccale.

Le GUTS est connu par toutes les infirmières, mais n'est pas cité spontanément. Lorsque j'y fais référence, toutes répondent en acquiesçant qu'il est disponible dans le service. Cependant, celui-ci est utilisé occasionnellement pour certains soins, des « *soins atypiques, qu'on ne pratique pas souvent* ». En effet, à l'unanimité aucun protocole écrit n'est utilisé afin d'effectuer des soins buccodentaires, toutes pratiquent ce soin selon leur habitude. « *Tous ce qui touche les soins d'hygiène on est sensé connaître et beaucoup ont leurs propres habitudes, ce n'est pas le classeur GUTS qui vont les changer* ». Les infirmières « préfèrent s'appuyer sur leur sens clinique, sur leur expérience ou procèdent par raisonnement et déduction²⁹⁶ ».

²⁹⁵ BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113 p. 23.

²⁹⁶ Ibid.

Identifier les protocoles utilisés dans le service.

En résumé, aucune infirmière interrogée n'utilise de protocoles pour effectuer des soins buccodentaires. Il n'existe pas de protocole autre que le GUTS dans les unités. Celui-ci est utilisé essentiellement pour des soins nouveaux ou rarement pratiqués au sein du service.

6. Synthèse des résultats

Ayant achevé l'analyse, nous²⁹⁷ allons ci-dessous dévoiler la synthèse de nos résultats. Au début du travail nous avons rédigé quatre hypothèses²⁹⁸, à partir de la question centrale de recherche et sur la réflexion faite lors de la problématique.

Au travers de ce chapitre, nous allons dans un premier temps, vérifier ou infirmer les hypothèses, puis dans un deuxième temps, répondre à la question centrale de recherche et enfin parler des objectifs spécifiques de recherche²⁹⁹.

6.1. Vérification des quatre hypothèses

Hypothèse 1

Une meilleure sensibilisation à l'importance des soins buccodentaires lors de la formation initiale et continue des infirmières influencerait la qualité de la prise en charge.

L'analyse des données obtenues lors des entretiens, me permet de vérifier partiellement cette hypothèse. Le constat que je peux faire actuellement est qu'effectivement : la moitié des infirmières interrogées ont reçu, lors de leur formation initiale, des cours concernant les soins buccodentaires. Les cours se basaient essentiellement sur la théorie et sur la pratique. La pratique consistait à effectuer mutuellement des soins de bouche. L'autre moitié, quand à elle, soit ne se rappelle pas avoir eu de cours concernant ce thème, soit elle n'a pas eu de cours et aurait aimé en avoir soit, elle ne voit pas la nécessité de cet enseignement dans la formation initiale en soins infirmiers. Les opinions sont donc très diversifiées.

En ce qui concerne la formation continue, la majorité des infirmières mentionnent très clairement qu'un besoin axé sur les soins buccodentaires est inutile. L'expérience des infirmières est citée comme principal argument.

Le constat que je peux faire actuellement : le besoin de cours concernant les soins buccodentaires que ce soit lors de la formation initiale ou lors d'une formation continue est propre à chacun. Toutes les personnes ne ressentent pas de la même manière ce besoin de formation.

²⁹⁷ Marie-Noëlle Baudin et moi-même.

²⁹⁸ Les hypothèses deux et trois retranscrites dans ce chapitre sont celles qui ont été traitées par Marie-Noëlle Baudin, ma partenaire pour ce Travail Bachelor

²⁹⁹ Je tiens à préciser que les objectifs spécifiques de recherche développés sous la section 2.3, me sont propres.

Hypothèse 2

L'utilisation d'outils d'évaluation de l'état buccodentaire, des protocoles ainsi que des diagnostics infirmiers spécifiques, intégrés au projet de soins, amélioreraient la qualité du soin.

L'analyse des données obtenues lors des entretiens me permet d'infirmier cette hypothèse. En effet, les infirmières interrogées affirment très clairement qu'elles n'ont pas connaissance de l'existence d'un outil d'évaluation concernant les soins buccodentaires. L'évaluation de la cavité buccale du client n'est pas effectuée avec des critères précis, chacune procède selon ses habitudes. Toutes considèrent après avoir succinctement analysé la grille qu'il existe plus d'inconvénients à l'utilisation de cette grille que d'avantages. Un supplément de charges administratives n'est envisageable pour aucune des participantes. Toutefois, la majorité considère que ce type d'outil peut contribuer à l'élaboration d'un ou de plusieurs diagnostics infirmiers spécifiques aux soins buccodentaires. Il est tout de même important de mentionner qu'aucune des infirmières n'utilise les diagnostics infirmiers. A l'unanimité, les infirmières n'utilisent pas de protocoles pour effectuer des soins buccodentaires. Les protocoles du GUTS sont uniquement utilisés lors de soins rarement pratiqués.

Le constat que je peux faire actuellement est que les outils d'évaluation, les protocoles ainsi que les diagnostics infirmiers ne sont pas utilisés par les infirmières qui ont participé à l'étude. Pourtant je pense, que l'utilisation de tous ces outils développerait la qualité des soins.

Hypothèse 3

Le ressenti de l'infirmière face au soin de bouche influencerait la pratique quotidienne du soin.

Cette hypothèse est infirmée. Le soin de bouche n'est pas difficile à réaliser, quel que soit l'aspect de la bouche, repoussante parfois, les infirmières trouvent du sens à leur geste, recherchent le confort du patient en exécutant le soin de bouche. Je n'ai pas eu de discours différent, que ce soit par les soignants qui s'identifient au patient et qui souhaitent dans une situation similaire recevoir un soin de bouche, ou pour ceux qui n'apprécieraient pas qu'une tierce personne leur prodigue ce soin.

Je n'ai pas ressenti au travers de mes entretiens, que si le soin était aussi facilement délégué aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire, c'était pour éviter de faire face à une bouche désagréable. Mais, je n'ai pas investigué plus spécifiquement sur cet aspect.

Les émotions ont été plus ou moins exprimées en qualifiant le soin de bouche d'intime et d'intrusif. Ces ressentis peuvent expliquer la raison pour laquelle l'infirmière accepte un refus du soin. Mais c'est également pour restaurer la dignité du patient qu'en cas de problèmes buccodentaires elle va rechercher sa collaboration afin d'exécuter le soin lorsque cela est primordial pour sa santé. Aucun des soignants ne remet en cause son savoir-faire, ni son savoir-être face à un rejet du soin de la part du patient. Une relation professionnelle empreinte de respect favorise la participation du patient et veille à ce que ce que le soin ne soit pas intrusif.

Hypothèse 4

Les soins de bouche non thérapeutiques appartiennent au rôle propre et au rôle délégué de l'infirmière.

Cette hypothèse est vérifiée, cependant j'y apporterai quelques nuances. Oui, incontestablement l'infirmière détient le rôle central dans l'exécution du soin de bouche. Si je m'appuie sur la définition du rôle propre, développé dans mon cadre de référence, le soin de bouche fait partie des actes qui relèvent du champ des compétences professionnelles de l'infirmière. Toutes les personnes interrogées exécutent quotidiennement des soins de bouche non thérapeutiques. Elles délèguent régulièrement le soin à des soignants avec d'autres qualifications (ASSC, aides-soignantes, aides-infirmières, etc). S'il n'y a aucun doute sur la bonne qualité des soins de bouche prodigués dans les services ayant participé à ma recherche, je mettrai un bémol, sur l'évaluation clinique de la bouche et sur la technique du soin, qui sont particulières à chaque soignant.

Personnellement, je pense que la richesse d'une équipe, se décline par l'alchimie entre des personnalités de sensibilités différentes et de compétences professionnelles diversifiées. Mais, pour assurer des soins de qualité et favoriser leur continuité, une évaluation clinique basée sur un consensus d'équipe serait favorable.

Toutefois ce qui est à relever, c'est que ce soin est très peu visible, il passe le plus souvent inaperçu dans les transmissions orales ou écrites, exception faite quand il y a un problème identifié et que des actions infirmières sont mises en place.

Lors de mes différents stages, j'ai vu parfois des indications spécifiques au soin de bouche dans les annotations infirmières (rapport de soins), mais est-ce que l'infirmière prend le temps le matin avant de débiter son travail de lire les annotations des jours précédents faites par une collègue ?

Si l'équipe interdisciplinaire est tout à fait au clair avec le rôle infirmier dans l'application du soin au niveau buccal, ce rôle autonome qui ne s'exprime pas par l'utilisation d'un processus de soins avec des diagnostics spécifiques pour la région buccale, est lui aussi très peu visible. Le premier standard de qualité de l'Association Suisse des Infirmières dit que les soins doivent être « individualisés, adaptés à la situation et orientés vers des buts³⁰⁰ ». Durant la formation, l'apprentissage de l'écriture par rapport au rôle infirmier s'apprend dans l'application d'une démarche de soins. Je constate que sur le terrain les infirmières n'appliquent pas le processus de soin dans sa globalité, et n'utilisent pas la formulation de diagnostics infirmiers. Ceci implique de la part de l'infirmière qu'elle doit valider son objectif de soins avec le patient, est-ce que c'est cette recherche de collaboration, indispensable pour l'élaboration de son projet de soins, qui retient l'infirmière à poser des diagnostics infirmiers?

Le processus de soin infirmiers oblige à la réflexion, à se remettre en question et de donner un sens à sa pratique. Qui dit réflexion, dit aussi meilleure perception des objectifs prioritaires et davantage d'actions mises en œuvre. Le travail est ainsi plus ciblé, je pense que le processus de soins infirmiers favorise la continuité des soins au sein d'une équipe et permet une vision globale et commune du patient.

6.2. Retour sur la question centrale de recherche

Suite à la rédaction de l'analyse retraçant les réponses émises par chacune des infirmières interrogées en lien avec les quatre hypothèses, nous sommes, dès à présent, capables de répondre à notre question centrale de recherche qui est :

Quels sont les conditions et les obstacles au développement des soins buccodentaires de qualité ?

Toutefois, il nous semble important, avant d'aller plus loin, de revenir sur les définitions des « conditions » et des « obstacles » que nous avons posées avant de réaliser les entretiens.

³⁰⁰ ASI-SBK. Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins. Berne, 1998, p. 6.

- Par « conditions », nous sous-entendons : les conditions mis à disposition pour les infirmières afin de prodiguer des soins buccodentaires de qualité. Comme la formation, les outils d'évaluations, le matériel à disposition, l'utilisation de diagnostics infirmiers spécifiques, etc.
- Par « obstacles », nous sous-entendons : les obstacles qui entravent le bon déroulement du soin. Comme le ressenti des infirmières, le manque de formation spécifique à ce soin, le matériel non adéquat, l'absence d'unification du protocole, la non-collaboration du client face à ce soin, etc.

Suite à l'analyse des entretiens, nous pouvons mettre en évidence que les infirmières sont entièrement convaincues de la nécessité de prodiguer des soins de bouche pour le confort du patient et qu'elles fournissent des soins de qualité. Toutefois malgré cette évidence, les réponses obtenues mettent en lumière ce qui peut nuire à une pratique optimale des soins de bouche. Nous commençons par exposer ci-dessous les conditions que nous avons identifiées.

6.2.1. Conditions

La formation de base leur paraissait suffisante pour prodiguer des soins de bouche, même si les infirmières ne se souvenaient plus des détails précis.

La grille d'évaluation et les techniques d'observation de la cavité buccale sont des conditions d'appréciation absentes dans les milieux de soins interrogés.

Lors de l'anamnèse d'entrée, l'évaluation de la cavité buccale n'est pas prioritaire car l'accent est porté sur les diagnostics médicaux et les comorbidités. Toutefois, dans les jours suivant, cette évaluation est effectuée principalement lors des soins d'hygiène. Le processus de soins infirmiers, comme défini dans les normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers de l'ASI, n'est pas utilisé dans sa démarche globale avec la formulation de diagnostics infirmiers. L'utilisation de diagnostics spécifiques pour la cavité buccale a l'avantage de cibler les besoins et de faciliter la collaboration avec le médecin. Une démarche mentale et effectivement une démarche mentale qui est développée par les soignants pour identifier les problèmes, élaborer des actions infirmières, effectuer des évaluations et des réajustements ; mais celle-ci est rarement inscrite dans le plan de soins.

Dans l'unité de soins palliatifs, les soins buccodentaires non thérapeutiques sont nommés dans les transmissions écrites et orales. Il y a en effet dans cette unité spécialisée une vigilance particulière à l'égard de l'hygiène buccale de la personne en fin de vie. Les infirmières estiment avoir du matériel adéquat pour prodiguer des soins de qualité.

Afin de répondre à la deuxième partie de la question, nous abordons maintenant les obstacles que nous avons identifiés.

6.2.2. Obstacles

Il n'y a pas d'uniformisation de la technique de soin dans les services interrogés. Les infirmières exécutent le soin selon leurs habitudes personnelles, si elles connaissent le classeur du GUTS pour les techniques de soins, elles ne l'utilisent pas comme référence pour le soin de bouche.

Les infirmières disent ne pas avoir assez d'informations sur les différentes solutions qu'elles peuvent utiliser pour les soins non thérapeutiques. Nous avons pu constater qu'elles ont effectivement peu de connaissances sur le sujet. La solution Bichsel® est celle qui est le plus utilisée dans le Réseau Santé Valais, elle a une durée de conservation de vingt-quatre heures dès l'ouverture du flacon. Les soignants ne respectent pas cette date de péremption, car aucun ne connaît cette règle de précaution.

Les infirmières qui ont été interrogées sur l'utilisation d'une grille d'évaluation de la cavité buccale trouvent que cette pratique augmenterait leur charge de travail. Pour la majorité, une grille d'évaluation est donc inutile.

L'absence de transmissions écrites et orales est argumentée par le fait que ce soin fait partie du soin d'hygiène. Tout comme la toilette, celle-ci n'est pas non plus mentionnée dans les rapports infirmiers. Ceci est corroboré par les dires que l'on ne transmet pas ce qui va bien. Cette façon de procéder nuit à la continuité des soins au sein des équipes, et confirme la raison pour laquelle le soin de bouche de confort est peu visible.

Nous avons choisi de classer la délégation du soin dans les obstacles, car l'absence de supervision peut être un handicap pour des soins de qualité.

Le refus du soin par un patient est, par sa définition, un obstacle, mais l'infirmière qui estime que cela a des répercussions sur la santé de son patient, va lui donner un enseignement pour le sensibiliser au soin de bouche.

Le ressenti que l'infirmière devant une bouche désagréable peut-être un frein à la réalisation d'un soin buccal, mais aucune personnes interrogées n'a eu cette attitude de repli.

Les soignants ne sont pas demandeurs de formation continue spécifique à la technique du soin buccodentaire, mais ils aimeraient avoir des cours ciblés sur les différentes pathologies liées à la sphère buccale, ainsi que sur la pharmacologie des produits spécifiques pour la cavité orale.

6.3. Atteinte des objectifs

Etant arrivée au terme de ma recherche, je vais donc évaluer l'atteinte de mes objectifs spécifiques de recherche qui ont été mentionnés au chapitre 2.3.2. Je m'étais fixée un objectif général et trois objectifs spécifiques de recherche.

6.3.1. Atteinte des objectifs spécifiques de recherche

Les objectifs cités ci-dessous sont en lien avec les hypothèses traitées sous la section 2.2.

- **Identifier** les éléments reçus sur les soins de l'hygiène buccale lors de la formation initiale.

Les six entretiens effectués auprès d'infirmières m'ont permis d'identifier quels éléments les infirmières avaient reçus lors de leur formation initiale, concernant les soins buccodentaires. Malheureusement, peu d'éléments précis ont été mentionnés du au facteur temps. En effet, depuis leur formation initiale, plusieurs années se sont écoulées. Les souvenirs concernant ce soin ne sont plus clairs et précis.

Les cours théoriques portaient essentiellement sur les produits médicamenteux ainsi que sur quelques notions de base. Les notions de base font référence, je suppose, à la technique du soin de bouche, cependant cette constatation ne peut-être affirmée car elle n'a pas été explicitement nommée par aucune des six infirmières. En ce qui concerne les cours théoriques ceux-ci sont pratiqués en début de formation lorsque les enseignants abordent les soins d'hygiène et de confort.

- **Nommer** et **analyser** les outils utilisés pour évaluer l'état buccodentaire.

Je peux dire que cet objectif a été atteint. En ce qui concerne les outils d'évaluation, j'ai pu constater après avoir effectué les entretiens que les infirmières ne possèdent ni ne connaissent d'outils d'évaluation. En effet, pour procéder à l'évaluation de la cavité buccale du client, les infirmières n'utilisent pas de critères précis, chacune la réalise selon ses habitudes. Elles observent, regardent et tiennent compte des plaintes du client. Il n'y a pas d'uniformisation au sein du service pour l'évaluation de l'état buccodentaire.

Durant la phase exploratoire, j'ai consulté de la littérature et quelques sites disponibles sur le sujet concernant les soins buccodentaires. L'outil qui est souvent cité est une grille d'évaluation nommée « Oral assessment guide » selon Eils et Nachnani.

C'est ce même outil que j'ai décidé de développer dans le chapitre 3.3.2 et de présenter lors des entretiens à chacune des infirmières. Cet outil permet de décrire, puis d'accompagner l'évolution de l'état buccal du client au moyen d'un score afin de définir si les soins donnés doivent être d'ordre préventif ou curatif. Après l'avoir analysé, je considère que pour moi c'est un outil simple à utiliser et adapté en milieu gériatrique.

- **Identifier** les protocoles existant concernant les soins buccodentaires dans le service.

Les six entretiens effectués auprès d'infirmières m'ont permis d'identifier si des protocoles concernant les soins buccodentaires étaient présents dans le service. Le seul protocole existant fait partie du GUTS (groupe d'unification des techniques de soins en Valais romand). Le protocole concernant les soins de bouche est divisé en trois parties : la technique concernant les soins de bouche pour un client ne pouvant effectuer ce soin lui-même, la technique pour les soins dentaires ainsi que la technique des soins de prothèses.

Ce protocole est connu par toutes les infirmières mais n'est pas cité spontanément. De plus, aucune ne l'utilise pour effectuer des soins buccodentaires.

6.3.2. Atteinte de l'objectif général

Ci-dessous, je vais donc expliciter concrètement les thèmes qui ont été abordés lors de ma recherche et qui m'ont permis de développer l'objectif suivant :

- **Développer** mes connaissances au niveau des soins buccodentaires.

Tout au long de ce travail, j'ai pu développer des connaissances concernant les soins buccodentaires. En effet, la phase exploratoire m'a permis de découvrir une méthode d'évaluation méconnue pour moi jusqu'alors. Je fais référence à la grille d'évaluation de la sphère buccale nommée « Oral assessment guide », que j'ai décidé d'intégrer lors des différents entretiens. De plus, afin de mieux traiter le thème des soins buccodentaires, j'ai trouvé utile de développer l'anatomie et la physiologie de la cavité buccale ainsi que de parler brièvement des prothèses dentaires. Ainsi, j'ai pu accroître mes connaissances et mieux me familiariser avec ce thème. Toutes les connaissances que j'ai développées en réalisant ce travail me sont très utiles pour prodiguer des soins de bouches de qualité.

7. Discussion

Ce chapitre concerne la validité de la recherche ainsi que mes réflexions et interrogations relatives aux réponses obtenues lors de mes entretiens.

Premièrement, je vais introduire ce chapitre en parlant de la validité interne de la recherche. Je vais revenir sur les différentes étapes: le choix du thème, les cadres de référence, la méthode d'investigation choisie, l'échantillonnage ainsi que sur l'analyse des données. Dans un deuxième temps, je vais aborder la validité externe de la recherche. Enfin, je finirai par exposer quelques interrogations issues de mes réflexions lors de la rédaction de l'analyse.

7.1. Validité interne de la recherche

« La validité interne est un indice qui permet au chercheur d'apprécier la valeur de sa recherche, et donc d'évaluer la fiabilité ou la certitude de ses conclusions internes³⁰¹. Le principe est simple : plus la validité d'une recherche est élevée, plus fiables seront les conclusions internes du chercheur³⁰² ».

Par la rédaction de ce chapitre, je souhaite mettre en évidence les qualités et les limites des différentes étapes qui composent mon travail.

7.1.1. Choix du thème et du cadre de référence

Le sujet que j'aborde dans ce travail de recherche concerne les soins buccodentaires prodigués par les infirmières aux clients en milieu gériatrique. Pour moi, le choix de ce sujet est pertinent, car le rôle de l'infirmière est essentiel dans le maintien de la bonne santé buccodentaire des patients en perte d'autonomie pour ce soin.

Les cadres de référence développés sont selon moi adaptés, ceux-ci sont ciblés et m'ont permis dans un deuxième temps d'écrire mon analyse. De ce fait, j'ai pu établir un parallèle entre les éléments présents dans mes cadres de référence et les témoignages des infirmières participant à l'étude. Les éléments importants pour la compréhension de mon travail sont présents. Ceux-ci sont argumentés et des liens sont effectués.

³⁰¹ « Les conclusions internes d'une recherche sont les conclusions que le chercheur tire de l'analyse de ses données. Le mot «interne» renvoie ici aux résultats de la recherche (l'échantillon), et non à l'ensemble de la population à l'étude ».

GOULET, C. *Planète Psy*. [en ligne]. mai 2009. Adresse URL : http://www.collegeahuntsic.qc.ca/pagesdept/Sc_Sociales/psy/methosite/consignes/validite.htm#interne

³⁰² Ibid.

7.1.2. Méthode d'investigation

Concernant la méthode d'investigation, le choix d'entreprendre dans le cadre de cette recherche des entretiens semi-dirigés m'a paru judicieux. En effet, ceux-ci m'ont permis d'explorer le thème des soins buccodentaires, tout en favorisant l'expression orale des infirmières interrogées. Cette méthode permet notamment d'approfondir la pensée des interlocuteurs. Cependant, avec un certain recul, l'utilisation de vignettes cliniques lors des entretiens semi-dirigés aurait pu contribuer à l'obtention d'informations supplémentaires.

Au début de mon travail, au moment du choix de la méthode d'investigation, j'avais opté pour des entretiens semi-directifs, avec en appui des observations sur les soins d'hygiène lors de la toilette du matin³⁰³. J'ai abandonné cette option, car elle est relativement chronophage, et le temps imparti pour effectuer ma recherche me permettait difficilement d'utiliser cette approche. Par contre, je pense que des observations sur le terrain auraient apporté une vision très intéressante sur le soin de bouche.

7.1.3. Echantillonnage

L'échantillon de cette recherche a été choisi en fonction du terrain d'investigation, à savoir deux unités de soins gériatriques. Je dois tout de même mentionner que ceux-ci ne sont pas représentatifs de tous les services de gériatrie du Réseau Santé Valais, car la population choisie ne comprend que six infirmières. De ce fait, je ne prétends pas généraliser les résultats obtenus, mais faire émerger des tendances.

L'échantillon comprend quatre infirmières ayant obtenu un diplôme en soins infirmiers en Suisse et deux à l'étranger. La volonté de m'adresser à des infirmières ayant obtenu un diplôme à l'étranger ne fut pas un critère d'inclusion ni d'exclusion, ce fut clairement le fruit du hasard. Les savoirs au niveau théorique et pratique concernant les soins buccodentaires ont été pris en compte dans l'analyse, malheureusement, ceux-ci ont été peu exploités selon moi. Des informations détaillées concernant le plan d'étude cadre auraient été nécessaires et auraient pu faire ressortir les similitudes ainsi que les différences entre les formations.

Concernant le seuil de saturation des données, je pense l'avoir atteint avec mes six entretiens, car je n'ai pas récolté de nouvelles informations significatives lors des deux derniers entretiens.

³⁰³ La méthode qui avait été retenue consistait à observer l'infirmière prodiguant la toilette du matin à un client. Celle-ci ne devait pas être au courant que le soin ciblé était les soins buccodentaires.

7.1.4. Analyse

L'analyse des données que j'ai recueillies au cours de mes six entretiens effectués auprès d'infirmières reflète un point de vue limité de mon sujet d'étude et non une réalité absolue. Les éléments que j'ai extraits des corpus sont pour moi significatifs, il est donc possible que d'autres informations aient été omises lors de l'analyse.

L'analyse des entretiens a été assez ardue. En effet, certaines réponses émises par les infirmières manquaient de précision, la majorité des infirmières sont restées très succincte dans leurs réponses. De plus, je n'ai pas toujours trouvé les relances adéquates pour les ramener dans la bonne direction. D'autres ont peut-être été influencées par mon langage approuvatif ou par ma gestuelle. J'ai ainsi pu induire des biais et influencer les résultats.

Pour terminer, je pense avoir réussi à faire abstraction de mes sentiments personnels lors des entretiens, pour m'appuyer uniquement sur les propos des infirmières.

7.2. Validité externe de la recherche

« La validité externe a trait à la possibilité de généraliser les résultats de recherche et d'appliquer ces résultats à d'autres contextes ou échantillons³⁰⁴ ».

En me référant à cette définition, je ne peux pas prétendre que les résultats obtenus peuvent être généralisés, ni comparés à l'ensemble des services de gériatrie du Réseau santé Valais. En effet, cette recherche n'est significative uniquement que dans ce contexte. Les résultats ne sont donc pas applicables à l'ensemble des infirmières travaillant en milieu gériatrique. Celles-ci ont été interrogées sur les soins bucco-dentaires pratiqués aux clients dépendants pour ce soin uniquement. Il faut considérer que les questions posées ciblaient des clients bien précis et la pondération des résultats s'avère alors nécessaire. Ceux-ci ne sont pas valables pour une population ne répondant pas à ces spécificités. D'autre part, l'échantillon n'est pas représentatif de la population infirmière (six infirmières) et ne permet pas un regard croisé pertinent des données obtenues. De plus, dans les deux unités de gériatrie où j'ai effectué mes entretiens, les infirmières interrogées ont été sélectionnées de manière non aléatoire³⁰⁵, ce qui ne permet aucune généralisation.

³⁰⁴ LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. Ed. ERPI, Québec 2007, p. 206.

³⁰⁵ Technique utilisée : Boule de neige. Cette méthode est détaillée dans le chapitre méthodologie, sous la section 4.3.

7.3. Réflexions et interrogations

Suite aux différents entretiens réalisés auprès d'infirmières, certaines réflexions et interrogations issues des témoignages se sont présentées. Je vais aborder dans un premier temps l'évaluation de la sphère buccale, car celle-ci est le point de départ de la prise en charge infirmière, puis j'évoquerais les protocoles concernant les soins buccodentaires en faisant un parallèle avec la formation.

L'évaluation de la sphère buccale est importante pour « maintenir l'intégrité de la sphère bucco-dentaire d'un patient, tant pour prévenir les lésions ou les infections que pour préserver sa prise alimentaire et son image corporelle³⁰⁶ ». Les données recueillies auprès des six infirmières mentionnent qu'elles pratiquent cette évaluation en n'utilisant aucun critère précis, chacune procède selon ses habitudes, selon leur sens critique. Les méthodes d'évaluation de sont pas unifiées. Le fait que chaque personne qui observe, que ce soit une infirmière ou une autre soignante de l'équipe interdisciplinaire, le réalise selon ses propres critères, qui ne sont pas définis par des règles précises à vérifier, m'interpelle. La qualité et la continuité des soins ne serait-elle pas compromise ?

Pour faciliter cette même évaluation, il est recommandé de contrôler la sphère buccale à l'aide d'un outil d'évaluation. L'outil qui est souvent proposé dans la littérature se nomme « Oral Assessment Guide ». Bien que toutes les infirmières soulignent l'importance d'une bonne évaluation de la cavité buccale, les données recueillies auprès des six infirmières interrogées démontrent qu'elles n'ont pas connaissance d'outils d'évaluation de la sphère buccale. À l'aide de cette grille, toutes les personnes aptes à pratiquer des soins buccodentaires peuvent évaluer la voix, les lèvres, les dents, les gencives, la langue, la salive, les muqueuses, la déglutition, le goût, l'odeur ainsi que les prothèses de leur client. Observer et tenir compte des plaintes sont les termes qui ont été énoncé par toutes les infirmières pour désigner comment elles évaluent l'état buccal des clients. Ces critères sont certes très important mais devraient selon moi s'accompagner de l'emploi d'un outil d'évaluation de la cavité buccale afin de préciser et d'objectiver l'évaluation. Pourquoi cet outil n'est pas employé ni même connu par les infirmières ? Comment les sensibiliser ? Comment intégrer cet outil d'évaluation dans les milieux de soins ? Une part de réponse pourrait survenir de l'infirmière clinicienne. Son rôle serait un appui pour les équipes soignantes.

³⁰⁶ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495.

Elle pourrait investiguer et proposer une grille d'évaluation adaptée aux soins buccodentaires, ceci pour unifier les observations cliniques, ce qui favoriserait la qualité et la continuité des soins.

Si la moitié des infirmières estiment qu'il existe des avantages relatifs à l'utilisation d'outils d'évaluation de la sphère buccale, il est étonnant de constater que toutes considèrent que des inconvénients sont présents. Un supplément de charge de travail est la principale préoccupation. Aussi, serait-il intéressant à mon sens, de connaître dans quelle mesure l'emploi d'un outil influencerait la prise en charge quotidienne réalisée par les infirmières auprès des clients.

Concernant les protocoles relatifs au sujet des soins buccodentaires, toutes les infirmières qui ont été interrogées relatent le fait qu'aucun n'est utilisé pour ce soin. Elles évaluent et pratiquent les soins buccodentaires selon leur expérience, leur raisonnement, leur habitude et leur sens critique comme mentionné plus haut dans le texte. De ce fait, cela laisse à penser que les infirmières savent évaluer une sphère buccale, qu'elles pratiquent les soins de bouche de manière adéquate en respectant la chronologie du soin. Aussi, je peux déduire que toutes les infirmières qui ont participé à mon travail de recherche ont reçu lors de leur formation initiale ou continue des informations claires et précises concernant le thème des soins buccodentaires. Toutefois, il est étonnant de constater que seule la moitié des infirmières interrogées disent avoir reçu lors de leur formation initiale au moins un cours concernant les soins buccodentaires. Est-ce un paradoxe ou simplement la pratique du soin sur le terrain contribue-t-elle fortement à l'intégration de celui-ci ?

8. Conclusion

Arrivée au terme de ce Bachelor Thesis, je vais dans ce chapitre procéder à une auto-évaluation de mon travail de recherche. Je vais tout d'abord revenir sur les objectifs d'apprentissages exposés au chapitre 1.4. Puis, j'évoquerai les facilités ainsi que les difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce travail. Pour terminer, je relèverai en quoi cette recherche initiale m'a apporté tant au niveau personnel qu'au niveau professionnel.

8.1. Objectifs d'apprentissage

Au début de mon étude, j'avais énoncé quatre objectifs d'apprentissage que je vais à présent reprendre et commenter.

Elaborer, organiser, gérer et cadrer des entretiens semi-directifs avec des professionnels du terrain.

Cet objectif a pu être atteint. En effet, après la phase théorique de la création de l'outil, j'ai utilisé l'entretien semi-directif pour ma récolte de données lors du pré-test puis auprès de l'échantillon comprenant six infirmières. Cependant, s'agissant de ma première recherche et par la même occasion de mes premiers entretiens, il s'avère que j'ai ressenti quelques difficultés. En effet, ne pas induire de réponses, recadrer les propos émis et rebondir sur ces derniers afin de ne pas induire de biais qui pourraient orienter les réponses, fut une tâche ardue pour moi. Toutefois, tous les entretiens se sont bien déroulés et ceux-ci m'ont permis de recueillir des informations de nature privée sur les comportements, les opinions, les points de vue et les attitudes des infirmières face aux soins buccodentaires.

Analyser les données recueillies au cours des différents entretiens semi-directifs en les mettant en regard avec les cadres théoriques.

Cet objectif est atteint. En effet, les différents cadres de référence développés au chapitre trois m'ont permis d'effectuer le parallèle entre les différents discours des infirmières et la littérature disponible concernant le sujet des soins buccodentaires. Lors de l'analyse, j'ai réalisé dans un premier temps une analyse descriptive puis dans un deuxième temps le contenu des entretiens a été analysé en m'aidant des différents cadres de référence. Pour moi, cette manière de procéder m'a permis de rédiger plus facilement mon analyse et ainsi pouvoir souligner les éléments importants en lien avec ma question de recherche.

Etre méthodique dans toute la réalisation de mon travail et respecter les délais impartis.

Avant l'élaboration de mon étude, au début du module concernant la méthodologie de recherche, un planning organisationnel a été transmis à l'ensemble de la classe, volée Bachelor 06. Celui-ci m'a été d'une grande aide, il m'a permis de fixer des délais concernant la recherche, la lecture et la rédaction des différentes sections de mon travail. Cet objectif est pour moi atteint, car j'ai pu tenir les échéances qui avaient été fixées, en travaillant régulièrement et en m'organisant. Cette manière de procéder m'a permis d'être méthodique dans toute la réalisation de mon travail.

Evaluer de manière critique les différentes étapes réalisées tout au long de mon Travail Bachelor, en prenant en considération mes points forts et mes points faibles.

Durant toute l'élaboration de mon Travail Bachelor, j'ai tâché de porter un regard critique en ce qui concerne les différentes étapes. A travers ce chapitre, je suis en mesure de réaliser cet objectif. En effet, mes facilités ainsi que mes difficultés sont développées dans le sous-chapitre qui suit.

8.2. Facilités et difficultés

L'élaboration de ce travail représente pour moi l'aboutissement de quatre années de formation. Cette étude, longue et fastidieuse, a sans interruption occupée mon esprit. Dans ce chapitre, je vais faire référence aux facilités ainsi qu'aux difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce travail.

Facilités

Je peux au préalable souligner que le fait de me sentir soutenue et guidée tout au long de la réalisation de mon Travail Bachelor m'a permis d'éclaircir mes doutes, d'avancer de manière assurée en maintenant un fil rouge et de respecter les délais impartis pour la réalisation de celui-ci.

Les diverses lectures réalisées au départ, avant l'élaboration de l'écrit, m'ont permis de m'imprégner du thème des soins buccodentaires et ainsi de pouvoir construire une question de départ puis une problématique cohérente. Je n'ai pas ressenti d'appréhension au fait de passer du temps à consulter de la littérature sur le sujet, ni à créer par la suite une fiche de lecture retraçant les points principaux.

Les cadres de référence ont été choisis et élaborés sans trop de difficultés. Ceux-ci ont été sélectionnés de manière à cibler et à englober le thème des soins buccodentaires et ainsi pouvoir répondre à la question centrale de recherche.

Un point non négligeable, est celui de travailler à deux sur cette recherche, en effet le soutien et la collaboration de ma collègue Marie-Noëlle Baudin m'a été d'une grande aide et surtout une motivation à respecter les échéances fixées.

Je terminerai en mettant en avant mon intérêt pour le thème et la population choisie. En effet, en choisissant une thématique en rapport avec des situations de soin vécues a été un élément essentiel. Ma curiosité et mon envie de découvrir une littérature en lien avec mon objet d'étude a renforcé ma motivation à rechercher la raison pour laquelle on donne si peu de place à ce soin d'hygiène. Je tiens également à souligner que j'ai eu de la chance d'effectuer mes entretiens auprès d'infirmières qui se sont montrées disponibles et attentives à mes demandes.

Difficultés

Etant donné que c'est la première fois que j'élabore une étude de cette dimension, plusieurs difficultés sont survenues lors de la réalisation de mon Travail Bachelor.

En effet, l'une des difficultés fut là non compréhension de l'anglais. Ça a créé donc un handicap lors de la phase exploratoire, puisque j'ai dû me restreindre à utiliser des articles francophones.

Autre point difficile, fut le fait de mener des entretiens semi-directifs enregistrés auprès d'infirmières. Le but étant de récolter des informations pertinentes et non induites. En interrogeant des infirmières, j'ai été astreinte de me positionner comme une chercheuse effectuant sa première recherche en soins infirmiers. Ce que je n'avais jamais fait auparavant.

En ce qui concerne l'analyse des données, j'ai ressenti quelques difficultés à établir des liens entre les différents éléments mis en évidence tout au long de mes cadres de référence avec le recueil de données récoltées durant mes entretiens semi-dirigés. J'avais tendance à me baser sur la description des éléments récoltés.

Même en ayant réussi à finir cette étude dans les délais impartis, il n'a pas toujours été aisé pour moi d'organiser mon temps. Concilier la formation en cours (le temps d'étude pour les examens ainsi que la période de stage) et réaliser mon Travail Bachelor a demandé une grande discipline.

Pour finir, je tiens à mentionner le temps passé assise devant mon ordinateur à retranscrire le fruit de mes réflexions. Ce fut des heures et des heures de travail acharné, qui à ce jour apportent leur fruit par la finalisation de ma recherche.

8.3. Apports personnels de la recherche

Avant la réalisation de mon Travail Bachelor, plusieurs doutes et plusieurs interrogations se sont manifestés : Suis-je capable de concevoir une recherche d'une telle ampleur tout en gardant un fil rouge ? Est-ce que je vais savoir concilier les cours, les stages et le Travail Bachelor en respectant les délais impartis pour la réalisation de celui-ci ? Est-ce que je serais capable de me positionner comme chercheuse et non pas comme étudiante lors des différents entretiens effectués auprès des infirmières ? Au fil du temps, toutes ses questions ont trouvé réponse.

Malgré mes doutes et mes interrogations, ce travail m'a permis de développer ma capacité de recherche, d'analyse, de réflexion et de perfectionner mon sens critique. Part la même occasion, je me suis découverte des compétences de chercheuse puis de rédactrice. L'élaboration de ce travail m'a donné l'occasion de suivre un processus méthodologique précis allant de la question de recherche à la divulgation des résultats. Dès lors, je suis plus à même de comprendre, lors de la lecture d'enquêtes et d'études, la démarche méthodologique que l'auteur a suivie.

Lors de la rédaction de mon travail, j'ai été frappée par le fait de devoir étayer et justifier chacun de mes propos au moyen de termes précis et bien définis. Cet exercice sera certainement un atout précieux pour ma vie professionnelle. Il m'a appris à ne jamais se limiter à des affirmations gratuites, non réfléchies, mais à se baser sur des faits concrets et vérifiés, ainsi que sur de réelles analyses.

L'élaboration de cette étude m'a permis de pouvoir guider et d'encadrer des entretiens auprès d'infirmières. J'ai ainsi pu approfondir le sujet des soins buccodentaires sous différents angles en obtenant les réponses à mes questions.

Le Travail Bachelor a été un véritable défi pour moi, il y a eu des périodes de remise en question, d'angoisse, de stress, d'incertitudes, mais aussi des périodes de découverte et de joie. C'est une expérience selon moi enrichissante et gratifiante mais qui a demandé beaucoup d'organisation et d'investissement personnel. Je suis satisfaite du travail accompli. Le fait d'achever une démarche si exigeante et si longue m'apporte une profonde satisfaction.

8.4. Apports professionnels de la recherche

Dans le cadre de la prise en charge des soins buccodentaires non médicamenteux chez les clients âgés dépendants pour ce soin, l'infirmière joue un rôle essentiel, celui d'une intervenante de première ligne. En effet, ce soin étant répertorié dans les soins d'hygiène de base, il fait partie du rôle autonome de l'infirmière. Elle intervient non seulement lors de la réalisation du soin mais également lors de la mise en œuvre de stratégies de prévention. L'infirmière doit ainsi prodiguer des soins buccodentaires de qualité, adaptés aux besoins des clients.

Dans cet esprit, je souhaite que mon Travail Bachelor, suscite chez les infirmières une réflexion concernant la pratique des soins buccodentaires dispensée aux clients et qu'il puisse leur donner des pistes permettant d'assurer la qualité de ce soin. J'espère ainsi pouvoir les sensibiliser à l'importance que revêt ce soin pour eux. A ma connaissance, il n'existe que peu d'études réalisées sur ce thème en Valais. J'espère ainsi apporter quelques ressources et certaines informations concernant les soins buccodentaires. Malgré les limites de ce travail, les résultats obtenus lors de mes différents entretiens donnent un aperçu, même général, de ce qui est fait actuellement.

En ce qui me concerne, cette recherche m'a permis d'apprendre et d'intégrer de nouvelles connaissances professionnelles, qu'elles soient théoriques ou pratiques. Je sais que dès à présent, je serai plus attentive lors de la toilette quotidienne du matin ou après chaque repas, à prodiguer systématiquement des soins buccodentaires individualisés de qualité et adaptés à chaque client dépendant dont j'aurai la charge. Cette recherche a modifié ma manière d'appréhender un soin de bouche. En premier lieu, j'ai pris conscience que l'inspection buccale constitue la clé de voûte de soins efficaces et que l'homogénéisation de cette évaluation permet de mettre en place des soins personnalisés. D'autre part, j'espère pouvoir affirmer mes opinions concernant les bienfaits des soins buccodentaires aux autres soignants (aides-soignantes, ASSC, aides-infirmières, etc.), en m'appuyant entre autre sur la littérature effectuée pendant la réalisation de ce travail.

8.4.1. Recherches futures

J'arrive au terme de ma recherche et j'aimerais adresser quelques recommandations concernant la réalisation de futures recherches, toujours en ciblant le thème des soins buccodentaires.

Ma première recommandation concerne le choix de l'échantillon. En effet, j'ai choisi au départ de cibler uniquement les infirmières et donc de faire émerger leur point de vue sur le sujet. Toutefois, je me rends compte à présent que bien que les informations que j'ai reçues de la part des infirmières soient essentielles pour répondre à ma question de recherche, elles ne ciblent que leur point de vue et non ceux des clients. Il serait donc intéressant de les inclure dans une prochaine recherche.

Ma deuxième recommandation concerne le nombre d'infirmières interrogées. Pour ma part, je n'ai questionné que six infirmières, il serait donc intéressant d'élargir la population et de réaliser une sélection de manière non aléatoire. Cela permettrait peut-être d'augmenter le nombre de réponses afin d'obtenir des résultats généralisables.

Ma troisième recommandation concerne le milieu de soin. J'ai choisi d'effectuer ma recherche en milieu gériatrique, cependant il serait intéressant de faire une étude semblable à la mienne, en milieu de soins aigus, comme par exemple en soins intensifs, puisque les clients y restent souvent longtemps. De plus, certains sont parfois intubés et requièrent donc des soins buccodentaires adaptés.

Ma quatrième et dernière recommandation concerne les outils d'investigation. J'ai choisi de me baser uniquement sur les entretiens semi-directifs. Toutefois, il aurait été intéressant d'inclure des observations sur les soins d'hygiène du matin par exemple. Les études d'observation sont selon moi peu utilisées et peuvent donner une perspective unique.

Pour conclure, je souhaite que ma recherche suscite l'intérêt de nombreux lecteurs, bien qu'il ne soit qu'un petit pas dans mon questionnement. Sur ces mots, je clos mon Bachelor Thesis. **Donnons toute son importance aux soins buccodentaires !**

« L'état de la bouche des malades
est un des meilleurs indices de la
qualité des soins infirmiers³⁰⁷ »

Virginia Henderson

³⁰⁷ NICOLAS, Nathalie, TENSAOUT, Hocine, COMPAGNA, Louise et [al.]. Les soins de bouche : une question de dignité pour les patients en fin de vie. In : *Congrès 2006, Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Centre affilié à l'Université de Montréal.* [en ligne]. Adresse URL : http://www.reseaupalliatif.org/images/CONGRES_2006/20006_A-6.pdf.

9. Bibliographie

9.1. Littérature

- AMAR B., GUEGUEN J.-P. Nouveaux cahiers de l'infirmière. Soins infirmiers 1 : Concepts e les théories de soins. Chapitre 17. 3^{ème} édition. Ed : Masson. Paris, 2003. p. 156.
- BIZIER, N. De la pensée au geste : un modèle concept en soins infirmiers. Paris, 3^{ème} Ed. Maloine, 1992, p. 42.
- BRÛLE, Mario, CLOUITIER, Lyne. *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Chapitre 8. Ed : Pearson Education, Paris, 2002, p. 676
- CARON, Christian. L'hygiène buccodentaire, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 193-203.
- CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Ed. Larousse, Paris 2006. p.1-1219.
- C.COX, Helen. Applications cliniques des diagnostics infirmiers. Chapitre introduction. Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2004. p. 14.
- CHAMBRAUD, Véronique, DE GOUSSENCOURT, Christine, RICHAUVERT, Nathalie [et al.]. La vieillesse, le vieillissement, partie 1. In : *Gériatrie : compétences et rôles infirmiers*. Ed. Med-Line, Paris 2007. p. 21-62.
- COLLIERE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie*. Ed. Masson, Paris 1982, réédition 2000. p.127.
- COLLIERE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie*. Ed. Masson, Paris 2001. p.456.
- DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines*. Les presses de l'université Laval. Editions De Boeck Université, Bruxelles 2005. p.108.
- DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Editions De Boeck Université, Bruxelles 2000. p.314.
- DESSAIGNE, Agnès. *Maitrisez la fiche posologique d'un médicament*. France, Ed. Heures de France, 2004. p. 44.

- DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., BURLEY J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Ed. Maloine, 1995, p. 240.
- DOMINIQUE, Sandra-Morelle. Les soins de confort. Du corps bouleversé à une relation bouleversante. In : DOMINIQUE, Jacquemin (éd.). *Manuel de soins palliatifs. Centre d'éthique médicale*. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 2001, p.186-190.
- Dr DAUM, Marie-France. *Le grand livre de la Santé*. Ed. France Loisirs, Paris 2004.
- FORTIN, M.-Fabienne. Fondements et étapes du processus de recherche. Ed : Chenelière Education. Québec, 2006, p. 485.
- FORNEROD, Pierre. *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle*. Repères conceptuels d'une pratique réflexive. Genève : Cahier de la section des sciences de l'éducation. N° 106. 2005, p. 243.
- GARNIER M., DELAMARE J. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Ed. Maloine, Paris 2004.
- GOULET, Olive, DALLAIRE, Clémence. *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Québec : Gaëtan Morin, 2002, p. 444.
- HONORE, Bernard. *Soigner*. Paris : Editions Seli Arslan SA. 2001, p. 247.
- KEROUAC S., PEPIN J., DUCHARME F. [et al.] *La pensée infirmière*. 2^{ème} édition. Ed. Beauchemin. Québec, 2003. p. 30.
- LEFEVRE, Monique, DUPUIS, Andrée. Le Jugement Clinique en Soins Infirmiers. Chapitre 1. Ed. Du Renouveau pédagogique, Canada, 1993, p. 30.
- LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. Ed. ERPI, Québec 2007, p. 1-589.
- MAGNON, René. *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*. Ed. Masson. Paris, 2001. p.89.
- MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 912-921.
- MASSON. *L'infirmière et les soins palliatifs « Prendre soin » : éthique et pratique*. Paris : Ed. Masson, 1999, chapitre 6, p. 146-152.

- NANDA International. *Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2007-2008*. Ed. Elsevier Masson, Paris 2008, p. 372.
- OLIEVENSTEIN, Claude. *Ecrit sur la bouche*. Editions : Odile Jacob France. 1995, p. 93.
- OREM D. Traduit par GOSSELIN D. *Soins infirmiers : les concepts et la pratique*. Chapitre 7. Ed. Maloine. Montréal : Décarie. 1987. p. 172-174.
- PAYCHENG, Odile, SZERMAN, Stéphane. *L'éthique dans les soins : de la théorie à la pratique. Cas concrets*. Ed. Heures de France, 1998. p. 155.
- POLET-MASSET, Anne-Marie. *Passeport pour l'autonomie. Affirmez votre rôle propre*. Ed. Lamarre, 1993. p.15-23.
- RABJABLAT, Marie. *Voyage au cœur du soin : La toilette*. Paris : Masson. 1999, p. 107.
- ROBERT, Paul. *Petit Robert*. Dictionnaire de la langue française. Ed. Dictionnaires Le Robert, Paris. 1996. p. 645.
- ZHANG, Chengran. Des entretiens semi-directifs, un moyen d'accès aux représentations que les chinois ont de la France. In : CAIN, Albane. BRIANE, Claudine. BERGER, Catherine [et al.] *L'entretien : ses apports à la didactique des langues*. Editions Le Manuscrit, 2006. p.107

9.2. Articles, Revues, Brochures

- ASI-SKB. Association suisse des infirmières et infirmiers. *Normes de qualité pour les soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 2006. p. 3.
- ASI-SBK. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 1998.
- ASI-SBK. *Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées*. Berne, 2005.
- BERNARD, Marie-Fleur. Projet clinique en soins infirmiers : Réhabilitation des soins de bouche. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 115 p.II – XI
- BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, n° 113 p.22-31.

- CHRISTOPHE, Anne, LASRY, Céline. Les soins de bouche. *Revue de l'infirmière*. 2003, N° 93 p. 34-35.
- GENOUD, François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale ? *Pratique des soins*, 2003, n° 3, p. 48-52.
- Groupe d'unification des techniques de soins, Hôpitaux de stages, U.H.H de l'ICHV et EVSI, section hygiène et confort, novembre 2001.
- GUGGISBERG, E. ; BUDTZ-JORGENSEN, E.; RAPIN, C.H. Les soins de bouche. Notre expérience au Centre de soins continus. *InfoKara*. décembre 1992, n° 28, p. 17-21.
- GUGGISBERG, Elisabeth. Prévention des affections buccales chez les patients en phase terminale. L'importance du diagnostic infirmier. *Revue Soins infirmiers*. 1989, n°1 p. 72-73.
- J. LATIMER, Elizabeth. Les soins de la cavité buccale : pour soulager ces symptômes souvent négligés. *Revue : Le clinicien*. Mai 2002 p. 33-41.
- KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495.
- KESSERLING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche: principes éthiques*. Secrétariat central ASI. Berne, 1998.
- PEDRO Da SILVA, Valérie, DESMARET, Valérie, TRIVALLE, Christophe. Importance du soin de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *Revue : Soins gériatriques*. 2005, n° 51 p.36-39.
- PROF. SAMSON. [et al.]. *Soins de bouche*, protocole. Genève : HUG GRESI. Groupe de Référence en Soins infirmiers, 2002, p.1-5.
- RIESEN, M., CHUNG, J.-P., PAZOS, E., BUDTZ-JORGENSEN, E. Interventions buccodentaires chez les personnes âgées. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2002, revue n° 586, p.1-12.
- SCHOENI, Patricia. Soins dentaires et soins palliatifs. *InfoKara*. 2001, vol. 64, n° 4, p. 24-26.

9.3. Etudes

- BERNARD, Marie-Fleur. « *Projet pour une réhabilitation des soins de bouche aux personnes âgées en fin de vie. Mobilisation des équipes soignantes.* » Thonon : Mémoire du certificat d'Infirmière Spécialiste Clinique, 2001, 200 p.
- CLERC, Jean-Claude. *Les soins de bouche.* Délémont : Ecole des métiers de la santé et du social. Travail de diplôme, 1992.
- EXCHAQUET, N. ; ZUBLIN, L. Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux de soins généraux. Etude de soins infirmiers en Suisse. Berne, 1975, annexe 5.
- FARDEL, Corine, FOURNIER, Dominique, SAVIOZ, Pascale. « *Qu'en est-il des soins de bouche en milieu hospitalier ?* » Sion : Ecole valaisanne en soins infirmiers. Travail de diplôme, 1997, p. 66.
- GEMOTA, G., VIELLEFON S. *L'évaluation du Soin de Bouche en phase palliative : une continuité des soins ?* Tours : Faculté de médecine, Diplôme National de Soins palliatifs et d'accompagnement, 2004, 34 p.
- HOLLEBEQUE, Caroline. *Soins de bouche chez les personnes âgées : enquête auprès des patients et du personnel soignant de quatre EHPAD de Brest Métropole océane.* Brest : Université de Bretagne occidentale Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire N° 29011, 2006, 107 p.
- TARDIF, Isabelle. « *Étude d'observation des pratiques de soins buccodentaires en centre d'hébergement et de soins de longue durée.* » Université Laval Maîtrise en sciences infirmières. 2006. [en ligne]. Adresse URL : <http://archimede.Bibl.ulaval.ca/archimede/files/47871ae1-7a56-4243-af51-9b8fb05d5e88/24086.html>. (consultée le 10 juillet 2008).

9.4. Documents de cours

- FELLAY-CHILINSKI, C. Démarche de soins. Le jugement clinique de l'infirmière. *Module A1D1M6*, 2005.
- FELLAY-CHILINSKI, C. « L'école des besoins ». *Module A1D2M1*, 2005.
- SOLIOZ, Emmanuel. La psychologie du développement : développement cognitif et psychosexuel de l'être humain. *Module APD3M3*, novembre 2005.

10. Cyberographie

- ASI-SBK. Position éthique 2. *Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers*. [en ligne]. Berne, mai 2007. Adresse URL : http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4pflege-f/pdf/Ethische%20Standpunkte%202_f.pdf (consultée le 10 novembre 2008).
- BAYLON H., PERETTI C. Les troubles de la déglutition. *Centre de Gériatrie Clinique CHU de Montpellier*. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/troubles-deglutition.pdf>. (consultée le 10 octobre 2008).
- BERNARD, Marie-Fleur. Les soins de bouche en fin de vie. *Cour de la Faculté de Médecine Necker* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.educ.necker.fr/cours/medecinegenerale/bouche.pdf>. (consultée le 10 juillet 2008).
- BONNEAU, ALAIN. A ma santé. *Les soins infirmiers*. 2008. Adresse URL : <http://www.amasante.com/infirmier-quebec.php>. (consultée le 10 décembre 2008).
- BORN, Frédéric. *Médecin-dentiste SSO Lausanne*. Prothèses dentaires amovibles. [en ligne]. Adresse URL : http://www.dents-blanches.ch/protheses_dentaires_amovibles.html (consultée le 10 novembre 2008).
- BORN, Frédéric. *Médecin-dentiste SSO Lausanne*. Soins de gencives: gingivite et parodontite. [en ligne]. Adresse URL : http://www.dents-blanches.ch/soins_des_gencives_gingivite_et_parodontite.html. (consultée le 10 novembre 2008).
- BURNIER, Marie-Josée. De la prévention à la promotion de la santé : connaître les concepts et les applications pour être plus efficaces. *Promotion Santé Suisse Lausanne* [en ligne]. Adresse URL : http://www.ecoles-en-sante.ch/data/data_381.pdf. (consultée le 15 novembre 2008).
- Choisir-son-psy.com. Les méthodes psychothérapeutiques. Etat des lieux. [en ligne]. juin 2009. Adresse URL : <http://www.choisir-son-psy.com/courants.php>. (consultée le 10 juin 2009).
- Comité de formation des patients du centre régional de cancérologie de Hamilton. « Feuillet d'information à l'intention des patients. Soins de la bouche ». *Cancer Care Ontario*. [en ligne]. mai 2005. Adresse URL : <http://www.cancercare.on.ca/pdfmedicationinfoF/Mouth-CareF.pdf>. (consultée le 20 juin 2008).

- COMPENDIUM suisse des médicaments®. Mycostatine® Forte. [en ligne]. 2004. Adresse URL : <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consultée le 20 novembre 2008).
- CONFEDERATION SUISSE. Département Fédéral de l'Intérieur. 832.112.31. *Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie*. [en ligne]. 1995 état 1^{er} août 2008. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_112_31/index.html#id-1 (consultée le 15 août 2008).
- CONFEDERATION SUISSE. *Loi fédérale sur l'assurance-maladie* [en ligne]. Article 31, Article 32. Soins dentaires. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a31.html et http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a32.html. (consultée le 15 août 2008).
- CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES. *Le CII ou la promotion des soins infirmiers et de la santé 1899-2008*. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.icn.ch/french.htm> (consultée le 28 septembre 2008).
- COSTEJA, Nadine. « Soins de bouche aux personnes âgées : Réflexion sur un vécu de soignants ». *Gerosante.org. Le site des professionnels de la gériatrie et de la gérontologie* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/soins-bouche.pdf>. (consultée le 15 juillet 2008).
- DELON, Sylvie. Concept du rôle propre infirmier. [en ligne]. Adresse URL : <http://membres.lycos.fr/papidoc/544rolepropinfirm.html> (consultée le 4 août 2008).
- DESIR, Daniel. *CHU Brugmann. Etre infirmière en gériatrie*. décembre 2004. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.chu-brugmann.be/fr/nursing/dept-geria.asp>. (consultée le 15 mai 2009).
- Dr. GERMANIER, Philippe [et al.]. *Centre dentaire de St-François. Lausanne. Prothèse fixe*. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.centre-dentaire-lausanne.ch/index2.php?rubID=5&rubPID=24>. (consultée le 11 janvier 2009).
- Dr. KHELIFA, Ahmed. *La gériatrie pratique*. Médecine des personnes âgées. Le vieillissement humain. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.freewebs.com/geriatrie/gnralits.htm>. (consultée le 11 décembre 2008).

- ENGELSTEIN, Ariane. L'équipe soignante en gériatrie, des spécificités à prendre en compte. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/equipesoignante.pdf>. (consultée le 11 mai 2009).
- FERPA. *Fédération européenne des retraités et des personnes âgées*. Le droit des personnes dépendantes à être prises en charge par des systèmes publics. [en ligne]. Adresse URL : <http://ferpa.etuc.org/a/113>. (consultée le 30 août 2008).
- FONDATION IMPLANTS SUISSE. Implants dentaires. Informations destinées aux patientes et aux patients. Avril 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.fondationimplants.ch/pdf/zahnbrosh_fz.pdf. (consultée le 10 janvier 2009).
- FORNEROD Pierre *Du diagnostic infirmier à l'art de prendre soin de l'être humain situé* adresse URL : <http://www.mno.ch/publi/doc/171.pdf> (consultée le 3 mai 2009)
- GOULET, C. *Planète Psy*. [en ligne]. mai 2009. Adresse URL : <http://www.collegeahuntsic.qc.ca/pagesdept/ScSociales/psy/methosite/consignes/validite.htm#interne>. (consultée le 30 mai 2009).
- GROB, Daniel. *Société professionnelle Suisse de gériatrie*. Principes fondamentaux et concept de travail de la médecine de la personne âgée. Profil de la gériatrie en Suisse. [en ligne]. 2007. Adresse URL : <http://www.saez.ch/pdf/f/2007/2007-04/2007-04-010.PDF>. (consultée le 10 janvier 2009).
- GUGGEMOS, Alexia. *Le musée du sourire*. Qu'est-ce qu'un sourire ? 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.museedusourire.com/faq_sourire.html. (consultée le 05 janvier 2009).
- HES-SO. Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Formation Bachelor. Soins infirmiers, description. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.hes-so.ch/CMS/default.asp?ID=1363>. (consultée le 21 avril 2009)
- HES-SO. Haute école spécialisée de Suisse orientale. *Haute école cantonale valaisanne de la santé. Plan d'étude cadre Bachelor*. octobre 2006 [en ligne]. Adresse URL : <http://intranet.hevs.ch/index.asp?nocategorie=26&nolangue=1&noDomaine=3&ContenuMenuNiveaux=479&NoMenuCollabo=&MenuNiveaux=222x466x479x0> (consultée le 20 juillet 2008)

- HES-SO. Haute école spécialisée de Suisse orientale. Haute école cantonale valaisanne de la santé. Travail de Bachelor (Bachelor Thesis) Cadre général de réalisation et de validation. 2007 [en ligne]. Adresse URL : <http://intranet.hevs.ch/index.asp?nocategorie=26&nolangue=1&noDomaine=3&ContenuMenuNiveaux=479&NoMenuCollabo=&MenuNiveaux=222x466x479x0>. (consultée le 20 juillet 2008).
- HÖPFLINGER, François, HUGENTOBLE, Valérie. *Observatoire suisse de la santé*. Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^{ème} siècle. [en ligne]. 2003. Adresse URL : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.90186.pdf>. (consultée le 20 décembre 2008).
- HUG. Pharmacie des HUG. Tableau des antiseptiques admis aux HUG pour les soins aux patients. [en ligne]. septembre 2008. Adresse URL : <http://www.hcuqe.ch/Pharmacie/infomedic/utilismedic/tabantiseptiques.pdf> (consultée le 30 novembre 2008).
- HUGUEL, Hervé. *Soins de bouche en gériatrie*. Université René Descartes-Paris V. [en ligne]. 2005-2006. Adresse URL : <http://www.ehpad.org/Formation/Bibliotheque/Memoires/memoire-herve-huguel.pdf>. (consultée le 15 juillet 2008).
- IIDRIS. *Index international et dictionnaire de la réadaptation et de l'intégration sociale*. [en ligne]. 2004. Adresse URL : <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/fr/17/1761>. (consultée le 16 novembre 2008).
- INSTITUT PAOLI-CALMETTES. *Soins de bouche*. [en ligne]. Edition 2004. Adresse URL : http://www.institutpaolicalmettes.fr/pro/intranet/strategies/soins_palliatifs_2004/soin_bouche.pdf. (consultée le 18 juillet 2008).
- JENDOUBI, Verena. *Estime de soi et éducation scolaire*. Service de la recherche en éducation. [en ligne]. avril 2002. Adresse URL : <http://www.geneve.ch/SRED/publications/docsred/2002/EstimeSoi.pdf>. (consultée le 15 novembre 2008).
- LANIEL, Mélissa. *Département de soins infirmiers*. Notre philosophie. [en ligne]. 2005. Adresse URL : http://www.colvir.net/départements/soins_infirmiers/pages/philosophie.html (consultée le 10 janvier 2009).

- LANG, Björn, FILIPPI, Andreas. *Clinique de chirurgie buccale, de radiologie et de stomatologie du Centre de médecine dentaire de l'Université de Bâle*. Mauvaise haleine ou halitose - 2^{ème} partie : Diagnostic et traitement. [en ligne]. Adresse URL : http://www.zahnaerzte.ch/doc/doc_download.cfm?uuid=88237851D9D9424C4C3E036AD8C65593. (consultée le 28 novembre 2008).
- MACREZ Annick, CHOUID Christos, COSQUER Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf. (consultée le 09 juillet 2008).
- MAINVILLE, Marie-Claude, DESMARAIS, Michèle. *Les soins de bouche*. In : Congrès AQSP 2007 Sherbrooke [en ligne]. Adresse URL : http://www.reseupalliatif.org/images/CONGRES2007/Conferences/D_10_Soins_bouche.pdf. (consultée le 29 juin 2008).
- NEJAD, Frédéric. *Soins hospitaliers*. Le CHUV perd son dentier. novembre 2008. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.20min.ch/ro/news/vaud/story/30674038>. (consultée le 10 janvier 2009).
- NICOLAS, Nathalie, TENSAOUT, Hocine, COMPAGNA, Louise et [al.]. Les soins de bouche : une question de dignité pour les patients en fin de vie. In : *Congrès 2006, Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Centre affilié à l'Université de Montréal*. [en ligne]. Adresse URL : http://www.reseupalliatif.org/images/CONGRES_2006/20006_A-6.pdf. (consultée le 10 juillet 2008).
- NUTRI'MISSION SENIORS. Dépistage de la dénutrition. *Les causes de la dénutrition*. janvier 2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.depistage-denutrition.com/pros/sujet_age/causes.php. (consultée le 06 janvier 2009).
- NUTRI'MISSION SENIORS. Dépistage de la dénutrition. *Quels sont les signes de la dénutrition ?* janvier 2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.depistage-denutrition.com/public/denutrition_seniors/signes.htm. (consultée le 06 janvier 2009).
- OBSERVATOIRE SUISSE DE LA SANTE. La population de la suisse 2007. [en ligne]. 2008. Adresse URL : http://www.obsandaten.ch/indikatoren/1_1_1/2006/f/111.pdf (consultée le 06 novembre 2008).

- OFFICE FEDERAL DES STATISTIQUES. Communiqué de presse. Situation économique est sociale de la population. [en ligne]. 2006. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/medienmitteilungen.Document.110520.pdf> (consultée le 30 novembre 2008).
- OFFICE FEDERAL DES STATISTIQUES. Durée des hospitalisations. 2008. [en ligne] .Adresse URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/regionalportraits/tessin/blank/medienmitteilungen.Document.114753.pdf>. (consultée le 30 novembre 2008).
- OMS. Organisation mondiale de la santé. *Santé buccodentaire* [en ligne]. février 2007. Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/index.html>. (consultée le 30 juillet 2008).
- OMS. Organisation mondiale de la santé. Santé buccodentaire [en ligne]. *Charte d' Ottawa pour la promotion de la santé, 1986*. avril 2006. Adresse URL: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french. (consultée le 15 novembre 2008).
- RSV. Réseau santé Valais. Le domaine de la gériatrie. [en ligne]. Adresse URL : www.rsv-gnw.ch/ (consultée le 15 novembre 2008).
- SSG. *Société professionnelle Suisse de gériatrie*. [en ligne] Adresse URL : http://www.sgg-ssg.ch/cms/media/pdf/SFGG/Profil_Geriatrie%20Suisse%20Internet.pdf. (consultée le 10 août 2008).
- SSO. *Société Suisse d'Onto-Stomatologie*. Manuel d'hygiène buccale pour les personnes âgées, les malades chroniques et les handicapés. Guide à l'usage des soignants. 2008. [en ligne] Adresse URL : http://www.mundgesund.ch/jmuffin/upload/Handbuch_210x155_f.pdf. (consultée le 07 décembre 2008).
- SSO. *Société Suisse d'Odonto-stomatologie*. Mauvaise haleine. [en ligne]. Adresse URL : http://www.sso.ch/index.cfm?uuid=74B660CDD9D9424C4D3E11D0ACA7ED03&cmd=&o_lang_id=8 (consultée le 07 décembre 2008).
- SSO. *Société Suisse d'Onto-Stomatologie*. Méthodes de traitement. Couronnes et ponts. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.divorner.ch/sso/methodes/p-fixe.htm>. (consultée le 07 décembre 2008).

- Unité de gérontopharmacologie clinique et la pharmacie des HUG, en collaboration avec les services de gériatrie, de pharmacologie et toxicologie cliniques. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *Bulletin d'information du CAPP* [en ligne]. décembre 2005, n° 37. Adresse URL : <http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf>. (consultée le 12 juillet 2008).
- YLIEFF, Michel [et all.]. La dépendance des personnes âgées. Définition, causes et conséquence. Article extrait du dossier « Vieillesse, dépendance et lieux de vie » de l'Observatoire. [en ligne]. n°44. 2006. Adresse URL : <http://www.revueobservatoire.be/parutions/44/YlieffD44.htm>. (consultée le 12 août 2008).

11. Annexes

- Annexe I** Questionnaire concernant les soins buccodentaires.
- Annexe II** L'anatomie, la physiologie de la bouche et les prothèses dentaires.
- Annexe III** Protocole concernant le soin de bouche selon le GUTS.
- Annexe IV** Référentiel de compétences.
- Annexe V** Standards de soins.
- Annexe VI** Caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins.
- Annexe VII** Lettre de consentement éclairé.
- Annexe VIII** Lettre d'information destinée aux personnes participant à l'étude.
- Annexe IX** Grille d'entretien.

Annexe I : Questionnaire concernant les soins buccodentaires

Dans quel Service a lieu le stage	_____
Soins de bouche d'hygiène pratiqué	oui / non
Fréquence du soin par horaire	_____
Soins de bouche thérapeutique pratiqué	oui / non
Fréquence du soin par horaire	_____
Est-il intégré dans le soin d'hygiène de base	oui / non
Evaluation de l'état buccodentaire à l'admission	oui / non
Existe t'il une grille d'évaluation de la cavité buccodentaire dans le service	oui / non
Existe-t-il un protocole, un document de référence pour ce soin dans le service ?	oui / non
Existe-t-il une technique de soin établie par le service pour unifier la pratique de ce soin ?	oui / non
Qui le pratique ?	
- le soignant qui s'occupe du client, quelle que soit sa profession	
- si autre organisation du service, merci de spécifier	_____
Est-ce un soin délégué ?	oui / non
Si c'est un soin délégué, à qui est-il délégué ?	ASCC Infirmière assistante Aide soignante Aide infirmière Autre

- Merci de faire cette observation sur une semaine. Je vous propose de le faire la 2^{ème} semaine du stage.
- Merci de souligner votre réponse ou de la mettre en gras.
- Merci de spécifier le service dans lequel vous êtes : médecine, chirurgie, psychiatrie, etc.

Annexe II : Anatomie, physiologie de la bouche et prothèses dentaires

Anatomie et physiologie de la bouche³⁰⁸

Afin de mieux traiter le thème des soins buccodentaires, nous avons trouvé utile d'aborder l'anatomie et la physiologie de la cavité buccale.

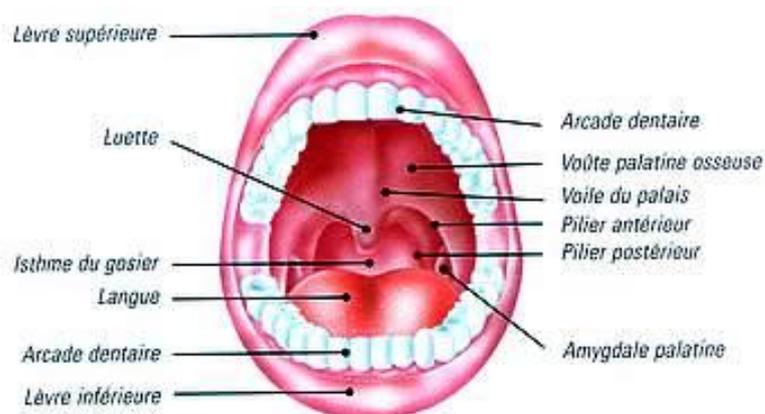
Celle-ci nous permettra de développer nos connaissances au niveau de l'anatomie et physiologie de la cavité buccale et ainsi développer des compétences personnelles et professionnelles.

La bouche

La bouche est une cavité tapissée de muqueuses qui se trouve au niveau du visage, sous les fosses nasales. Elle est délimitée à l'avant par la lèvre inférieure ainsi que par la lèvre supérieure, de part et d'autre de la bouche se trouvent les joues, en haut le palais osseux et le palais mou et en bas le plancher buccal constitué avant tout par la langue. Sans oublier latéralement et en avant les arcades dentaires constituées des gencives dans lesquelles sont implantées les dents.

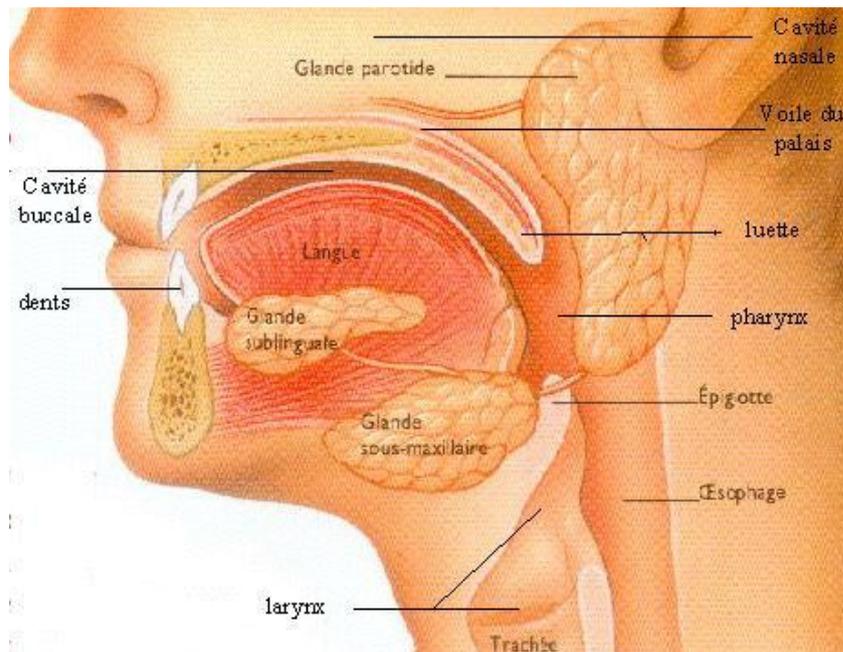
La bouche qui peut-être désignée comme cavité orale ou cavité buccale, constitue la première partie du tube digestif. En effet, c'est au niveau de la bouche que les aliments sont mastiqués et mélangés à la salive. Par ce processus, les aliments sont donc réduits en morceaux avant d'être propulsés dans le tube digestif.

Cet organe assure donc des fonctions digestives, phonatoires puisque la position, les mouvements et les contractions de la langue interviennent sur l'émission des sons et de la respiration.



Vue antérieure de la cavité buccale³⁰⁹

³⁰⁸ Ce chapitre a été inspiré du livre : MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 912-921.



Cavité orale³¹⁰

Les lèvres et les joues

Les lèvres sont les parties charnues qui bordent la bouche et couvrent les dents chez l'homme. Elles sont relativement transparentes, plus pigmentées que la face, et ont une teinte rougeâtre. Elles doivent être douces, avoir une texture souple et humide. Comme elles ne possèdent pas de glandes sudoripares ou sébacées, il est important que les lèvres soient régulièrement humectées.

Les joues forment la base du visage, elles désignent communément la partie du visage qui recouvre la cavité buccale, fermée par les mâchoires.

Les lèvres et les joues contribuent à garder la nourriture entre les dents pendant la mastication. Elles jouent aussi un rôle important dans la phonétique articulaire et l'expression faciale.

³⁰⁹ Circonscription du Port 1, Sciences – Technologie. *Le tube digestif du corps humain, la cavité buccale*. [en ligne]. 2009. Adresse URL : http://pedagogie1.acreunion.fr/circons/port1/site_web/fonctionnutrition/tubedigestif.htm.

³¹⁰ Circonscription du Port 1, Sciences – Technologie. *Le tube digestif du corps humain, le pharynx*. [en ligne]. 2009. Adresse URL : http://pedagogie1.acreunion.fr/circons/port1/site_web/fonctionnutrition/tubedigestif.htm.

Le palais

Le palais est une cloison qui sépare les fosses nasales de la cavité buccale. Le palais se trouve sur la partie supérieure de la cavité buccale et se divise en deux parties : Le palais osseux constitue une surface rigide rosée contre laquelle la langue peut écraser la nourriture pendant la mastication. Le palais mou est un repli mobile composé surtout de muscles squelettiques. A son extrémité postérieure, pend la luette. Il est mobile grâce à ces muscles, notamment lors de la déglutition afin d'empêcher un reflux d'aliments vers les choanes (orifice postérieur des fosses nasales, faisant communiquer le nez et la gorge).

Dans les deux tiers antérieurs, le palais est dur car osseux, alors que dans le tiers postérieur il est dit mou car constitué de muscles.

La langue

La langue est un organe de forme ovale situé dans la cavité buccale qui sert à la mastication. La langue malaxe la nourriture et la mélange avec la salive qui la transforme en bol alimentaire. À la déglutition, la langue propulse le bol alimentaire en arrière dans le pharynx en direction de l'œsophage. Elle permet la phonation et la gustation. C'est un organe très vascularisé. Au point de vue de sa structure, la langue est un corps musculaire, recouvert d'un revêtement muqueux.

La langue possède des muscles intrinsèques et extrinsèques. Les muscles intrinsèques permettent à la langue de changer de forme mais non de position et les muscles extrinsèques permettent de modifier la position de la langue, de la tirer, de la rentrer ainsi que de la déplacer latéralement. En dessous de la langue, c'est-à-dire au milieu de sa face inférieure, le frein de la langue permet de maintenir celle-ci contre le plancher de la bouche et limite ainsi son mouvement vers l'arrière.

A la surface de la langue se trouve une multitude de papilles. Les papilles filiformes ou coniques qui ont, comme son nom l'indique, une forme de cônes permettant à la surface de la langue d'être légèrement âpre, elles permettent le déplacement des aliments dans la bouche et de lécher des aliments semi-solides. Les papilles fongiformes (en forme de champignon) qui sont disséminées sur la majeure partie de la langue. Les papilles caliciformes qui sont les plus volumineuses et qui sont au nombre de douze situées à l'arrière de la langue formant le V lingual, ces papilles ont une capacité gustative.

La salive

Les glandes salivaires

Les glandes salivaires sont à l'origine de la fabrication et de la sécrétion de la salive, un liquide semi-visqueux clair et alcalin qui baigne dans la bouche. La salive a pour rôle d'humidifier les muqueuses du système digestif supérieur, elle possède également un rôle antiseptique. Elle participe aux premières étapes de la digestion des aliments en humidifiant la nourriture absorbée et en aidant à compacter en bol alimentaire, elle facilite alors la progression des aliments du pharynx à l'œsophage, jusqu'à l'estomac.

Les trois principales paires de glandes sont :

- Les glandes parotides qui sont situées de chaque côté du visage, devant l'oreille. Ce sont les glandes les plus volumineuses.
- Les glandes submandibulaires qui se localisent dans la fosse sous-mandibulaire.
- Les glandes sublinguales qui sont situées devant la glande submandibulaire, sous la langue. Ce sont les glandes les plus petites. Ce sont-elles qui déversent la salive dans la bouche.

Composition de la salive

La salive est un mélange de mucus et de liquide séreux. Elle est constituée principalement d'eau (97 à 99,5 %). « La salive est en général légèrement acide (pH de 6,75 à 7,00), mais son pH est variable. Ses solutés sont constitués d'électrolytes à 30% (ions sodium, potassium, chlorure, phosphate et bicarbonate), de substances organiques (l'amylase salivaire, qui est une enzyme digestive ; la mucine³¹¹, le lysozyme³¹² et les IgA, qui sont des protéines), ainsi que des déchets métaboliques (urée et acide urique)³¹³ ».

La salive contribue à l'équilibre et assure la protection de la cavité buccale contre les microorganismes.

³¹¹ La mucine est une glycoprotéine qui assure une fonction de protection et de lubrification des voies aériennes et digestives principalement.

MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 915.

³¹² Le lysozyme est une enzyme bactériostatique qui inhibe la croissance bactérienne dans la bouche et contribue à la prévention des caries.

MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 915

³¹³ MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 915.

Ses propriétés antibactériennes modèrent la propagation des bactéries et éliminent les organismes indésirables. Les anticorps IgA, les lysozymes, un composé cyanuré ainsi que les défensines³¹⁴ assurent la protection.

La salive participe activement à l'équilibre et à la protection de la cavité buccodentaire. Ses propriétés antibactériennes limitent la prolifération des bactéries et éliminent les micro-organismes indésirables.

Régulation de la salivation

La salive est sécrétée en permanence pour maintenir l'humidité de la bouche, mais la prise de nourriture stimule la sécrétion d'une plus grande quantité. La sécrétion peut-être aussi accrue par le fait de sentir, de voir, de penser à des aliments que nous aimons et qui nous font plaisir. En dehors des repas, la salive est continuellement sécrétée et déglutie.

La régulation de la sécrétion salivaire est essentiellement nerveuse, elle est en grande partie contrôlée par le système parasympathique du système nerveux autonome. « Lorsque nous ingérons de la nourriture, les chimiorécepteurs et les barorécepteurs de la bouche envoient des signaux aux noyaux salivaires – noyau supérieur pour les glandes submandibulaires et sublinguales, noyau inférieur pour les glandes parotides – du tronc cérébral (pont et bulbe rachidien)³¹⁵ ».

La production de salive est en moyenne de 1 à 1,5 L par jour.

Les dents

Les dents sont considérées comme des organes digestifs secondaires. Elles sont dures, minéralisées, de couleur blanchâtre et sont implantées au niveau de la cavité buccale, plus précisément sur le bord alvéolaire des maxillaires.

Les dents possèdent plusieurs rôles :

- Alimentation : La mastication est possible grâce au mouvement du maxillaire inférieur vers le maxillaire supérieur. Les deux rangées de dents alors se rejoignent, elles peuvent donc sectionner, lacérer et broyer de la nourriture.

³¹⁴ Les défensines sont un puissant mélange de protéines à caractère antibiotique. En plus, les défensines agissent comme des cytokines et attirent les cellules de défense de l'organisme dans la bouche en cas d'agression.

MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 674.

³¹⁵ MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 915.

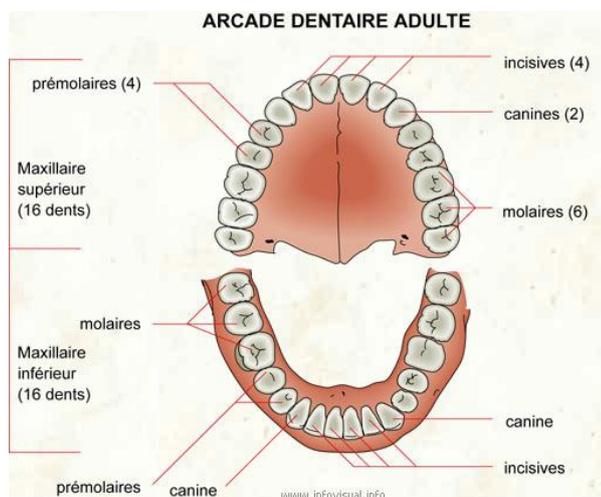
- Phonation : Les dents facilitent la prononciation des sons en collaboration avec la langue et les lèvres.
- Esthétique : Elles jouent également un rôle important dans l'esthétique du visage, elles contribuent au sourire. Les dents soutiennent les tissus mous, que sont les lèvres et les joues.

Dentition

Chez l'homme, deux dentitions se succèdent. Il existe les dents déciduales, qu'on appelle communément les dents temporaires ou les dents de lait. Elles commencent à pousser vers l'âge de six mois environ, puis tombent vers six ans laissant place aux dents dites définitives ou permanentes. Les adultes possèdent normalement trente-deux dents.

On distingue quatre variétés de dents, celles-ci sont classées selon leur forme et leur fonction :

- Les incisives, qui sont au nombre de huit, ont pour rôle de couper et de pincer les aliments. Ce sont les dents du sourire.
- Les canines, qui sont au nombre de quatre, servent à déchirer et à transpercer les aliments. Elles sont de forme conique.
- Les prémolaires, qui sont au nombre de huit, aident à broyer, à écraser les aliments.
- Les molaires, qui sont au nombre de huit à douze (selon si les dents de sagesse sont formées ou pas) sont les dents les plus solides et servent à la mastication et à broyer les aliments.

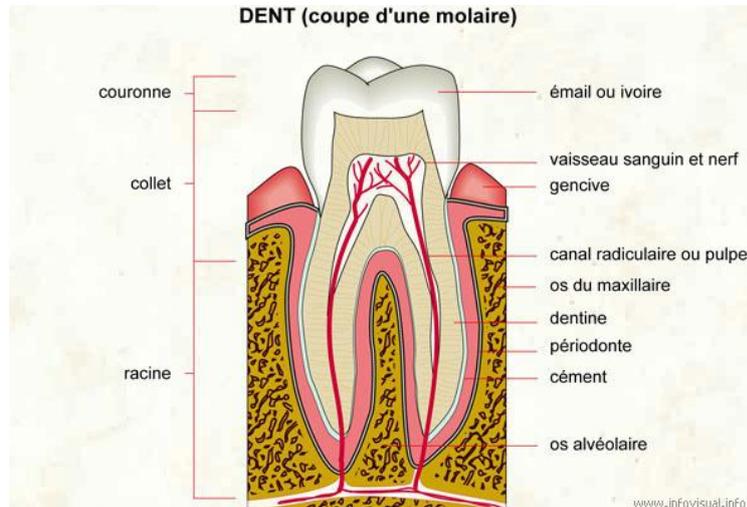


Arcade dentaire³¹⁶

³¹⁶ DERY, Bernard. *Le dictionnaire visuel*. Arcade dentaire adulte. 2005-2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.infovisual.info/03/035_fr.html.

Structure des dents

Les dents sont constituées de trois parties : la racine, la couronne et le collet.



Coupe transversale d'une dent³¹⁷

La couronne est la partie visible de la dent, elle dépasse hors de la gencive. Cette zone est recouverte par une substance très dure, l'émail. L'émail est la substance la plus dure de l'organisme, la plus minéralisée et la plus résistante. Elle permet donc de mordre, de déchirer et d'écraser la nourriture. En dessous, se trouve la dentine qui est un tissu sensible, moins dur que l'émail et qui possède une structure poreuse. La carie de la dentine est confirmée par la douleur.

Le collet sépare la couronne de la racine de la dent.

La racine est la partie de la dent implantée dans la gencive, plus précisément dans le maxillaire. Une dent peut avoir une ou plusieurs racines. Contrairement à la couronne, la racine n'est pas protégée par l'émail, mais par le cément³¹⁸, beaucoup plus fin.

Enfin la pulpe, un tissu mou, constituée de vaisseaux sanguins et de nerfs, est la partie vivante (et sensible) de la dent, elle communique avec le reste de l'organisme par un orifice : le foramen apical.

³¹⁷ DERY, Bernard. *Le dictionnaire visuel*. Dent. 2005-2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.infovisual.info/03/034_fr.html.

³¹⁸ Tissu conjonctif calcifié qui fixe la dent au ligament alvéolo-dentaire.

MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 917.

Les prothèses dentaires

La prothèse dentaire est un appareillage destiné à remplacer les dents manquantes par un ensemble de dents artificielles, afin de resituer une fonction masticatrice, une phonation adéquate et de redonner de l'esthétisme à la bouche.

Il existe quatre types de prothèses. Les quatre sont présentés ci-dessous.

La prothèse fixe

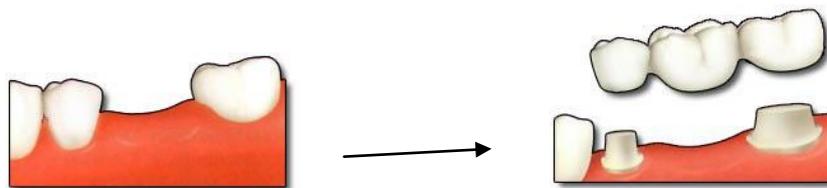
Il existe deux types de prothèse fixe, les couronnes ou les bridges (pont).

La couronne est donc « la prothèse fixe qui remplace la couronne dentaire naturelle défectueuse³¹⁹ ». Avant de fixer la couronne la dent doit être taillée. Celle-ci peut-être composée de différents alliages comme l'or, de la porcelaine, du chrome-cobalt ou du nickel-chrome.



Une couronne³²⁰

« Un bridge permet de remplacer une dent absente, en s'appuyant sur les dents adjacentes (une de chaque côté)³²¹ ». Les deux dents adjacentes devront être taillées pour permettre de positionner le bridge.



Pont ou bridge³²²

³¹⁹ SSO. *Société Suisse d'Onto-Stomatologie*. Méthodes de traitement. Couronnes et ponts. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.divorner.ch/sso/methodes/p-fixe.htm>.

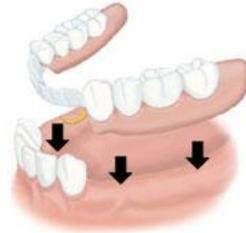
³²⁰ Studio dentaire. Information dentaire et photographies du monde. Couronne dentaire. 2008. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.studiodentaire.com/traitements/fr/couronnes.php>.

³²¹ Dr. GERMANIER, Philippe [et al.]. *Centre dentaire de St-François. Lausanne*. Prothèse fixe. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.centre-dentaire-lausanne.ch/index2.php?rubID=5&rubPID=24>.

³²² BORN, Frédéric. Médecin-dentiste. Restaurations dentaires fixes (couronnes et ponts). [en ligne]. Adresse URL : http://www.dents-blanches.ch/restaurations_dentaires_fixes_couronnes_et_ponts.html.

La prothèse partielle amovible

« On parle de prothèse partielle lorsque l'appareil remplace une ou plusieurs dents en étant stabilisé par les dents restantes. Des crochets métalliques ou d'autres systèmes d'attachement permettent une bonne rétention³²³ ».



La prothèse partielle amovible³²⁴

La prothèse complète ou dentier

« On parle de prothèse totale lorsque aucune dent ne reste. L'appareil n'a donc aucun crochet et la rétention est assurée par effet ventouse³²⁵ ».

La prothèse complète est simplement déposée sur les gencives et masque la perte des dents.



La prothèse complète³²⁶

L'implant dentaire

« Un implant est la plupart du temps une vis, en général en titane, qu'une intervention chirurgicale permet d'insérer dans l'os maxillaire où elle remplace la racine de la dent manquante. Une prothèse dentaire est ensuite fixée sur ce pilier artificiel³²⁷ ».

³²³ BORN, Frédéric. *Médecin-dentiste SSO Lausanne*. Prothèses dentaires amovibles. [en ligne]. Adresse URL : http://www.dents-blanches.ch/protheses_dentaires_amovibles.html.

³²⁴ Astra Tech. Que peut-on utiliser à la place des implants ? 2008. [en ligne]. Adresse URL: <http://www.astratechdental.ch/Main.aspx/Item/453668/navt/67719/navl/68019/nava/68013>.

³²⁵ BORN, Frédéric. *Médecin-dentiste SSO Lausanne*. Prothèses dentaires amovibles. [en ligne]. Adresse URL : http://www.dents-blanches.ch/protheses_dentaires_amovibles.html.

³²⁶ DR. CHAUSSE, Serge. Centre dentaire virtuel. Endentement total. 2008. [en ligne] Adresse URL : <http://www.dentiste.com/implantdentaire1.htm>.



Implants dentaires³²⁸

Les prothèses dentaires qu'elles soient fixes ou amovibles font partie intégrante du quotidien d'une personne âgée. « En moyenne, la moitié des personnes âgées de 35 à 44 ans ont déjà perdu une ou plusieurs dents; chez un tiers des personnes de 65 à 74 ans, il manque déjà 10 dents ou plus³²⁹ ». Il arrive qu'après une perte de poids importante (plus de cinq kilos en un mois) les prothèses ne soient plus adaptées au client. Si une mesure n'est pas prise de suite, il va manger moins bien, ce qui provoquera une dénutrition à plus ou moins long terme.

« Une inflammation des tissus de la bouche peut se produire soit par des médicaments, par une mauvaise hygiène ou par une irritation prolongée due à une prothèse mal ajustée³³⁰ ».

Les prothèses étant chères³³¹, les infirmières doivent être attentives à ne pas les perdre ou les jeter par inadvertance. « Le marquage d'identification des prothèses est conseillé dans les services de long séjour³³² ».

³²⁷ *Fondation Implants Suisse*. Implants dentaires. Informations destinées aux patientes et aux patients. Avril 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.fondationimplants.ch/pdf/zahnbroesch_fz.pdf.

³²⁸ Adent cliniques Dentaires. Les implants. 2000. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.adent.ch/ImplantsFR.html>.

³²⁹ *Fondation Implants Suisse*. Implants dentaires. Informations destinées aux patientes et aux patients. Avril 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.fondationimplants.ch/pdf/zahnbroesch_fz.pdf.

³³⁰ MACREZ, Annick, CHOUAID, Christos, COSQUER, Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

³³¹ Le coût d'une prothèse dentaire peut varier. Il est estimé entre 6000 et 10 000 Fr.

Nejad, Frédéric. *Soins hospitaliers*. Le CHUV perd son dentier. novembre 2008. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.20min.ch/ro/news/vaud/story/30674038>.

³³² MACREZ, Annick, CHOUAID, Christos, COSQUER, Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

Annexe III : Protocole concernant le soin de bouche selon le GUTS

J- SOINS DE BOUCHE³³³

DEFINITION

Action qui consiste à nettoyer la cavité buccale chez un bénéficiaire de soins ne pouvant effectuer ce soin lui-même.

BUTS

- Maintenir une bonne hygiène buccale et assurer le confort
- Contrôler et stimuler la capacité fonctionnelle de la cavité buccale
- Prévenir les infections et/ou autres complications.

INDICATIONS

Bénéficiaire de soins ne pouvant effectuer ce soin lui-même

- Désorienté
- Comateux
- Affaibli
- Intubé.

Bénéficiaire de soins nécessitant une surveillance particulière et/ou un complément de thérapie. Lors de :

- Port de sonde naso-gastrique
- Chimio et/ou radiothérapie
- Immuno-dépression
- Carence hydrique et/ou nutritionnelle
- Traitement médicamenteux provoquant des sécheresses de la bouche
- Problèmes de déglutition
- Pathologies de la cavité buccale (stomatite : mycoses, aphtes...)
- Inhalation à base de corticoïdes (risque de mycoses)
- Traumatisme de la face et/ou chirurgie maxillo-faciale.

FREQUENCE

- Au moins 3x/jour, après chaque repas
- Plus fréquemment, si nécessaire
- Avant le prélèvement d'expectorations (cytologie).

³³³ GIRAD R., MONNET D., ABRY J.-F., guide technique d'hygiène hospitalière, - Ed. Fondation Marcel Mérieux, - 1993.

Groupe Unification des techniques de soins, Hôpitaux de stages, U.H.H. de l'ICHV et EVSI – novembre 2001.

TECHNIQUE DU SOINS DE BOUCHE

MATERIEL	TECHNIQUE
<ul style="list-style-type: none"> - protection (linge du haut) - solution alcoolique pour les mains - gants - boite à prothèses dentaires - tampons ou bâtonnets montés - pince de Kocher - solution buccale nettoyante, type Dentinette - verre à dents - abaisse-langue - bassin réniforme - sac à déchets - brosse à dents (dentifrice) - solution traitante - salive artificielle (type Glandosane®) - pommade grasse 	<ul style="list-style-type: none"> - informer le bénéficiaire de soins, demander sa collaboration, l'installer dans une position adaptée (assise ou semi-assise si possible) - disposer le linge sous le menton - se désinfecter les mains - mettre les gants - retirer les prothèses dentaires si nécessaire (cf. soins des dents chap. J 1) - fixer le tampon à la pince (le métal ne doit pas être en contact avec la cavité buccale) - humidifier le tampon dans la solution buccale nettoyante - nettoyer successivement : les gencives, la face interne des joues, le palis, terminer par la langue - s'aider de l'abaisse-langue, si nécessaire - changer fréquemment de tampons - brosser les dents sur toutes les faces, de la gencive vers la pointe - rincer avec des tampons - observer l'état de la cavité buccale si nécessaire : <ul style="list-style-type: none"> - appliquer la solution traitante - replacer les prothèses nettoyées - appliquer la salive artificielle - enduire éventuellement les lèvres d'une pommade grasse - réinstaller le bénéficiaire de soins - laver et sécher le matériel réutilisable.

J1- SOINS DES DENTS ET DES PROTHESES DENTAIRES

DEFINITION

Action qui consiste à nettoyer les dents et/ou les prothèses dentaires.

BUTS

- Maintenir l'hygiène des dents
- Eliminer les résidus alimentaires
- Prévenir l'apparition de la plaque dentaire et les infections des muqueuses.

FREQUENCE

Après chaque repas et avant le coucher.

TECHNIQUE DES SOINS DENTAIRES

MATERIEL	TECHNIQUE
<ul style="list-style-type: none">- protection (linge du haut)- solution alcoolique pour les mains- gants- brosse à dents- verre à dents- dentifrice- bassin réniforme- éventuellement paille	<ul style="list-style-type: none">- informer le bénéficiaire de soins et l'installer dans une position confortable- disposer le linge sous le menton- se désinfecter les mains- mettre les gants- brosser les dents sur toutes les faces, de la gencive vers la pointe- faire rincer la bouche en maintenant le bassin réniforme sous le menton. Si le bénéficiaire de soins est en décubitus latéral : utiliser une paille- réinstaller le bénéficiaire de soins- laver, rincer et sécher le matériel réutilisable.

N.B. :

Si le bénéficiaire de soins est sous anti-coagulant thérapeutique ou est immunodéprimé :

- Choisir une brosse à dents souple
- Procéder avec douceur.

TECHNIQUE DES SOINS DE PROTHESES

MATERIEL	TECHNIQUE
<ul style="list-style-type: none">- protection (linge du haut)- solution alcoolique pour les mains- gants- brosse à dents- verre à dents- dentifrice- bassin réniforme plastique- pate ou poudre adhésive- boite à prothèses	<ul style="list-style-type: none">- informer le bénéficiaire de soins et l'installer dans une position confortable- disposer le linge sous le menton- se désinfecter les mains- mettre les gants- demander au bénéficiaire de soins de déposer ses prothèses dans le récipient prévu à cet effet et portant son nom- lui donner le nécessaire pour rincer la bouche- laver les prothèses à l'eau courante, les brosser, les rincer dans un bassin réniforme plastique- si nécessaire, appliquer l'apte ou la poudre adhésive- mettre en place les prothèses (la prothèse supérieure d'abord)- réinstaller le bénéficiaire de soins- laver, rincer et sécher le matériel réutilisable.

N.B. :

Si le bénéficiaire de soins enlève ses prothèses dentaires la nuit :

- les tremper dans de l'eau et utiliser les comprimés prévus à cet effet, ne pas utiliser de dentinette !
- lui demander de déposer les prothèses dans le récipient prévu à cet effet (portant le nom du bénéficiaire de soins),
- lui donner le nécessaire pour se rincer la bouche.

Pour les enfants porteurs d'appareil orthodontique :

- Laver des dents et de l'appareil rigoureux.

Annexe IV : Référentiel de compétences de la filière en soins infirmiers

Le référentiel de compétences est constitué de neuf compétences. Elles sont traitées tout au long de la formation.

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins.

L'étudiant-e :

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance...etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques.

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires.

L'étudiant-e :

Conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture, etc.)
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation
- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

Réalise les soins requis :

- détermine les ressources les plus pertinentes dans la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins.

Organise son travail en tenant compte du contexte :

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites.

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.

L'étudiant-e :

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire
- oriente la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé.

4. Evaluer ses prestations professionnelles

L'étudiant-e :

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et à de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle.

5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement.

6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de santé

L'étudiant-e :

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement.

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

L'étudiant-e :

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle.

8. Participer aux démarches qualité

L'étudiant-e :

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats.

9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

L'étudiant-e :

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserver quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession.

Annexe V : Standards de soins³³⁴

Standard 1 : Les soins

L'infirmière :

1. établit avec le patient/client, ses proches, ainsi qu'avec l'équipe une relation qui favorise l'échange d'informations et la participation de tous aux étapes de processus de soins,
2. s'assure que le patient/client et ses proches reçoivent l'information et l'enseignement nécessaire en ce qui concerne la promotion de la santé, la maladie dont souffre le patient, les soins et les traitements dont il a besoin et les mesures prophylactiques,
3. établit une documentation écrite du début à la fin de l'intervention de soins,
4. identifie systématiquement les besoins et les ressources du patient/client, au début de l'intervention de soins (anamnèse de soins). Ces données sont continuellement réévaluées et complétées dans le plan de soins,
5. élabore des objectifs de soins avec le patient/client, ses proches, l'équipe, à partir des données recueillies et en tenant compte d'un projet thérapeutique global. Ces objectifs sont réalistes et mesurables,
6. décide d'actions de soins, avec le client/patient, ses proches, l'équipe, en fonction des objectifs de soin, des prescriptions thérapeutiques, des facteurs bio-psycho-sociaux et de l'environnement de la personne,
7. intervient de manière créative, efficace et économe, avec confort et la sécurité du patient/client comme priorité,
8. s'assure que les observations qui renseignent les membres de l'équipe sur l'état de patient/client et le résultat des interventions de soins sont correctement transmises,
9. évalue avec le patient/client, ses proches et l'équipe la réalisation des objectifs de soins et modifie le plan de soins en conséquence,
10. remet un résumé écrit des documents et des soins à donner à la personne responsable d'assurer la continuité des soins lorsque le patient/client est transféré,
11. s'assure que le patient/client reçoit à sa sortie les documents dont il a besoin pour ses soins,
12. évalue régulièrement la qualité des soins donnés et réajuste ses actions,

³³⁴ ASI-SBK. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 1998. p. 10-14.

13. s'inspire de résultats de travaux de recherche, ou réalise elle-même des investigations pour améliorer la qualité de ses prestations.

Standard 2 : Organisation des soins infirmiers

La responsable du service des soins infirmiers :

1. est qualifié et formée pour ce poste. Ses tâches, responsabilités et compétences sont définis par écrit,
2. représente son département face aux autres services. Elle participe à l'élaboration et à la réalisation des objectifs du service de santé,
3. élabore une philosophie et des objectifs pour les services des soins infirmiers, en harmonie avec les buts généraux et les règlements de l'institution ou du service de santé,
4. définit par écrit le niveau de qualité recherché pour les soins infirmiers, évaluer systématiquement la qualité des soins donnés et réajuste ses actions,
5. évalue les ressources dont elle a besoin et s'assure d'une dotation en personnel suffisante pour respecter les normes de qualité établies et encadrer des élèves dans les lieux de formation,
6. définit les tâches, les responsabilités et les compétences de tout le personnel soignant. En accord avec les prescriptions du service de santé, elle règle la manière de procéder en ce qui concerne l'engagement, l'évaluation et le licenciement du personnel soignant,
7. s'assure que les informations qui affectent les soins (prescriptions générales, décisions de politique interne u externe, résultats de recherches en soins infirmiers, découvertes scientifiquement et médicales) sont accessibles à tout le personnel soignant.

Standard 3 : La formation continue et complémentaire du personnel infirmier

L'infirmière:

1. connaît ses droits et ses obligations concernant la formation continue et complémentaire,
2. formule un projet en matière de formation et négocie sa réalisation avec les responsables du service de santé dont elle dépend.

L'infirmière responsable du service des soins infirmiers :

3. définit dans le cadre des prescriptions du service les droits et les obligations de chaque soignant concernant sa formation continue ou permanente,
4. dispose d'un budget pour la formation continue et complémentaire de son personnel,
5. organise des possibilités de formation interne au moins en ce qui concerne la qualité des soins et le respect des prescriptions du service de santé,
6. porte la responsabilité d'évaluer régulièrement les programmes de formation interne,
7. définit les compétences et les qualifications de la responsable de la formation interne,
8. favorise la participation de tous les soignants à la formation continue et complémentaire externe ou interne.
9. encourage la participation de tous les soignants à des manifestations importantes pour le développement des soins infirmiers,
10. encourage la réalisation de projets de recherche visant à augmenter les connaissances en matière de pratique des soins.

Annexe VI : Caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins

Domaines	Niveaux	3 Soins optimaux Collaboration du malade	2 Soins adaptés Adaptés au malade	1 Soins sûrs (minimaux) Soins de routine	0 Soins dangereux Nuisibles au malade
Soins de base		Le malade participe activement aux soins et à sa rééducation. Sa famille est incluse dans cette éducation à la santé.	La malade reçoit des soins adaptés à ses besoins.	Le malade reçoit les soins essentiels. Il n'en subit aucun dommage.	Le malade subit des dommages physiques (escarres de décubitus, contractures, accidents, etc.) son aspect extérieur est négligé
Soins thérapeutiques		Le malade comprend le sens et le but de son traitement ; il donne son accord et collabore. Il est préparé à poursuivre son traitement seul ou avec l'aide de son entourage.	Le malade est informé de son traitement pendant et après ce dernier. Il reçoit le soutien et la surveillance nécessaires. Les soins sont individualisés.	Le malade reçoit des soins corrects mais essentiellement dictés par la routine de l'hôpital. Il n'en subit aucun dommage.	La malade reçoit un traitement comportant des lacunes et des erreurs et souffre de complications évitables.
Prise en considération des besoins d'ordre psychique et social		Le malade tire une expérience utile de son séjour à l'hôpital. Il a acquis un mode de vie adapté à son état, et lui permettant de se maintenir en santé ou de se préparer à la mort.	Grace à un climat de confiance, le malade peut exprimer ses besoins ; il se sent compris et accepté. Il y a possibilité de garder des contacts avec l'extérieur de l'hôpital.	Le malade doit se conformer en tout aux règlements de l'hôpital. Il n'est pas secouru dans ses préoccupations concernant la vie et la mort.	Le malade est traumatisé psychologiquement : angoisse, régression ; réactions au stress, à l'isolement.
Communication		Le malade reçoit des conseils adéquats lui permettant de progresser grâce à une relation thérapeutique avec le personnel soignant.	Le malade bénéficie de relations interpersonnelles authentiques, favorisant le dialogue et l'échange d'opinions.	La malade reçoit des informations stéréotypées régies par la routine de l'hôpital	Le malade ne reçoit pas d'information et n'a pas la possibilité de faire entendre son opinion.
Planification des soins et transmission des informations		La malade (et sa famille) participe à la planification de son traitement et de ses soins. La collaboration interdisciplinaire est assurée aussi bien à l'hôpital qu'en dehors de l'hôpital.	Un plan de soins, modifié selon les besoins, est à disposition. L'équipe soignante a des colloques réguliers.	La transmission des informations est assurée au moyen de rapports précis.	La transmission des informations est insuffisante.

Annexe VII : Lettre de consentement éclairé

TRAVAIL BACHELOR SUR LES SOINS BUCCODENTAIRES EN MILIEU GERIATRIQUE

Mené par Sobral Suzi étudiante à la HES-SO/Valais Wallis
Coquoz Emmanuelle, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO/Valais Wallis

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes³³⁵ participant au mémoire de fin
d'étude

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin décembre 2009.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date:

Signature :

Contacts :

Sobral Suzi, étudiante HES-SO/Valais Wallis. Tél : 027/ 306.71.65.
Coquoz Emmanuelle, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO/Valais Wallis.

Annexe : information destinée aux personnes participant à l'étude

³³⁵ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

Annexe VIII : Lettre d'information

TRAVAIL DE BACHELOR SUR LES SOINS BUCCODENTAIRES EN MILIEU GERIATRIQUE

Réalisé par Sobral Suzi, étudiante à la HES-SO/Valais Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO// Valais Wallis j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre les obstacles et les conditions au développement des soins buccodentaires de qualité dans un service de gériatrie. Directement concernée par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative sur votre prise en charge. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

Afin d'obtenir les informations nécessaires à la réussite de mon travail, j'ai besoin d'interviewer 8 infirmiers/ères travaillant dans le milieu gériatrique.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et fixerai avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'hôpital ou un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin décembre 2009.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre le développement des soins buccodentaires.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Sobral Suzi, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis.

Adresse : Rue des Retsons 13, 1957 Ardon

E-mail : suzi.sobral@students.hevs.ch

Numéro de téléphone : 027/ 306.71.65

Coquoz Emmanuelle, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

Annexe IX : Grille d'entretien

Question de recherche	Hypothèses	Objectifs de recherche	Questions	Relances
<p>Quels sont les conditions et les obstacles au développement des soins buccodentaires de qualité ?</p>	<p>1. Une meilleure sensibilisation à l'importance des soins de bouche lors de la formation initiale et continue des infirmières influencerait la qualité de la prise en charge.</p>	<p>1.1 Identifier les éléments reçus sur les soins de l'hygiène buccale lors de la formation initiale.</p>	<p>Quels éléments reçus lors de votre formation initiale (que ce soit au niveau théorique ou pratique) vous ont permis d'offrir des soins buccodentaires de qualité ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de votre formation initiale, estimez-vous que les éléments reçus sont adaptés à votre besoin? • Quels peuvent être pour vous les bénéfices d'un soin buccodentaire ?
		<p>1.2 Identifier les besoin d'une formation continue sur les soins buccodentaires.</p>	<p>Pensez-vous qu'un complément de formation vous serez utile, concernant les soins buccodentaires ? oui/non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si oui, lesquels et pourquoi ? Si non, pourquoi ? • Quels seraient vos attentes ?

Question de recherche	Hypothèses	Objectifs de recherche	Questions	Relances
<p>Quels sont les conditions et les obstacles au développement des soins buccodentaires de qualité ?</p>	<p>2. L'utilisation d'outils d'évaluation de l'état buccodentaire, des protocoles ainsi que des diagnostics infirmiers spécifiques, intégrés au projet de soins améliorerait la qualité du soin.</p>	<p>2.1 Nommer les outils utilisés pour évaluer l'état buccodentaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment procédez-vous pour évaluer l'état buccal du client ? 	
		<p>2.1 Nommer les outils utilisés pour évaluer l'état buccodentaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disposez-vous d'un outil d'évaluation dans votre service ? (montrer la grille) 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'une grille d'évaluation faciliterait votre évaluation ? • Pensez-vous que cet outil contribuerait à l'élaboration du diagnostic infirmiers spécifiques aux soins buccodentaires ?
		<p>2.1 Nommer les outils utilisés pour évaluer l'état buccodentaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimez-vous utile d'évaluer l'état buccodentaire systématiquement dans l'anamnèse d'entrée ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, pourquoi ? Non, pourquoi ?
		<p>2.2 Identifier les bénéfices ainsi que les inconvénients de l'utilisation d'outils d'évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont pour vous les avantages ainsi que les inconvénients de l'utilisation d'outils d'évaluation. 	

		2.3 Identifier les protocoles utilisés dans le service.	<ul style="list-style-type: none">• Disposez-vous d'un protocole pour les soins de bouche non thérapeutiques dans votre service ?	<ul style="list-style-type: none">• Si oui → lequel ? Si non → parler du GUTS (savoir si utilisé)
--	--	--	---	---

Données personnelles :

- Âge et sexe ?
- Combien d'années de diplôme avez-vous ?
- Où avez-vous fait votre formation ? Avez-vous une formation post-grade ou une formation continue ? Si oui, laquelle ?
- Nombre d'année dans le service ? A quel pourcentage travaillez-vous?

